

SEGURIDAD DEL PACIENTE. ERROR MEDICO

“Errar es humano. Ocultar los errores es imperdonable. No aprender de ellos no tiene perdón”

Sir Liam Donaldson, director de la Alianza para seguridad del paciente

Se estima que en los países desarrollados hasta uno de cada diez pacientes hospitalizados sufren daños producidos por la atención médica recibida, y es probable que en el mundo en desarrollo esa cifra sea mucho mayor. Lo más importante para la seguridad de los pacientes es de qué manera evitar que sufran daños durante el tratamiento y la atención (Organización Mundial de la Salud, OMS). La frecuencia de errores o eventos adversos evitables ha sido mensurada en diversos países desarrollados. El impacto es de más del 3% del gasto del presupuesto asignado a la salud en los Estados Unidos y más de 90 mil muertes por año en ese país. La detección del problema llevó a que varios países inicien tareas para reducir sus consecuencias. Por otro lado, no sólo los pacientes se ven perjudicados por errores en la atención médica, sino que **los profesionales de la salud son las “segundas víctimas”**.

La seguridad de los pacientes también involucra el concepto de “confiabilidad”, que expresa que el paciente recibe los estudios, medicamentos, información y procedimientos que necesita en tiempo y formas adecuados.

La OMS ha impulsado la iniciativa de Pacientes por la Seguridad de los Pacientes con el fin de ayudar a evitar que los errores médicos se repitan. Esta iniciativa global pone a los pacientes en colaboración con el sistema de salud para prevenir la ocurrencia de esos eventos.

La seguridad del paciente se define como la ausencia de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria.

El daño relacionado con la atención sanitaria es el daño derivado de los planes o acciones de un profesional sanitario durante la prestación de sus servicios o asociado a ellos, y no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.

Un incidente relacionado con la seguridad del paciente es un evento o circunstancia que ocasionó o podría ocasionar un daño innecesario a un paciente; tiene un significado más limitado que el término incidente, que cuando se usa en un contexto general significa un evento o circunstancia que ocasionó o podría ocasionar un daño o una dolencia, una pérdida o un perjuicio a cualquier persona.

Para los fines de la CISP (Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente), de aquí en adelante los incidentes relacionados con la seguridad del paciente se denominarán simplemente **incidentes**.

El término **“innecesario”** en la definición de incidente relacionado con la seguridad del paciente reconoce que en la asistencia sanitaria se producen errores, infracciones,

casos de maltrato al paciente y actos deliberadamente poco seguros que son incidentes innecesarios, mientras que ciertas formas de “daño” son necesarias, como la incisión para una laparotomía.

Los incidentes pueden tener su origen en actos intencionados o no intencionados. Los errores son, por definición, no intencionados, mientras que las infracciones son intencionadas, aunque pueden llegar a hacerse rutinarias en algunos contextos.

Un error puede definirse como la realización de una acción de una forma diferente a la prevista y pretendida o a la aplicación de un plan incorrecto, y puede manifestarse por la realización de algo incorrecto (error de acción) o por no realizar algo correcto (error de omisión), bien en la fase de planificación, o bien en la de ejecución.

Un evento adverso es el daño que un incidente de seguridad produce al paciente.

Fue en 1999 cuando el Instituto de Medicina (IOM) de los Estados Unidos publicó el informe: *"To Err is Human: building a Safer Health System"* sugiriendo que el 50 % de los eventos adversos descritos en los estudios de Nueva York, Utah y Colorado fueron prevenibles. Al mismo tiempo que estimaron que entre 44.000 y 98.000 pacientes fallecieron en 1997 por causa de errores; en la actualidad esta cifra llega a 440.000. La repercusión económica de dichos errores del sistema oscila entre los 37,6 y 50 mil millones de dólares.

¿PODEMOS TRABAJAR EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE?

Efectivamente podemos y debemos hacerlo. Si en nuestro ámbito de trabajo sólo se detectan culpables con nombre y apellido, estamos perdiendo la oportunidad de analizar los incidentes e iniciar el camino que nos lleve a mejorar la calidad de la atención.

A continuación presentamos las metas establecidas por la OMS. Al leerlas, podemos ver con claridad que todos podemos incorporálas y que, sin dudas, tenemos debilidades en algunas de ellas en las que podamos trabajar.

Las seis Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, se basan en las Nueve Soluciones para la Seguridad del Paciente publicadas por la misma organización en mayo de 2007. Estas soluciones fueron definidas por expertos mundiales y dadas a conocer a la comunidad internacional. Todas siguen vigentes hasta el día de hoy.

Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente (JCI)	Objetivo
1) Identificar correctamente a los pacientes.	Mejorar la precisión en la identificación de los pacientes para prevenir errores que involucran al paciente equivocado.
2) Mejorar la comunicación efectiva.	Prevenir errores por órdenes verbales.

3) Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.	Prevenir errores de medicación con electrolitos concentrados.
4) Garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.	Prevenir errores que involucren cirugías en el sitio incorrecto, con el procedimiento incorrecto y al paciente incorrecto.
5) Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica.	Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica a través de un programa efectivo de higiene de manos.
6) Reducir el riesgo de daño del paciente por causa de caídas.	Identificar, evaluar y reevaluar el riesgo de presentar una caída en todos los pacientes y tomar las medidas preventivas correspondientes.

Prevenir errores en estos seis puntos y desarrollar la cultura de informe de eventos adversos en todo nuestro sistema de salud nacional, salva vidas.

Bibliografía

- James, John T. PhD. A New, Evidence-based Estimate of Patient Harms Associated with Hospital Care. Journal of Patient Safety: [September 2013 - Volume 9 - Issue 3 - p 122–128](#)doi: 10.1097/PTS.0b013e3182948a69. En 2016 se publicó “Medical error – the third leading cause of death in the US” BMJ 2016; 353 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139> (Published 03 May 2016)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Centro Colaborador sobre Soluciones para la Seguridad los Pacientes. Nueve soluciones para la Seguridad del Paciente. Identificación de Pacientes Vol. 1. Solución 2. Mayo 2007.