

Prevenir eventos adversos, para alcanzar la excelencia en la gestión del cuidado

Prevention of adverse events to achieve the excellence in care management

MSc. Caridad Llanes Betancourt

Máster en Geriatría y Gerontología. Profesora Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas Calixto García Iñiguez. La Habana, Cuba.

«*Primum non nocere*» No hacer daño es el principio primero y esencial del código hipocrático, y por extensión de todas las actuaciones relacionadas con el mundo sanitario. La Seguridad del Paciente, también llamada Seguridad Clínica, es un componente transversal crítico de la calidad asistencial.¹

Los episodios que se analizan dentro del campo de la Seguridad del Paciente se denominan Efectos Adversos. Se definen como «todo accidente o incidente que ha causado daño al paciente o lo ha podido causar, ligado a la asistencia».²

El abordaje de sucesos adversos ocurre a partir de las transformaciones científicas, tecnológicas, sociales y políticas, relacionadas con la atención que se brinda en salud.

En este sentido, las intervenciones para el cuidado de la salud del ser humano, en los ámbitos hospitalarios y ambulatorios, están implicando riesgos a partir de la conjugación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas, que si bien constituyen acciones beneficiosas, también incluyen un abanico de posibilidades de prácticas inseguras que pueden favorecer la ocurrencia de eventos adversos.³

La aparición de estos eventos son ocasionadas por el mal estado de las infraestructuras, de los equipos, la calidad de los medicamentos y la irregularidad en el suministro, las deficiencias en la eliminación de desechos y en el control de las infecciones, la deficiente actuación del personal por falta de motivación o conocimientos insuficientes o número insuficiente y por la falta grave de recursos para cubrir los costos de funcionamiento esenciales.⁴

Se puede decir que hace falta documentar más las evidencias científicas sobre la proporción que tales eventos adversos han alcanzado, dado por el subregistro de la información que se presenta debido a la reticencia del personal sanitario para notificar dichos errores, por miedo a que se interprete como negligencia en el cuidado y sea la base para posteriores demandas a causa de la mala práctica en salud.⁵

Un evento adverso no es más que «el daño, lesión o muerte causados por el tratamiento de una enfermedad o estado del paciente por los profesionales de salud, y que no obedece a la propia enfermedad o estados subyacentes» o aquel que «hace referencia al resultado clínico que es adverso al esperado y debido a error durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del mismo», Cobra importancia reconocer que para explicar el tema de los eventos adversos son dos los criterios utilizados: el humano y el del sistema. El primero de ellos, originado por los actos inseguros y la violación de los procedimientos que el personal del equipo de salud comete debido a cansancio, estrés, falta de motivación, de atención, sobrecarga y/o insatisfacción laboral y negligencia.^{6,7,8}

Es importante generar mecanismos de control que permitan prevenir errores. Pensar en la seguridad de los pacientes, entendida como la «reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud». Tal seguridad es un principio fundamental en el cuidado del individuo y un elemento crítico en los procesos de gestión de calidad, Por lo que es necesario desarrollar una cultura de seguridad que por una parte acepte los riesgos inherentes a la asistencia sanitaria y por otra, hable abiertamente de incidentes o errores.

El progreso hacia una asistencia sanitaria más segura es lento y requiere del compromiso de todas las administraciones y organizaciones sanitarias para situar de forma prioritaria la seguridad de los pacientes en el centro de todas las políticas sanitarias libre de eventos adversos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Llanes Betancourt C. Carácter humano y ético de a atención integral a adulto mayor en Cuba. Revista Cubana de Enfermería. 2007; 23(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Elizabeth Villarreal Cantillo. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad: (Col.) 2007; 23 (1): 112-119.
3. OMS. 55 Asamblea Mundial de la Salud. A55/13. 23 de marzo de 2002. Calidad de la Atención: seguridad del paciente. Informe de la Secretaría.
4. Casasin, T; Ridaio, M; Anquix, R. Calidad de la Administración de medicamentos en el Hospital: análisis observacional directo. Nursing 2006. Vol. 24 (5): 56-61.
5. Donoso F, A y Fuentes R, I. Eventos adversos en UCI. Rev. chil. pediatr., mayo 2004, vol.75 (3): 233-239.

6. CIE. Consejo Internacional de Enfermería. Declaración de posición del CIE: Seguridad de los pacientes. Edición N° 61. Secciones internacionales. 2002.
<http://www.icn.ch/pspatientsafesp.htm>

7. CIE. Consejo Internacional de Enfermería. La Enfermería Importa. Seguridad de los pacientes. Comunicado de prensa 29 de abril de 2002.

8. Franco, A. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. Colombia Médica. 2005; Vol. 36 (2): 130-133. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2007; 23, (1): 112-119.