

Seguridad en la atención del Paciente: ¿Qué camino hemos recorrido?

Davenport C¹, Sanluis Fenelli G²

Seguridad en la atención del Paciente

La seguridad del paciente y la calidad de atención representan un tema prioritario para el sistema de salud. Desde la publicación del reporte del Instituto de Medicina de Estados Unidos Errar es Humano en el año 2000, se han puesto en marcha múltiples acciones tendientes a reconocer y reducir el daño y mejorar la calidad de atención.¹ La complejidad creciente en los procesos de atención, especialmente en el paciente hospitalizado, predispone el desarrollo de errores ocasionando daños diversos al paciente y a su familia e incrementando el costo del proceso de atención.

Quienes estamos involucrados en el área de salud debemos maximizar nuestros esfuerzos para lograr un entorno seguro y de alta calidad para los pacientes atendidos en nuestra institución. Dando cuenta de esto, en el año 2017 un grupo de profesionales de la salud del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde (HGNPE), bajo la coordinación de la Doctora Vivian Bokser, promovió la formación del Comité de Seguridad del Paciente y Gestión Clínica (CSP y GC) para dar respuesta a nuevas necesidades.

El presente artículo tiene como objetivo describir brevemente el desempeño del comité y compartir parte del camino recorrido, desde su conformación hasta la actualidad.

El CSP y GC tiene como misión impulsar estrategias y acciones basadas en las mejores prácticas recomendadas y en la experiencia del paciente, para mejorar la seguridad y la calidad de atención en el

sistema de salud.

Está conformado por un grupo interdisciplinario de profesionales, con gestión colaborativa, que se enfoca en identificar y abordar posibles riesgos para la seguridad del paciente, así como en implementar medidas para garantizar que se cumplan los estándares de calidad en la atención médica. Participa en el análisis de eventos adversos y propone mejoras en los procesos para prevenir futuros errores.

Interviene en el campo de la docencia promoviendo actividades educativas para fomentar la cultura de la seguridad y de la mejora continua; y en el campo de la investigación analizando y difundiendo datos para generar aprendizaje.

Las actividades del comité están enmarcadas en las seis metas internacionales para la seguridad del paciente definidas por la Joint Commission International, basadas en acciones específicas para mejorar la seguridad en la atención, identificadas en políticas institucionales y sustentadas en el registro del mayor número de eventos adversos en los cuidados médicos. Ellas son: identificar correctamente a los pacientes, mejorar la comunicación efectiva, mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo, garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto, al paciente correcto; reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud y reducir el riesgo de daño al paciente por caídas.²

Estas metas han sido adoptadas por la mayoría de las instituciones como estrategia

Correspondencia: Dra. Carolina Davenport mariacarolinadavenport@gmail.com

Trabajo recibido el 20 septiembre 2024 y aprobado el 15 enero 2025

¹ XDepartamento Clínica Médica del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

² Comité Seguridad del Paciente y Gestión Clínica del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

para prevenir o mitigar el daño innecesario asociado a la atención sanitaria.

Meta 1: Identificar correctamente a los pacientes. Situaciones cotidianas como el cambio de cama, habitación o ubicación dentro del hospital, predisponen a la identificación incorrecta del paciente con el consecuente error en la administración de medicación o procedimiento.³ En el año 2022, el comité impulsó el proceso de identificación del binomio paciente-cuidador en las unidades de internación, en las unidades cerradas (Terapia Intensiva, Neonatología y Terapia Cardiovascular) y en el Hospital de Día, utilizando como herramienta la pulsera identificatoria. Desde entonces el comité se encuentra comprometido con acciones educativas destinadas al equipo de salud en relación al procedimiento de identificación y verificación de identidad, supervisión del cumplimiento del protocolo, identificación de barreras para su correcta aplicación y grado de adherencia al proceso. Se evalúa también, de manera periódica, la prevalencia de pacientes correctamente identificados para analizar el impacto de las medidas empleadas.

Meta 2: Mejorar la comunicación efectiva. La transmisión de la información clínica sobre los pacientes durante la transición asistencial, es un proceso de alto riesgo para el desarrollo de errores relacionados con la comunicación. La estandarización del procedimiento de comunicación minimiza la variabilidad de los mensajes, favorece la eficacia de la comunicación y garantiza la continuidad de atención del paciente en todos los niveles.³ Además, el saber comunicar es una competencia profesional que debe ser enseñada, aprendida y mejorada para lograr una práctica médica de calidad.⁴ Algunas estrategias apoyadas por este comité para lograr una comunicación efectiva son la implementación del programa I-PASS^{5,6} para el traspaso de información en pasajes de sala y durante los cambios de turno del equipo de salud, la utilización del modelo

estandarizado de epicrisis que compartido en la historia clínica electrónica da continuidad al proceso de atención al momento del egreso y la participación de profesionales de apoyo como nutricionistas, farmacéuticos y kinesiólogos en pasajes de sala multidisciplinarios.

Meta 3: Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo. Cuando se hace referencia a medicación segura, significa que el paciente reciba el medicamento adecuado, la dosis correcta, por la vía correcta y con la preparación adecuada. El proceso de medicación durante la internación de un paciente comienza con la prescripción por parte del médico, sigue con la validación y dispensación por parte del farmacéutico, continúa con la administración por el enfermero y culmina con la recepción por parte del paciente y su cuidador.³ Por lo tanto, las estrategias dirigidas a prevenir los errores en medicación requieren de la implementación de barreras en cada una de las fases de esta cadena.

Los errores en prescripción médica son la causa más frecuente de errores prevenibles.⁷ La incorporación del sistema de prescripciones informatizadas desde el año 2019 en todas las unidades de internación del HGNPE contribuyó a la reducción de la prevalencia de errores en prescripción según datos locales.^{8,9}

El CSP y GC también enfatiza en la implementación de las siguientes estrategias: chequeo sistemático de las prescripciones informatizadas en las unidades de internación, traspaso diario de información con personal de enfermería para recepción y evacuación de interrogantes, interacción entre enfermero y farmacéutico para alertar respecto de interacciones y contraindicaciones e instrucción del cuidador respecto de la medicación que recibe el paciente, como barrera final en la prevención de eventos adversos en la cadena de medicación. Además, se destaca el trabajo conjunto con

el Comité de Farmacovigilancia en el reporte de efectos adversos y desvíos de calidad.

Meta 4: Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto, al paciente correcto. Las cirugías no seguras pueden causar considerables daños. La cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto y al paciente equivocado representa un problema grave para las organizaciones de salud. Estos errores son principalmente el resultado de una comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico, de la falta de participación del paciente en el marcado del sitio quirúrgico y la ausencia de procedimientos de verificación preoperatorios. Las listas de verificación quirúrgicas han demostrado ser herramientas de comunicación útiles para reducir los daños asociados a los procedimientos quirúrgicos.¹⁰ En el año 2021, el CSP y GC trabajó en la elaboración e implementación de la lista de verificación en los equipos quirúrgicos del HGNPE. Consiste en una serie de pasos y verificaciones que deben llevarse a cabo antes, durante y después de la cirugía para garantizar que se cumplan los protocolos de seguridad y se minimicen los riesgos de errores o complicaciones. Incluye elementos como la correcta identificación del paciente y del sitio quirúrgico, la confirmación de la información relevante sobre el procedimiento a realizar, la disponibilidad de los equipos y materiales necesarios, entre otros. La implementación de esta herramienta y la adherencia alcanzada, permitieron reducir la incidencia de error y mejorar los resultados de los procedimientos quirúrgicos realizados en el hospital.

Meta 5: Reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud. Las infecciones asociadas al cuidado de la salud son aquellas que se manifiestan durante la internación del paciente y no estaban presentes al ingresar al hospital. En muchos casos, requieren para su resolución la utilización de antibióticos de amplio

espectro, realización de procedimientos invasivos como colocación de accesos venosos y períodos de internación más prolongados.³ En relación a esta meta, el comité ha trabajado en estrategias orientadas en tres ejes: la adecuada higiene de manos, el correcto uso de los aislamientos hospitalarios y el mantenimiento de estándares adecuados de limpieza en la institución. También se realizaron, junto al Comité de Control de Infecciones, intervenciones educativas en paquetes de medidas como lavado de manos, manejo de catéteres venosos centrales, contención de organismos multirresistentes, uso del equipo de protección personal y adecuación antibiótica precoz.

Meta 6: Reducir el riesgo de daño al paciente por caídas. Los pacientes internados pueden presentar factores de riesgo para sufrir caídas, algunos relacionados con el entorno hospitalario y otros con condiciones propias de los pacientes.³ Con el objetivo de reducir el riesgo de caídas y el daño ocasionado por las mismas se instruye a los niños y padres en precauciones para evitarlas, se verifica de manera sistemática que cada niño esté en la cama adecuada para su edad y que los laterales de las camas y cunas estén en posición elevada.

El CSP y GC desde sus orígenes promueve un modelo de atención centrado en el cuidado del paciente y la familia. El modelo de atención en salud se encuentra en un proceso de cambio, migrando de un modelo médico céntrico, con su objetivo puesto en la enfermedad y su resolución, a un modelo centrado en la persona y su entorno. Para esto, se requiere de organizaciones humanizadas donde prevalezcan el respeto por los valores y preferencias de los pacientes, la coordinación e integración de los cuidados, la comunicación empática y la coparticipación del paciente y su familia en las decisiones. La creación y difusión del Decálogo de Seguridad y Cuidado del

Paciente Internado logró fomentar el modelo colaborativo de atención, dando a conocer las obligaciones y derechos de los pacientes durante su estadía hospitalaria; constituyendo la familia y el personal de salud una unidad integral en el trabajo de la mejora continua.⁹

La evaluación de la calidad de atención desde la perspectiva del paciente es una herramienta frecuentemente utilizada como punto de partida para promover su mejora. A través de la misma es posible conocer el rendimiento de los servicios brindados por el hospital, monitorear la efectividad de las intervenciones y ofrecer potenciales soluciones para mejorar la atención hospitalaria.¹² En el año 2018, integrantes del comité evaluaron la experiencia de los pacientes hospitalizados mediante encuestas de satisfacción. La valoración global brindada por los pacientes hospitalizados acerca de los servicios ofrecidos por el hospital fue considerada muy satisfactoria. El 94% de la población entrevistada recomendaría el HGNPE a sus familiares y amigos.¹³

Por último, cabe mencionar que cada 17 de septiembre el HGNPE adhiere a la celebración del Día Mundial de la Seguridad del Paciente, mediante actividades coordinadas por el comité que buscan despertar una mayor concientización y participación de la comunidad hospitalaria para lograr una atención más segura en salud.

Se requiere de compromiso y esfuerzo comunitario para garantizar la salud integral de niños, niñas y adolescentes, aplicando estrategias tendientes a evitar el error, simplificar y normatizar los procesos, reducir factores de riesgo y trabajar para desarrollar confiabilidad.

Se avecinan futuros desafíos en el proceso de atención, relacionados con la transformación digital, la medicina cada vez más personalizada, la tecnología innovadora y la sostenibilidad ambiental, que sin duda requerirán de una mirada atenta desde la perspectiva de la seguridad del paciente y la mejora continua de la calidad de atención.

Comité de Seguridad del Paciente y Gestión Clínica.

Integrantes: Valeria Aprea, Noelia Callafatello, M. José Chiolo, Leonardo De Lillo, Cecilia Echave, M. Fernanda González, Nuria Grimberg, Facundo Jorro Barón, Mariana Juchli, Marcela Lembo, Susana Luna, Ivana Morales, M. José Rial, Gabriela Rodríguez, Verónica Sorasio, Marcela Urtasun, Rosana Vaccaro.

Referencias

1. Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington DC: National Academies Press; 2000.
2. Joint Commission. 2011 National Patient Safety 117(1): e43-7Goals (online). Disponible en Internet: www.jointcommission.org
3. Panattieri ND, Dackiewicz N, Arpí L, Godio C, et al. Consenso: seguridad del paciente y las metas internacionales. Arch Argent Pediatr 2019;117 Supl 6:S277-S309.
4. Moore P, Gómez G, Kurtz S. Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente [Doctor-patient communication: one of the basic competencies, but different]. Aten Primaria. 2012 Jun;44(6):358-65. Spanish.
5. Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, Allen AD, et al. I-PASS, a Mnemonic to Standardize Verbal Handoffs. Pediatrics. 2012; 129(2):201-4.
6. Jorro Barón F, Pumara CD, Tittarelli MAJ, Raimondo A, Urtasun M, Valentini L. Improved handoff quality and reduction in adverse events following implementation of a Spanish-language version of the I-PASS bundle for pediatric hospitalized patients in Argentina. Journal of Patient Safety and Risk Management. 2020;25(6):225-232.
7. Wong IC, Ghaleb MA, Franklin BD, Barber N. Incidence and nature of dosing errors in paediatric medications: a systematic review. Drug Saf. 2004;27(9):661- 670
8. Urtasun M, Takata M, Davenport MC, Dominguez P, et al . Efecto del empleo de prescripciones informatizadas en la seguridad de pacientes pediátricos hospitalizados. Arch Argent Pediatr 2022;120(2):111-117.
9. Evaluación de una estrategia de mejora sobre la incidencia de errores en la prescripción de medicamentos en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. Taffarel P, Meregalli C, Jorro Barón F, et al. Arch Argent. Pediatr 2015; 113(3):229-236.
10. World Health Organization. Surgical Safety Checklist. 2009. [Acceso: 9 de julio de 2024]. Disponible en: [https:// www.who.int/patientsafety/topics/safe-surgery/checklist/en/](https://www.who.int/patientsafety/topics/safe-surgery/checklist/en/).
11. Committee on Hospital Care and Institute for Patient and Family Centered Care. Patient- and family-centered care and the pediatrician's role. Pediatrics 2012; 129(2):394-404.
12. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. BMJ Open 2013; 3:e001570.
13. Morales I, Davenport MC, Dominguez P, Torres F, Ferrero F, et al. Encuesta de satisfacción a usuarios del Departamento de Medicina del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Rev Pediatr Elizalde. 2019; 10 (1):18-25.