

SALA 2

VERONICA BADILLA MORALES

Profesora. Facultad de Enfermería Viña del mar. Universidad Andrés Bello. Chile.



LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁREA DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA

CAUSALIDAD EN LOS ERRORES EN LA ATENCIÓN DE SALUD

Verónica Badilla Morales

Mg Enfermería. Mg Gestión de Calidad. Profesora. Facultad de Enfermería Viña del mar. Universidad Andrés Bello. Chile.

Primeramente quiero agradecer la invitación a participar en este Congreso Virtual de Enfermería, que nos permite intercambiar experiencias y opiniones entre profesionales de enfermería de diversos países, lo que hace más enriquecedor éste intercambio.

Para comenzar, me gustaría compartir con Uds. algunos conceptos relacionados con el tema de seguridad, pieza clave de la calidad de la atención que entregamos a diario cuando realizamos el cuidado de nuestros pacientes. Por este motivo, se ha convertido en una prioridad en los sistemas de salud a nivel mundial y en especial, de organizaciones sanitarias internacionales como la OMS de la cual emanan directrices para mejorar esta importante dimensión de la calidad como lo es la seguridad tanto del paciente como de los miembros del equipo de salud que entregan dicha atención.

De acuerdo a la taxonomía de la OMS, la seguridad se define como ausencia de daño, real o potencial asociado a la atención sanitaria. Por esto, es importante conocer las causas que pueden llevar a un incidente de seguridad, que ésta misma taxonomía la define como evento o circunstancia que pudo haber producido, o que produjo, daño innecesario a un paciente. Es importante destacar, tal como se describe en la pirámide de Heinrich, que por cada 1 incidente de seguridad con consecuencias graves o muerte, ocurren 29 incidentes de seguridad menores y 300 near-miss que son los errores que no alcanzaron a producirse porque se detectaron a tiempo y se frenó su ocurrencia.

James Reason, psicólogo laboral, abordó el tema de los errores tanto humanos como del sistema para explicar y analizar los problemas de producción en las industrias y se adaptó al sistema sanitario. Es así que para explicar la causa de eventos adversos en la atención, se distinguen fallos activos los que corresponden a un error humano y fallos latentes que corresponden al sistema o medio en que se desenvuelven las personas.

Se parte de la premisa que es parte de la naturaleza del ser humano el cometer errores y por eso es importante que el sistema en el que nos desenvolvemos tenga mecanismos para detectarlos y solucionarlos antes de que lleguen a afectar a los pacientes. Según Reason, los mecanismos del error humano pueden ser de tres tipos:

1. Lapsus o deslices
2. Mistakes o equivocaciones
3. Violaciones o trasgresiones

Los lapsus o deslices, son errores que están relacionados a faltas de atención, omisión, fallos de la memoria y están asociados a la ejecución de un proceso. Son errores en que la intención es correcta, pero durante la ejecución se equivoca el accionar.

Los mistakes o equivocaciones son errores que están relacionados con el conocimiento, la persona percibe que se ha cometido un error, pero le es dificultoso reconocerlo.

Las violaciones o trasgresiones son definidas como desviaciones de los procedimientos operativos, estándares y protocolos que existen respecto a la seguridad. El trabajador conoce el procedimiento pero intencionalmente no lo realiza correctamente. Se pueden detectar tres categorías de trasgresiones a la seguridad:

1. Rutinarias: se suelen cometer cuando se acorta un procedimiento para mejorar la producción al menor esfuerzo. Pueden convertirse en un comportamiento habitual del individuo.
2. Excepcionales: dependen de las condiciones laborales, se consideran necesarias para el cumplimiento de la tarea, por ejemplo cuando se trabaja bajo presión (PCR)
3. Sabotajes: hay clara intención de causar daño a personas o equipos.

Para disminuir el efecto de estos errores humanos, ya sean intencionales o no, se utilizan barreras tal como lo explica Reason con su modelo del queso suizo, quien explica la aparición de un efecto adverso como el

resultado de la alineación de agujeros en las diversas barreras tanto de estructura como de procedimientos que podrían haberlo evitado. Es importante conocer los tipos de barreras con las que podemos contar para disminuir la probabilidad de ocurrencia de errores en la atención de los pacientes. Las defensas se pueden clasificar en blandas o duras. Las defensas duras incluyen alarmas, barreras físicas, sistemas automáticos (bombas de infusión continua, monitores, etc.). Las defensas blandas apuntan a normas, reglas, supervisión de los procedimientos, entrenamientos, seguimiento y supervisión de la jefatura como algunos ejemplos. Un claro ejemplo de éstas barreras que ayudan a disminuir especialmente los despistes y mistakes es el check list para cirugía segura, la que ha tenido un gran impacto en la disminución de eventos adversos relacionados con los procesos quirúrgicos. Este punto está bastante más desarrollado propuesto por la OMS para mejorar la seguridad de los pacientes.

Existe también, otro evento adverso que ocurre frecuentemente en la atención de los pacientes y que puede presentarse indistintamente tanto en servicios quirúrgicos como médicos. Me refiero a los errores de medicación cuyo aumento progresivo está asociado a la complejidad de los procesos terapéuticos, la amplia disponibilidad de medicamentos y a la vez el desconocimiento de las interacciones y propiedades farmacológicas de éstos.

Es el profesional de enfermería uno de los más expuestos a cometer este tipos de errores, ya que está en contacto directo con el paciente en forma continuada durante su proceso de cuidado, combinándose fallas del sistema y fallas humanas. En este proceso farmacoterapéutico, el profesional de enfermería, de acuerdo a un estudio de Huges y Clancy, es la última barrera previa a la ocurrencia de un error, pudiendo llegar a detectar el 86% de éstos, logrando disminuir así su magnitud y frecuencia. Punto clave y que también nos ayuda a prevenir estos errores, es el propio paciente o su familiar a cargo, quien nos puede alertar de que estamos a punto de cometer un error.

Actualmente, se están desarrollando y aplicando diversas estrategias para disminuir la incidencia de los errores de medicación, pero todas ellas parten de algo en común, el instaurar una cultura de seguridad en la que participen en forma activa los directivos de las instituciones y todo el personal capacitándolos, simplificando y estandarizando los procesos y haciéndolos más seguros con la utilización por ejemplo, de listas de chequeos. Si bien es cierto que existe evidencia que respalda estas iniciativas no menos cierto es la dificultad de ponerlas en práctica, ya que muchas veces involucran cambios en los procedimientos realizados y la resistencia de algunos profesionales a no reconocer los errores.

Esta es una tarea en que todos los profesionales de enfermería deben estar implicados, adaptando estas estrategias a sus realidades y asumiendo un papel activo en la prevención de los errores de medicación, colaborando de esta forma a hacer un lugar más seguro los centros de salud y entregar así una atención de calidad a nuestros pacientes.

Para terminar, les agradezco su atención para un tema tan relevante como lo es mejorar la seguridad de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Romera Romero J. Causalidad del error humano en los accidentales laborales. (2005)
- 2.- Organización Mundial de la Salud, Soluciones para la Seguridad del paciente, volumen 1, Mayo 2007
- 3.- Opitz,S., Sistema de medicación: análisis de los errores en los procesos de preparación y administración de medicamentos en un hospital de enseñanza. [Tesis doctoral]. Sao Paulo:Universidad de Sao Paulo;2006
- 4.- Otero,MJ. Errores de medicación y gestión de riesgos. Rev Esp Salud Pública 2003;77(5):528-40. Telles,P.,Cassiani,S. Administracao de medicamentos: Aquisicao de conhecimentos e habilidades requeridas por um grupo de enfermeiros. Rev Latino-am Enfermagem 2004 maio-jhuno;12(3):533-40.
- 5.- Simpson, R. (2005). Patient and Nurse Safety: How Information Technology Makes a Difference. Nursing Administration Quartely 2005;29(1): 97-101.
- 6.- Reason, J. Human error: models and management. British Medical Journal 2000;320(7237): 768-70.
- 7.- Wu,A. Medical error:the second victim.British Medical Journal 2000; 320:726-727.