

## CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. GESTION DEL RIESGO

Lic. Delia Aida Vargas González

### INTRODUCCION

El derecho a la salud se encuentra explícito en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 en el Art. 25 "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia la salud y el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios..."

Abraham H Maslow en su jerarquización de las necesidades humanas, situaba la seguridad por encima de las necesidades fisiológicas y consideraba la necesidad de seguridad más fuerte que la necesidad del amor

Los efectos no deseados secundarios a la atención médica representan una causa de elevada morbimortalidad en los sistemas de salud en los países desarrollados y en vías de desarrollo.

En la salud de los pacientes, a las consecuencias personales por estos daños hay que añadir el elevado impacto económico y social de los mismos.

Mejorar la seguridad de los pacientes es hoy el objetivo prioritario en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios y diversos organismos internacionales como la OPS y la OMS.

La atención libre de daños evitables, implica desarrollar sistemas y procesos encaminados a:

- Minimizar la probabilidad de aparición de fallos y errores.
- Aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren.
- Amortiguar sus consecuencias.

En mayo del 2002, la 55ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS) adoptó la Resolución "Calidad de la atención: Seguridad del paciente", por la que compromete a los estados miembros a prestar mayor atención al problema de la seguridad del paciente, y mejorar la seguridad y la calidad de la atención.

En el año 2004, la 57ª AMS propuso formar la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, cuyo lanzamiento por parte OMS tuvo lugar en octubre del mismo año, en Washington DC. La Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente escogió como lema, la frase «Ante todo, no hacer daño», versión moderna de la tradicional expresión latina «Primum non nocere»)Hipócrates 460 a/c), con la que desde el siglo XIX se identifica este principio.

2007 la OPS y la OMS en la 27.a Conferencia Sanitaria Panamericana. 59.ª Sesión del Comité Regional realizada en Washington D.C., EUA, de octubre de 2007

### RESUELVE

- Instar a los Estados Miembros a que:
- a) Den prioridad a la seguridad del paciente y a la calidad de la atención en las políticas y programas sectoriales de salud, incluida la promoción de una cultura organizacional e individual en pro de la seguridad del paciente y la calidad de la atención.
  - b) Asignen los recursos necesarios para el desarrollo a nivel nacional de políticas y programas en pro de la seguridad del paciente y la calidad de la atención.
  - c) Incorporen la participación del paciente en los procesos de mejora de la calidad de la atención sanitaria.

- d) Evalúen la situación de la seguridad del paciente y la calidad de la atención en el país, con el objetivo de identificar áreas prioritarias y estrategias de intervención.
- e) Diseñen y realicen intervenciones dirigidas a mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención.
- f) Colaboren con la Secretaría de la OPS en la elaboración de una estrategia regional de base científica que incluya resultados cuantificables para el mejoramiento de la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

En los 90' se comenzó a disponer de evidencia científica:

- Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Obtuvieron hallazgos fundamentales en pacientes internados en New York: la tasa de resultados adversos era del 3,7% y el 58% de los EA eran prevenibles.
- Quality in Australian Healthcare Study (Australia) (1995): Una revisión de los registros médicos de más de 14.000 ingresos en 28 hospitales en Nueva Gales del Sur y Australia del Sur reveló que el 16,6% de estos ingresos se asociaron con un "evento adverso", que dio lugar a la discapacidad o una estancia hospitalaria más prolongada para el paciente y fue causado por la gestión sanitaria, el 51% de los EA se consideraron evitables. En 77,1% de la discapacidad se había resuelto dentro de los 12 meses, pero en el 13,7% de la discapacidad es permanente y en un 4,9% el paciente murió.
- To error is human (EEUU 1999): Muertes anuales por errores asistenciales entre 44.000 y 98.000 Muertes anuales por errores en la medicación 7.000. El 4% de los pacientes sufre algún daño en el Hospital, el 70% de estos produce una incapacidad, y el 14% son mortales. (EEUU. 1999 Instituto de medicina (IOM) Informe sobre seguridad de los pacientes)
- An organization with memory (R.U 2000): estimó que se producen eventos adversos en cerca del 10% de las hospitalizaciones, es decir, 850.000 EA al año. (Departamento de Salud del Reino Unido, Londres informe año 2000)
- ENEAS – 2006 realizado sobre 1063 pacientes en 24 hospitales, objetivo 655 evento adversos, lo que supone una incidencia de 1,4 EA por 100 idas de estancia-pacientes, considerándose 42,8% evitables. (Estudio Nacional efectos adversos, España)

La "Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations" (JCAHO) ha realizado un esfuerzo para unificar la taxonomía de los E.A y términos relacionados. Este sistema de clasificación establece 5 categorías primarias, que incluyen:

- a) El impacto,
- b) El tipo,

- c) El ámbito,
- d) La causa y
- e) La prevención o mitigación.

Error: equivocación u omisión en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que ocurra un Evento Adverso.

Eventos Adversos: acontecimientos relacionados con la atención recibida por un paciente, que tienen, o pueden tener consecuencias negativas para el mismo y se expresan en forma de (Tabla 1)

- fallecimiento,
- incapacidad,
- lesión,
- prolongación de la estancia hospitalaria,
- incremento de consumo de recursos asistenciales.

TABLA 1: EVENTOS ADVERSOS.

• Infecciones hospitalarias	• Errores de medicación
• Úlceras de decúbito,	• Radiografía a una embarazada
• Complicaciones anestésicas	• Sobreutilización terapéutica
• Caídas	• Cirugía del sitio equivocado
• Errores y retrasos diagnósticos	• Variaciones injustificadas
• Cirugía inadecuada	• Litigios y reclamaciones
• Dehiscencias de sutura	• Iatrogenesis en cascada....
• Cuerpo extraño tras intervención	• Catástrofes hospitalarias
• Reingresos	• Casi-errores
• Fallecimientos	• Incidentes
• Confusión de historiales	• Sucesos centinela

Concepto de Casi Error (Near Miss), categoría mal definida que incluye:

- Caso en el que el accidente ha sido evitado por poco margen.
- Cualquier situación en la que una sucesión continuada de efectos fue detenida evitando la aparición de potenciales consecuencias.
- Hecho que estuvo a punto de ocurrir.
- Suceso que en otras circunstancias podría haber tenido graves consecuencias.
- Acontecimiento peligroso que no ha producido daños personales, pero sí materiales y que sirve de aviso de posibles sucesos.

Incidente: Acontecimiento o situación imprevista o inesperada, que, bien por casualidad o bien por una intervención determinada, no ha producido daños ni pérdidas al paciente; pero que en otras circunstancias podría haberlo producido.

## CULTURA DE LA GESTION DEL RIESGO Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

### Frente al evento adverso

- Prevenir el riesgo.
- Minimizar el riesgo.
- Mitigar sus consecuencias.

- Evitar que se repita.
- Identificar error, causa y tomar acciones.

## Acciones

- I. Cultura de la Seguridad
- II. Gestión del riesgo

### I. ¿QUE ES LA CULTURA DE LA SEGURIDAD?

La seguridad es un componente esencial de la calidad asistencial así como el reconocimiento y la aceptación de que se puede producir un error, asumir que el 50% de los EA son evitables y trabajar en ello a través del análisis de la causa raíz. Adecuado manejo de la información sobre eventos adversos y sus causas y consecuencias. Análisis enfocado en el Sistema porque los EA están ligados al sistema en el que se trabaja. Desarrollo de un sistema de gestión del riesgo asistencial.

### II. GESTION DEL RIESGO

La gestión del riesgo tiene como finalidad la detección, el estudio de los EA y elaborar estrategias tendientes a la prevención del error o al menos controlar y minimizar el daño.

Aunque en la producción de los errores en última instancia existe un profesional que es el que comete el error activo, para llegar a ello se precisa, en general, que se sumen un conjunto de fallos "errores latentes" que, con frecuencia, son ajenos al que muchos van a considerar "único responsable". Es por ello que, para analizar y tratar de prevenir los errores, hay que analizar los diversos componentes que rodean al acto asistencial.

En el análisis de los errores se evidencian dos modelos:

- I. El modelo centrado en la persona atribuye los errores a ciertos procesos de los individuos tales como:
  - Negligencia o imprudencia
  - Olvido, distracciones.
  - Ejecución incorrecta de procedimientos.
  - Problemas de comunicación
  - Deficiente motivación
  - Cansancio, estrés
- II. El modelo centrado en el Sistema: La visión moderna de la causa del error médico considera la atención a la salud como un sistema altamente complejo, donde interactúan muchos elementos y factores, y donde la responsabilidad no está en uno solo de ellos. Así la mayoría de AA suelen generarse en una cadena causal que involucra recursos, procesos, pacientes y prestadores de servicios, siendo el resultado de fallos en el sistema en el que los profesionales trabajan, más que de una mala práctica individual.  
La teoría del "queso suizo" como génesis de

los AA postulada por J. Reason, establece que en los sistemas complejos como la atención sanitaria, existirían diferentes barreras de defensa y seguridad cuyo objetivo sería proteger a las víctimas potenciales de posibles daños. Estas barreras mecánicas, personales u organizativas pueden debilitarse en determinado momento, produciéndose agujeros a modo de "queso suizo". Estos agujeros de forma individual y aislada no causarían habitualmente daño, y sólo en el caso de que se alinearan dibujarían una trayectoria que permitiría que se produjera el AA. (Figura 1)

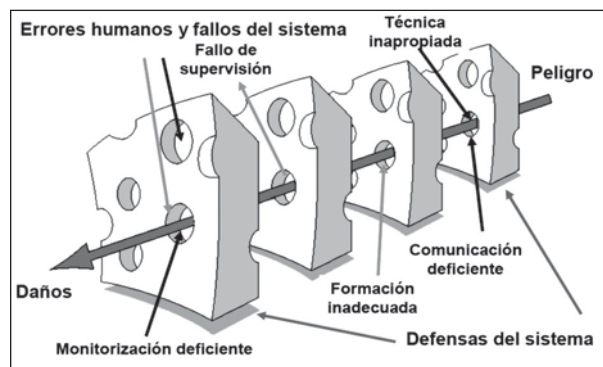


Figura 1: Modelo del Queso Suizo (J. Reason). Reason J. Human error: models and management. BMJ2000; 320: 768-770.

El modelo centrado en el Sistema: No trata de cambiar la condición humana sino de cambiar las condiciones en las que trabajan las personas. Una idea central es la de las defensas (barreras) del sistema. Cuando ocurre un evento adverso lo importante no es quién se equivocó, sino cómo y por qué las defensas (barreras) fallaron.

La GESTIÓN DEL RIESGO dentro del sistema sanitario se configura como un proceso con tres fases fundamentales:

1. Detección: con sistemas y herramientas de información que puedan detectar tempestivamente las señales aun cuando no sean evidentes;
2. Análisis y evaluación: para cuantificar problemas, definir prioridades y posibles soluciones conjuntamente con los distintos actores involucrados en esta temática.
3. Control y reducción: cuando se realicen estrategias e intervenciones concretas decididas en la fase anterior.  
Las acciones para que sean eficientes deben ser el resultado de una gestión integrada.  
En la primera etapa de identificación son efectivas herramientas como:  
A- Suceso centinela.  
B- Indicador.  
C- Sistema de notificación de eventos adversos

### A- Suceso centinela

Es un incidente o suceso inexplicado que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo de éstas. Se incluye específicamente entre las Injurias Serias la pérdida de una parte o función del cuerpo. La expresión "o el riesgo de éstas", incluyen cualquier variación de procesos por los que su recurrencia podría acarrear una chance significativa de un resultado adverso serio (Tabla 2).

TABLA 2: SUCESOS CENTINELAS.

• Fallecimiento inesperado	• Dosis excesiva de radioterapia.
• Suicidio de un paciente	• Retraso en un tratamiento vital
• Fallecimiento de un recién nacido a término	• Caída de paciente con lesión
• Muerte materna	• Error grave de medicación
• Muerte de un paciente en sala de espera de Urgencias	• EA relacionado con la anestesia
• Pérdida de función permanente no relacionada con la evolución de un paciente	• Shock anafiláctico en un paciente ingresado
• Intervención quirúrgica en un paciente o en una localización equivocada	• Violación o maltrato sexual
• Reacción hemolítica post-transfusional	• Confusión de la documentación de un paciente en quirófano o en pruebas diagnósticas de riesgo.
• Olvido de material tras una intervención	• Errores graves en documentación clínica.
• Estudio radiológico a una paciente embarazada	• Informe anatomopatológico equivocado.

4. Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations: "Sentinel Event Policy 1996 y definición revisada en Noviembre 1997"

### B- Indicador

Datos, preferentemente cuantitativos, que proporcionan información sobre la estructura, el funcionamiento y los resultados de los servicios sanitarios, con el fin de facilitar la toma de decisiones en la gestión de los servicios sanitarios. (Tabla 3)

- De estructura, recursos con los que se cuenta ejemplo: coeficiente enfermero-paciente
- De proceso, evalúan la actividad desarrollada ejemplo: % de pacientes con adecuada preparación pre operatoria (baño preoperatorio)
- De resultados, de las intervenciones por ejemplo: tasa de infección en el sitio quirúrgico, tasa de mortalidad.

### C- Sistema de Notificación de eventos adversos

- No punitivo, no debe producir miedo al castigo, o medidas disciplinarias

TABLA 3: INDICADORES (DE RESULTADOS) DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (AHRQ).

1. Reacciones y complicaciones anestésicas.	1. Fallo respiratorio postoperatorio
2. Mortalidad en GRDs de baja mortalidad	2. Tromboembolismo postoperatorio
3. Ulceras de decúbito	3. Sepsis postoperatoria
4. Fallos de atención urgente	4. Dehiscencia de sutura en cirugía abdominopélvica
5. Olvidos de cuerpo extraño	5. Cortes y pinchazos accidentales
6. Neumotórax iatrogénico	6. Transfusión errónea
7. Infección asociada a cuidados médicos	7. Trauma obstétrico neonatal
8. Fracturas postoperatorias de cadera	8. Trauma obstétrico en partos vaginales con instrumentación
9. Hemorragia y hematomas postoperatorios	9. Trauma obstétrico en partos vaginales sin instrumentación
10. Fracaso renal postoperatorio	10. Trauma obstétrico en cesáreas

University of California at San Francisco-Stanford University Evidence-Based Practice Center. Evidence report for measures of patient safety based on hospital administrative data—the patient safety indicators. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2002.

- Confidencial, la identificación del paciente informador y área debe permanecer en el anonimato.
- Independiente de las autoridades que ostentan la capacidad de tomar medidas punitivas.
- Ágil, simple y sencillo de compilar.

### 2. En la segunda etapa hay dos enfoques para el análisis y evaluación del riesgo asistencial.

- Visión retrospectiva:** La frecuencia y distribución del riesgo asistencial puede estimarse por estudios retrospectivos, por ejemplo, revisión de historias clínicas, solo detectan los EA documentados, subestimando los prevenibles y pudiendo pasar inadvertidos errores graves si no han producido daño.
- Visión prospectiva:** los estudios prospectivos son más costosos en tiempo y recursos, cuantifican mejor la incidencia de los EA evitables, describen mejor las causas y consecuencias y son útiles en los programas de reducción de riesgos y para desarrollar programas de contingencia.

A. Análisis de las causas raíz (ACR) Una causa raíz o causa origen es aquella que si es eliminada se podría prevenir o disminuir la probabilidad de recurrencia de un EA.

Objetivos del ACR:

- ¿Qué ocurrió?
- ¿Por qué pasó?
- ¿Puede evitarse que ocurra otra vez?

Proceso sistemático de investigación retrospectiva de efectos adversos o incidentes (sucesos centinelas) a fin de determinar los factores subyacentes que han contribuido a su aparición. Se centra en el análisis de las condiciones latentes (sistemas y procesos, más que conductas individuales). La finalidad es identificar y desarrollar mejoras potenciales para disminuir la probabilidad de que ocurran en el futuro.

El ACR tiene sus orígenes en la psicología industrial y en el estudio de los factores humanos y consiste en una aproximación al análisis del error de manera retrospectiva, es muy empleado para investigar los accidentes industriales graves, como son los nucleares o los de la aviación.

Dado que el ACR es una técnica cualitativa, la mayor parte de ellos son estudios de casos o serie de casos, con las limitaciones inherentes a la falta de un grupo control. Una debilidad del método es el hecho de que no siempre es posible conocer si la causa establecida por el análisis es la causa real del accidente. Solo detectan los EA documentados, subestimando los prevenibles y pudiendo pasar inadvertidos errores graves si no han producido daño.

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) a partir de 1997 incorpora la necesidad de realizar ACR en la investigación de sucesos centinela en los hospitales acreditados.

## B. ANALISIS A MODO DE FALLOS y EFECTOS (AMFE) Estudio sistemático y proactivo de los procesos

- ¿Qué puede fallar? (failure modes)
- ¿Por qué puede ocurrir? (failure causes)
- ¿Qué consecuencias tiene el fallo? (failure effects)

Puede utilizarse ANTES de utilizar nuevos servicios, procesos o productos a fin de identificar posibles fallos en su empleo. El AMFE o Análisis Modal de Fallos y Efectos, es una herramienta que permite, de una forma sistemática, asegurar que han sido tenidos en cuenta y analizados todos los fallos potencialmente concebibles. Permite identificar las variables significativas del proceso/producto para poder determinar y establecer las acciones correctoras necesarias para la prevención del fallo, o la detección del mismo si éste se produce.

La definición exacta por lo tanto, es la siguiente: "El AMFE o Análisis Modal de Fallos y Efectos es un método dirigido a lograr el Aseguramiento de la Calidad, que mediante el análisis sistemático, contribuye a identificar y prevenir las fallas, tanto de un producto como de un proceso, evaluando su gravedad, ocurrencia y detección, mediante los cuales, se priorizaran las causas, sobre las cuales habrá que actuar para evitar que se presenten dichas fallas.

Análisis a modo de fallos permite crear estrategias de contingencia para eventos prevenibles y mejorar los diseños de los procesos en forma anticipada.

### 3- En la tercera etapa se debe enfocar en la elaboración e implementación de estrategias para evitar los errores y mejorar los resultados:

- Informar a profesionales y pacientes sobre áreas y factores de riesgos
- Estandarización de procedimientos basados en el mejor conocimiento disponible, a fin de reducir la variabilidad de la práctica clínica.
- Atención centrada en el paciente (Integrar a los pacientes y a sus familiares en todos los aspectos de la atención. Evitar demoras en el diagnóstico y en el tratamiento de la enfermedad)
- Comunicación transparente entre el equipo y con los pacientes y sus familias.
- Cuidar los aspectos de confort y seguridad en el ambiente de trabajo.

### Unidad de cuidados intensivos (UCI)

El desarrollo de Tecnologías Sanitarias en las últimas décadas ha provocado un aumento en la complejidad de los procesos asistenciales, la seguridad del paciente crítico presenta grandes desafíos, es un paciente vulnerable por la inestabilidad de su condición, y están expuestos a intervenciones y tratamientos de alto riesgo.

Uno de los primeros antecedentes de sistemas de notificación y registro de EA en el enfermo crítico ha sido el "Australian Incident Monitoring Study in Intensive Care Units" (AIMS-ICU)<sup>1</sup>. Se basa en la notificación de aquellos incidentes que ponen en riesgo la seguridad del enfermo, desde una visión enfocada al equipo y al sistema.

Con la misma filosofía y un diseño similar, la Sociedad Americana de Cuidados Intensivos en colaboración con otras entidades como la Agencia para la Investigación y Calidad en la Atención de la Salud ha desarrollado el sistema "ICU Safety Reporting System" (ICUSRS). Utiliza una página web para la notificación voluntaria y anónima de AA en enfermos críticos, permitiendo la compa-

ración de resultados entre los diferentes centros. El ICUSRS también se basa en los factores relacionados con el sistema

La Sociedad Europea de Intensivos, dentro de sus actividades encaminadas a la mejora de la calidad, ha llevado a cabo el Proyecto SEE ("Sentinel Events Evaluation"). Este estudio multicéntrico realizó un corte incidental de un día en 224 SMI de 30 países, incluido España, con el objetivo de conocer la prevalencia de EA indeseables, analizando una población de 2.090 pacientes. Se detectaron 576 incidentes.

## INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Según la OPS la enfermería cumple un rol fundamental en este proceso. En la actualidad el personal de enfermería es el 80% de la fuerza laboral de salud en la mayoría de los países de la Región de las Américas, por consiguiente, es un recurso importante para el desarrollo de sistemas y servicios de salud, y para garantizar la seguridad de los pacientes mediante el establecimiento de sistemas operativos y procesos que minimicen la probabilidad de errores y maximicen la probabilidad de interceptarlos cuando ocurran.

El CIE (Consejo Internacional de Enfermería) está convencido de que para mejorar la seguridad de los pacientes es precisa una amplia diversidad de medidas en el reclutamiento, la formación y la retención de los profesionales de la atención de salud, es necesario mejorar las prestaciones, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo, con inclusión de la lucha contra las infecciones, el uso seguro de los medicamentos, la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno de los cuidados, y la acumulación de un conjunto integrado de conocimientos científicos centrados en la seguridad de los pacientes.

El CIE se siente profundamente preocupado por la grave amenaza contra la seguridad de los pacientes y la calidad de los cuidados, que resulta de la crisis por la que atraviesa el recurso humano de enfermería y la escasez mundial de enfermeras.

La insuficiencia del número de recursos humanos idóneamente formados, inadecuadas condiciones de trabajo, los bajos sueldos, la pobre gestión del recurso humano - que lejos de jerarquizar la profesionalidad conspira contra ella - ha llevado a esta crisis cuya mayor consecuencia es la escasez crónica de profesionales capacitados.

Hay estudios que demuestran que estas condiciones del RRHH guardan relación con el aumento de acontecimientos tales como:

- Caídas de los pacientes.
- Lesiones por decúbito.
- Errores de medicación.
- Infecciones intrahospitalarias.

- Índices de reinternación.
- Aumento de días de internación.
- Aumento de la mortalidad en los hospitales.
- Errores en identificación e inadecuada interpretación de signos y síntomas.
- Repercusiones financieras en los gastos en salud.

En el 2006 en conmemoración del día internacional de enfermería el CIE elaboró un Carpeta de herramienta que se denominó: Personal fiable, Vidas salvadas, que permite entender mejor como incide el coeficiente enfermera/o-paciente en la seguridad de los pacientes, en la disminución de los índices de morbi-mortalidad, en la satisfacción del paciente, y en la disminución de eventos adversos.

L. H. AIKEN, y colaboradores realizaron El Proyecto de audit de la maternidad de Universidad de Leeds. Se entrevistó a 10.319 enfermeras que trabajaban en unidades médicas y quirúrgicas en 303 hospitales.

## CONCLUSION

El número adecuado de plantilla y el soporte organizativo y de gestión son clave para mejorar la calidad de la atención a los pacientes, disminuir la insatisfacción laboral de las enfermeras y el síndrome de burnout.

## INTERVENCIONES DE ENFERMERIA PARA EVITAR EL E.A.

*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO).*

### Objetivos generales para 2006

1. Mejorar la exactitud en la identificación del paciente.
2. Mejorar la efectividad de la comunicación entre el personal sanitario.
3. Mejorar la seguridad en el uso de medicamentos.
4. Reducir el riesgo de infecciones relacionadas con la atención recibida.
5. Dar continuidad y precisión a la medicación a utilizar a lo largo del proceso de atención.
6. Reducir el riesgo de lesiones para el paciente producidas como consecuencia de las caídas.

### Acciones

1. Utilizar pulsera identificatoria en donde figure nombre y apellido del paciente, número de historia clínica. debe ser colocada al ingreso del paciente a la institución y ser retirada al alta. Preferentemente en la muñeca o de lo contrario en el tobillo.  
Cuando se administra sangre y derivados, medicamentos, se realizan estudios de diagnóstico y/o cirugía, preferentemente identificar al paciente dos personas (profesionales).

Se ha comprobado que el uso de la pulsera tiende a disminuir en un 50% los errores asociados a la inadecuada identificación del paciente.

El siguiente paso sería la identificación automatizada con un código de barra que se genera junto a la HC del paciente.

2. Planificar la comunicación a brindar, estandarización de abreviaturas, símbolos etc. o no usarlos. En las indicaciones verbales corroborar la adecuada comprensión de las mismas. Utilizar lenguaje sencillo y comprensible. Asegurarse de que la información facilitada o recibida ha sido comprendida antes de continuar con los cuidados.
3. Evitar las complicaciones con el manejo de los medicamentos: uso de los 5 correctos:
  - I. Paciente correcto.
  - II. Medicación correcta.
  - III. Vía correcta.
  - IV. Dosis correcta.
  - V. Rapidez de la administración correcta:
    - Tener presente los efectos adversos e interacciones medicamentosas
    - Etiquetar toda medicación que se encuentre en el botiquín heladera y/o alacenas del sector.
    - Si es un medicamento que implica un alto riesgo para el paciente (pavulon) comprobar el cálculo, dilución y concentración adecuada con una colega.
4. Reducir riesgo de IIH: Cumplir y hacer cumplir el lavado de manos antes durante y después de estar en contacto con el paciente, está ampliamente demostrado que es la medida más eficaz para la disminución de las infecciones intrahospitalarias.

Cumplimiento de higiene y asepsia para la realización de los procedimientos invasivos como durante la colocación de:

  - Catéteres venosos y Catéteres urinarios.
  - Aspiración del tubo endotraqueal.
  - Curación de heridas quirúrgicas.
  - Higiene de las superficies donde se preparan la medicación e Higiene de la unidad del paciente.
5. Continuidad de medicamentos y tratamientos: verificar el tratamiento, droga, medicación que el paciente viene recibiendo al ingreso a la institución. Confeccionar una lista escrita del o los tratamientos que debe continuar al alta al domicilio o a otra institución, (dosis, frecuencia y duración) y verificar si el familiar y/o profesional comprendió las indicaciones.
6. Poner en práctica un programa de prevención de caídas que incluya:
  - Controlar laterales de las camas, servocunas.

- Puertas de las incubadoras.
- En paciente pediátrico verificar si se encuentra acompañado o bien instalado en la cuna.
- En paciente adulto controlar el estado de conciencia.

## CONCLUSIONES

### Enfermería

Enfermería tiene un papel insoslayable en el cambio de la cultura institucional hacia una cultura de la seguridad del paciente y seguridad de las condiciones de trabajo.

- Difundir la cultura de la seguridad de los pacientes y de los métodos e instrumentos idóneos para la gestión del riesgo.
- Intervenir en los grupos de análisis del riesgo.
- Desarrollar una modalidad asistencial basada en la evidencia científica.

Los niveles de gestión deben garantizar cuidados de calidad con el compromiso de:

  - Definir el perfil (formación, capacitación, experiencia y actitud) de los profesionales.
  - Favorecer el desarrollo profesional a través de la capacitación para acceder a puestos de mayor jerarquía si el perfil del empleado es el adecuado.
  - Preservar el derecho de los enfermeros a un entorno seguro de trabajo, evitando la sobrecarga de trabajo, horas que excedan un periodo regular de actividad para permitirle un descanso adecuado. Distribución de equipo que resguardan la seguridad del personal para evitar o disminuir los accidentes.

### Desde la institución/organización

Fomentar una cultura de la seguridad del paciente centrada en el aprendizaje a partir de incidentes y sucesos adversos en contraposición a la cultura de la culpa y el reproche. Incentivar la formación continuada sobre seguridad del paciente en el personal sanitario.

- Sensibilizar a directivos y personales sanitarios sobre la necesidad de fomentar una cultura de la seguridad.

### Florence Nightingale un ejemplo a seguir

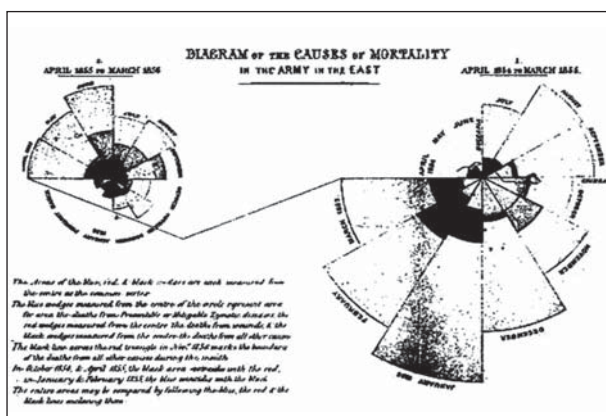
Las primeras nociones de calidad en enfermería fueron señaladas por Florence Nightingale (1820-1910), dama inglesa que se destacó en la matemática, aplicando después sus conocimientos de estadística a la epidemiología y a la estadística sanitaria. Fue la primera mujer admitida en la Royal Statistical Society británica (1858), y miembro honorario de la American Statistical Association (1874). Fue la primera mujer en recibir la Orden al Mérito de mano de Eduardo VII en 1907.

El 21 de octubre de 1854 Florence Nightingale y 38 enfermeras voluntarias fue enviado a Crimea. En Scutari (hoy Üsküdar, Estambul), Nightingale y

sus compañeras de trabajo reformaron y limpiaron el hospital, a pesar de la reacción de doctores y oficiales, e hicieron caer la tasa de mortalidad que en febrero de 1855 era del 42,7% al 2%. En los hospitales militares enfermedades como el tífus, cólera y disentería eran las tres causas principales de muerte y las heridas de guerra era solo la sexta razón de defunción.

### El Diagrama de Area Polar

Durante este tiempo, Nightingale recolectó datos y sistematizó la práctica del control de registros. Sus cálculos sobre la tasa de mortalidad mostraron que con una mejoría en los métodos de sanidad, las muertes bajarían. Florence usó esta información estadística para crear su Diagrama de Área Polar.



Fuente: Nightingale, Florence. *Notes on Matters Affecting the Health, Efficiency and Hospital Administration of the British Army, 1858.*

Estos fueron usados para representar gráficamente las cifras de mortalidad durante la Guerra de Crimea (1854-1856). El área de cada cuña coloreada, medida desde el centro es proporcional a la estadística que representa. La parte exterior azul representa muertes debidas a enfermedades infecciosas prevenibles o mitigables, enfermedades contagiosas como el cólera y el tífus. Los secciones centrales rojos muestran las muertes por heridas de guerra, las secciones negras defunciones por otras causas.

Conociendo el promedio de hombres en la armada en el mes de enero de 1855 usó esta información, para calcular una tasa de mortalidad de 1174 por cada 10 000, de los cuales 1023 de cada 10000 se debían a enfermedades infecciosas. Tabla 4.

Lo recaudado en sus publicaciones, *Notas de Hospital* (1859) y *Notas de Enfermería* (1860), lo utilizo para fundar la Escuela y Casa para Enfermeras Nightingale en el Htal St. Thomas en 1860.

TABLA 4: CAUSAS DE DEFUNCION EN LOS HOSPITALES MILITARES BRITANICOS ENERO 1855

Enfermedades contagiosas (Tífus, cólera)	2761
Heridas de guerra	83
Otras causas	324
	3168 defunciones

En una sociedad mucho más estricta que la actual en relación a papel de la mujer en la sociedad y la familia donde solo se las consideraban para el papel de ama de casa, esposa y madre. Ella vio una realidad que se podía cambiar estudio, analizó y decidió el cambio de muchos preconceptos, y con eso salvo muchas vidas y creó un cuerpo de conocimiento para la profesión de enfermería.

### LECTURA RECOMENDADA

- Consejo Internacional de Enfermeras: Día Internacional de la Enfermera 2006 Personal Fiable, Vidas Salvadas. Carpeta de herramienta de información y acción, 3, place JeanMarteau, CH1201 Ginebra Suiza www.icn.ch - Donabedian A et al., Quality, cost and health: An integrative model. *Med Care* 1982; 10: 975-992.
- Donabedian A, Ensayo. Prioridades para el Progreso de la evaluación y Monitoreo de la Calidad de la atención. *Salud Pública de México* 1993; 35: 120-122.
- Foro de los recursos humanos del CIE, 29 - 30 de septiembre de 2003 OSLO, NORUEGA.
- Gestione del rischio [http://asr.regione.emilia-romagna.it/pr\\_gest\\_rischio.htm](http://asr.regione.emilia-romagna.it/pr_gest_rischio.htm).
- Joint Commission International. Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Mayo 2007.
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Implementación de un programa para el mejoramiento de la seguridad en la Atención Médica. 2007. <http://www.msa.gov.ar/hm/Site/pngcam/pngcatm.html>. Consulta: 9 de julio de 2009.
- Muño Míguez A. y col. Seguridad del Paciente. *Medicina Interna*. Vol. 24 N°12, pp 602-606. Madrid 2007.
- OMS, Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente/OMS. 2006. [w.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA59/A59\\_22-sp.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_22-sp.pdf). Consulta: 9 de julio de 2009.
- OPS, 27° Conferencia Sanitaria Panamericana. 59° Sesión del Comité Regional. Política y Estrategia Regional para la Garantía de la calidad de la Atención Sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente. Washington, 2007.
- Otero R, Evaluación, Acreditación y Garantía de Calidad en los Servicios Sanitarios. Master en Políticas y Gestión en Salud Europa- América-Latina. Univ. De Bologna. Representación en Buenos Aires. 2006.
- Pinto Prades J L, Pérez Martínez J E, Estimación del valor monetario de los años de vida ajustados por calidad: estimaciones preliminares. *Ekonomiaz*. 2006;60: 7- 46.
- Sacristán J A, Oliva J, Del Llano J, Prieto L y Pinto J. ¿Qué es una tecnología sanitaria eficiente en España? *Gac Sanit. Madrid España*. 2002;16 (4) 334-343.
- Vasallo C, Economía de la Salud. Aportes de la economía a las políticas de salud. Conferencias del 1° Seminario de Economía de la Salud. Buenos Aires, 2005.
- Brennan T A, et al. *New Engl J Med*. 1991; 324:370-376.
- The nature of adverse events in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study II. Leape L L, et al *N Engl J Med*.1991; 324: 377-384.
- Ross McL Wilson, William B Runciman, Robert W Gibberd, Bernadette T Harrison, Liza Newby and John D Hamilton *THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA* Vol 163 6 November 1995.