

SEGURIDAD DEL PACIENTE

No. 2 Diciembre 2005

BOLETÍN

10

acciones
para
seguridad
del paciente



**SEGURIDAD
DEL PACIENTE**



Salud

Subsecretaría de Innovación y Calidad

DIRECTORIO

Dr. Julio Frenk Mora
Secretario de Salud
Dr Enrique Ruelas Barajas
Subsecretario de Innovación y Calidad
Coordinación de Asesores de la Subsecretaría de
Innovación y Calidad
Dr. Francisco Bañuelos Téllez
Dra. Patricia Pérez Casso
Dra. Odet Sarabia González
Ing. Walter Tovar Vera

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Dra. Patricia Pérez Casso
Ing. Walter Tovar Vera
Directores de Hospitales Capacitados
Líderes de Calidad Edos. Participantes

EDITORES

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Dra. Odet Sarabia González

COORDINADOR EDITORIAL

Dra. Patricia Pérez Casso

*Porque errar es de humanos
asegurar es de sabios*

Odet Sarabia González

Diseño

Medios alterados

índice

□ Editorial	1
□ ¿Qué debemos de reportar a los sistemas de reporte de errores médicos?.....	2
□ Seguridad del Paciente Diez acciones (Continuación)	4
□ Ejercicio	7

editorial

No es posible hablar de seguridad del paciente sin tocar el tema del cambio en los valores culturales a favor de la seguridad. Favorecer este cambio debe ser urgente. Baste citar los datos publicados por el Instituto de Medicina de Estados Unidos en 1999 en el libro "Errar es Humano" en el que se menciona que entre 44,000 y 98,000 norteamericanos mueren cada año por errores en la atención médica, todos ellos prevenibles

Sin embargo no es tan fácil propiciar el cambio, y para ello uno de los grandes retos es fomentar y favorecer la cultura del registro. La Subsecretaría de Innovación y Calidad ha desarrollado el Sistema Nacional de Registro y Aprendizaje de Eventos Centinela, mismo que puede encontrarse en la página de internet <http://dgcesxsalud.gob.mx/centinela>, espacio en el que los prestadores de servicio de salud pueden compartir eventos adversos, eventos centinela, cuasi fallas o cuasi errores que sean de su conocimiento. Este sistema ha sido creado para aprender de los errores, su registro puede ser anónimo y la información vertida en este es totalmente segura.

Registrar continuamente los eventos, nos ayudará a conocer y dimensionar lo que está ocurriendo realmente en nuestras unidades hospitalarias. Saber con exactitud cuáles son los eventos que se están presentando nos dará la pauta para iniciar el estudio de qué fue lo que realmente ocurrió, cuales fueron los factores que se alinearon de tal manera que se llegó a producir un daño al paciente, de tal forma que podamos

analizar dichas causas y proponer medidas que ayuden a fortalecer el sistema de salud para hacerlo más seguro.

Los eventos que ocurren en una unidad hospitalaria pueden presentarse en otro momento en otra unidad si las circunstancias y los factores predisponentes son semejantes, de ahí la importancia de compartir las experiencias para poder aprender, entre todos, de los errores y fortalecer al sistema de salud.

Los invito a hacer uso del Sistema Nacional de Registro y Aprendizaje de Eventos Centinela cuya finalidad es aprender cómo fue que se produjo un incidente o evento, no quién lo hizo. Hablamos de fallas en el sistema, no de culpar personas. Todos tenemos un rol en el sistema de salud, somos corresponsables de la atención médica que brindamos, por tal motivo tu participación es fundamental.

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Subsecretario de Innovación y Calidad

¿Qué debemos de reportar a los sistemas de Reporte de Errores Médicos?

Resumen de S M Dovey, R L Phillips • Quality and Safety in Health Care • October 2004 Vol 13 No 5 • Pp 322-323

Una definición satisfactoria de "error médico" aún nos elude. Se han desarrollado sistemas de reporte de errores médicos en Europa, Oriente y América con variaciones locales y acumulando ya años de experiencias.

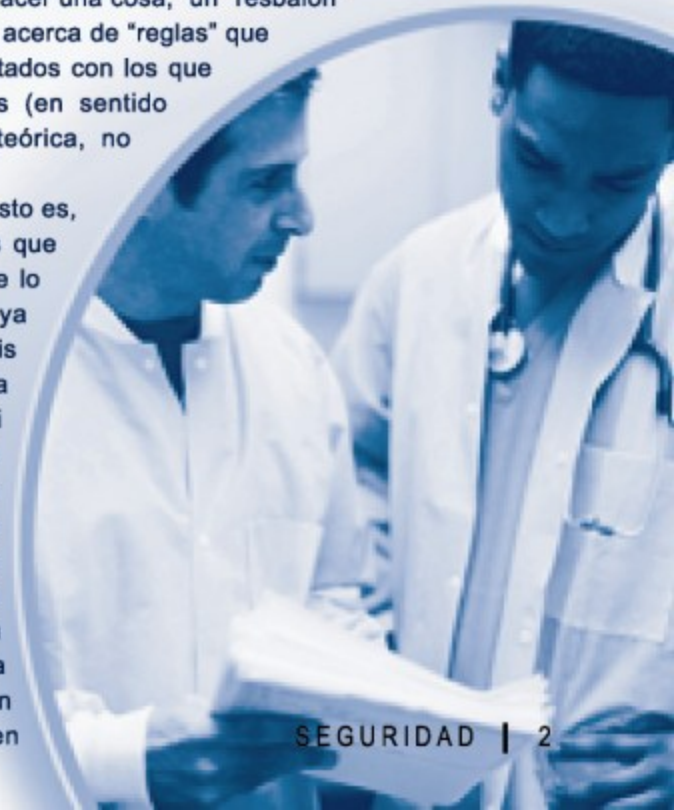
En el reportaje de "errores médicos" primero se debe definir qué vamos a reportar a los sistemas de reporte de error. Esperemos que los sistemas nacionales de reporte de error médico de diferentes países utilicen finalmente (si no desde un principio) las mismas definiciones. Aquí destacamos ciertos asuntos que exponen la complejidad del definir " error médico ".

Un sistema de reporte de error médico debiese de contener reportes de "errores médicos" y cualquier diccionario le dirá a los lectores que "médico" significa "relativo a la medicina". Esto parece haber sido estrechamente interpretado por muchos sistemas de reporte de errores médicos como los cuidados médicos otorgados por doctores y enfermeras en hospitales. En países desarrollados la medicina en su mayor parte, se da y se recibe fuera de los hospitales y un gran número de grupos ocupacionales diferentes están involucrados, desde contadores hasta microbiólogos y trabajadores sociales. La inclusión de los errores médicos ocurriendo y/o siendo observados es crucial y, por lo mismo, apoyamos una perspectiva de sistemas que atraería atención a los errores de política relativa a medicina, regulación, pago y mantenimiento así como la provisión del cuidado médico.

"Error" es una palabra aún más problemática que "médico". En su acepción más simple significa "equivocación". Desde hace algunos años parece como si "error" no significara simplemente "equivocación" cuando está acompañado de "médico" pero, como en matemáticas, tiene un significado en un contexto específico. En nuestra óptica, este significado no ha sido aún definido con autoridad de una manera simple, clara, útil e inclusiva.

Existen definiciones simples de "error médico". ¿Qué podría ser más simple que "Sub-utilización, sobre-utilización o mal uso?", pero intente aplicarlo categorizando los eventos como uno u otro de estos tres y pronto hallará usted que la sub-utilización de algo es a menudo sobre-utilización o mal uso de otra. Cuando enfrentamos la codificación y la clasificación de errores reportados, encontramos problemas similares con "resbalones", "descuidos", "lapsos", "errores basados en conocimiento", y " errores basados en reglas". En "tener un lapso" u olvidar el hacer una cosa, un "resbalón" ocurriría así que ¿cuál fue?. Hubo problemas con el "saber" acerca de "reglas" que confundieron a los codificadores. Al final, los eventos reportados con los que tratamos sólo nos parecieron equivocaciones a nosotros (en sentido estricto). Encontramos que, a pesar de su coherencia teórica, no podíamos utilizar estas definiciones simples.

Una definición simple similar es "daño" o "evento adverso"; esto es, una equivocación no califica como "error médico" a menos que cause daño al paciente y / o que la persona quede peor de lo que estaría si el equívoco no hubiese ocurrido. La ya desacreditada noción de que las demandas por mala praxis son sinónimo de errores médicos es, probablemente, la génesis de esta definición. Muchos la prefieren porque, si algo no causa daño (argumentan ellos), no vale la pena preocuparse por ello y porque sostienen que la definición de "daño" es clara tanto como simple. Nosotros discrepamos con esto. Al estar excluyendo errores médicos que no produjeron daño, los sistemas de reporte de errores médicos perderán enormes oportunidades de mejorar la atención a la salud y de crear en ella ambientes más seguros. La mayoría de quienes desarrollan sistemas de reporte de error parecen concordar con nosotros en esto, pero también parecen



favorecer otro término extraño "quasi falla" para definir esos eventos. "Quasi falla" es un término prestado de la industria de la aviación (casi colisión) y cobra sentido intuitivo en ese contexto. Uno puede imaginar a un aeroplano pasar rozando a un edificio por ejemplo, y no chocar con él, pero "casi". "Casi impacto" captura la misma idea. La traducción de "casi colisión" a la industria de la medicina es un poco forzada sin embargo. Uno no puede jamás saber realmente que tan pequeño es ese "casi" en que un error médico "falla" (presumiblemente) en causar un daño. En la aviación las medidas de "proximidad" o "cercanía", son objetivas, un kilómetro es suficientemente lejano como para no ser considerado como próximo, pero un metro no lo es. No hay medida objetiva equivalente en medicina para determinar si un evento califica como "quasi falla" o no.

Una razón más para que no consideremos la definición de "daño" del error médico como satisfactoria es que la personas que son los deseados reportadores a los sistemas de reporte de errores médicos son jueces pobres del daño. Los proveedores de cuidados a la salud tienden a descontar consecuencias tales como que los pacientes tengan que esperar tiempos prolongados, o que tengan que gastar dinero extra en viajes, que deban solicitar permisos fuera del trabajo o que estén emocionalmente alterados. En vez de ello tienden a sopesar negativamente resultados que los pacientes de hecho consideran beneficios en lugar de daños, tales como la muerte. La noción de "daño" es mucho muy subjetiva y carece de claridad como para ser insertada dentro de una definición de "error médico".

Entonces, si las simples definiciones de error médico son problemáticas, quizás sea inevitable que definiciones más complejas tengan que ser usadas. Un buen número de estas han sido propuestas, tales como: "la falla, por razones que son prevenibles, de una acción planeada para ser completada tal como era pretendida (error de exclusión) o el uso de un plan erróneo para lograr un objetivo (error de planeación)", "fallas activas que ocurren en el extremo afilado de un continuo de decisiones, factores ambientales y acciones que afectan la atención al paciente", y "cualquier cosa, grande o pequeña, administrativa o clínica, que usted identifique como algo a ser evitado en el futuro, que sucedió en su propia práctica, que no debió haber pasado, que no fue anticipada y que usted no desea que ocurra de nuevo". Estas largas definiciones son resumidas aquí, dichas definiciones se van haciendo más y más largas si los lectores acuden a sus fuentes originales. Entre más larga sea una definición, mayor será la probabilidad de que algo desfavorable e inútil sea incluida en ella. El tercero de nuestros ejemplos, para tal caso, es una definición que desarrollamos mientras trabajábamos con médicos generales y familiares. Incluye una frase que se volvió

difícil: "...que no estaba anticipado" . Muchos de los doctores de cuidados primarios con los que colaboramos se encontraron con errores médicos tan regular y frecuentemente que tenían problema en identificar errores que no estaban anticipados. De hecho, el sistema de reporte que estábamos desarrollando apuntaba a capturar exactamente estos errores frecuentes, regulares y anticipados, así que tuvimos que revisar la definición de error que usamos en trabajos posteriores para retirar la frase ofensiva.

Si el inicio de la sabiduría es saber cómo llamarle a las cosas, el definir "error médico" es un inicio que no ha sido aún completado. Una definición compartida internacionalmente será importante porque, del mismo modo que los problemas de las matemáticas no le atañen a un solo país o jurisdicción, tampoco los problemas de seguridad del paciente. Tal vez las más útiles oportunidades de aprendizaje de sistemas nacionales de reporte que abarcan todo vendrán de las comparaciones internacionales: pueden existir características transferibles del sistema de salud de un país que protegen a los pacientes de ciertos tipos de daños y otras características que innecesariamente obligan la seguridad del paciente. Ningún país (no digamos ya organización o persona) tiene la autoridad moral para proponer unilateralmente una definición de "error médico" para uso general. No obstante, ya hay suficientes definiciones en circulación para informar fructíferas discusiones acerca de qué vamos a reportar a los sistemas nacionales de reporte de errores médicos. Antes que más intentos unilaterales para crear la mejor definición, esperamos con ilusión actividades de consenso que eventualmente liberarán una definición sólida con la cual todos nosotros podamos trabajar, pacientes, doctores, enfermeros, planificadores, los que crean las políticas, investigadores y otros encontrando errores médicos en hospitales, clínicas de atención primaria, unidades de investigación, departamentos de gobierno, ambulancias y en cualquier otro lugar donde sucedan.





DIEZ ACCIONES BÁSICAS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

*Dra. Odet Sarabia González
Ing. M. Walter Tovar Vera*

6) *Caída de pacientes*

El descuido, el no utilizar las medidas de protección, ya sea por olvido o por no contar con ellas, pueden dar lugar a una caída del paciente, del mismo modo, un estado alterado del paciente puede hacer necesaria la toma de medidas adicionales para contener esta posibilidad.

Como primera medida, será preciso que los miembros del equipo identifiquen pacientes con alto riesgo de caerse, y luego discutan brevemente las situaciones en que hay mayor probabilidad de que esto suceda.

Si el paciente está en cama, habrá que dejar los barandales de la cama arriba. También conviene informarles al enfermo y a los familiares de las medidas de seguridad tomadas y la razón de la misma, para evitar que alguno de ellos pueda

interferirlas o cancelarlas.

La caída de pacientes es un acontecimiento que podemos evitar con algunas medidas sencillas. Los pacientes geriátricos, los que tengan algún tipo de encefalopatía u otros problemas neurológicos, los niños o enfermos con problemas psiquiátricos merecen especial atención y cuidado. En muchas ocasiones los barandales de la cama se encuentran abajo, y por inercia así los dejamos. Es importante evitar esto, y comunicar a los familiares y al paciente qué medidas deben tomar para evitar que el enfermo sufra una caída. Por ejemplo, si éste quiere pararse, que pida siempre ayuda de enfermería, que se mantengan siempre los barandales arriba, que determinados pacientes no queden nunca solos.

7) Infecciones nosocomiales.

Tenemos conocimiento de lo frecuentes que son las infecciones nosocomiales, si bien son un riesgo implícito en un medio en que se concentran enfermedades y tratamientos para su cura, no tienen por que ser inevitables muchas de ellas, es decir, bien podemos reducir su incidencia.

Todo miembro del equipo de salud debe lavarse las manos antes y después de revisar a cada paciente.

Igualmente, es preciso identificar a los pacientes quienes, por sus condiciones, tienen mayor riesgo de contraer este tipo de infecciones. Ejemplos de estos últimos serían los enfermos geriátricos y los que han padecido algún tipo de terapia invasiva.

Sin duda, lavarse las manos salva vidas. Un adecuado aseo de manos, así como otras medidas sencillas específicas para evitar transmisión de infecciones nosocomiales constituyen rutinas fundamentales cuya omisión puede acarrear una pesada carga de responsabilidad.

8) Factores humanos.

El factor humano es un componente que, por lo general, esta presente en los incidentes y eventos adversos, debemos conocer y admitir nuestros límites y carencias para no afectar el funcionamiento de los sistemas de los cuales formamos parte.

El cansancio, la prisa y otros factores humanos no son por sí mismos causa obligada de accidentes, pero el no tomarlos en cuenta si lo es, debemos contener riesgos y para ello es preciso identificar los factores humanos y tomar medidas preventivas consecuentes.

Si un miembro del equipo no se encuentra en el ciento por ciento de sus facultades y capacidades (por cansancio, prisa o algún otro problema) debe externarlo y pedir ayuda. Si se tiene duda al respecto, antes que intentar procedimientos de riesgo, conviene consultar al especialista indicado.

En el caso de recibir una consulta de este tipo por parte de un compañero, hay que mostrarse solidario y fraterno. Es útil recordar que, si un día lo necesita el compañero, mañana puede necesitarlo usted.

Uno de los factores más importantes en materia de seguridad es el humano.

Esto no se aplica solamente en el terreno de atención a la salud, sino en prácticamente cualquier industria medianamente compleja. Debemos reconocer nuestra falibilidad y que, al ser humanos, podemos equivocarnos. Entender esto nos facilita apoyar a nuestros compañeros de trabajo en circunstancias en las que no pueden dar el rendimiento que están acostumbrados a dar. Esto, a su vez, abre la posibilidad de que también nosotros podamos tener la confianza de solicitar este apoyo cuando lo necesitemos. Esta conducta fortalece muchas cosas deseables: el espíritu de equipo, la solidaridad, la calidad de la atención y, en última instancia, todo el sistema de salud.



9) Haga co-responsable al paciente de su enfermedad y tratamiento.

El paciente, así como es el objetivo de nuestra atención, también juega un papel activo muchas veces en esta, el puede determinar el éxito o el fracaso de un tratamiento en principio adecuado, por tanto debemos considerarlo a él y/o a su familia partes del sistema de atención a la salud.

La participación del paciente y sus familiares en el proceso de atención a la salud es fundamental. El invitarlos a tener la confianza de expresar sus dudas ante su enfermedad y tratamiento y el resolvérselas, ahorrará tiempo, fortalecerá el rapport, es decir el vínculo con el paciente y favorecerá la imagen tanto del personal de la atención médica como de la institución misma.

- Sea paciente con su "paciente".
- Comuníquese con su paciente de acuerdo a su nivel sociocultural.
- Pregunte si tiene alguna duda sobre su padecimiento y su tratamiento.
- Verifique que fue comprendido.
- Invite al paciente a que sea acompañado de un familiar.
- Sugiera que anote todas sus dudas, con la finalidad de que en el momento de tener contacto con usted resuelva la mayor cantidad de estas.
- Siempre pregunte y rectifique todos los medicamentos y tratamientos que su paciente esté utilizando, inclusive los que no requieren receta médica u otro tipo de tratamientos alternativos.
- Cerciórese de actualizar este listado.
- Siempre incluya esta información en el enlace con los demás servicios involucrados con su paciente.

10) Clima de seguridad para el paciente.

La causa principal de que las medidas para la mejora de la seguridad del paciente no se implementen con suficiente celeridad o no den el resultado esperado, es la renuencia a efectuar cambios por algunos elementos del personal involucrado, esto produce falta de camaradería y de la adecuada integración de un equipo de trabajo, a su vez esta situación y la carencia de empatía impiden la existencia de un clima de seguridad para el paciente.

Todas las medidas anteriores implican algún grado de esfuerzo personal. Habrá quien invierta ese esfuerzo sin ninguna reserva, en función de que es por una buena causa.

Otros serán más reservados, apuntando que no todos *"jalan parejo"*, o por alguna de las múltiples justificaciones que se suelen esgrimir para no cambiar.

Sin embargo, lo más importante a subrayar en este punto es el valor del ejemplo; un miembro del equipo que dé ejemplo de conciencia y cuidado frente a las acciones de seguridad tendrá por lo menos un seguidor. Estos dos empezaran a constituir un clima de seguridad que, con el tiempo, será muy difícil de negar.

Este clima, a su vez, constituye una condición fundamental que propicia la tranquilidad, y por lo tanto una mejor condición para la recuperación del paciente.

Y en este punto es preciso repetir lo que ya se ha señalado en muchos otros trabajos sobre calidad: **"En el largo plazo, la calidad es su propia recompensa."**

El practicar estas acciones nos facilitará el realizar nuestro trabajo cotidiano, conteniendo riesgos, alineando esfuerzos y potenciando el brindar una atención con calidad.

Ejercicio 1



¡Advertencia!
Analice
cuidadosamente
la fotografía...



De la imagen superior, ¿Puede usted observar alguna condición que pueda ser considerada como inadecuada, peligrosa y/o evitable?

- Haga sus observaciones y compare sus resultados con nosotros en el siguiente número.

10 acciones para seguridad del paciente



Próxima edición:

- Hallará usted un artículo de una gran autoridad moral en materia de seguridad del paciente.
- Comentarios sobre el ejercicio de este número.
- La participación del paciente
- Otro ejercicio en Seguridad del Paciente.