

## 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.<sup>1</sup>

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».<sup>2</sup>

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.<sup>3</sup>

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.<sup>4</sup>

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.<sup>5</sup>

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.<sup>6,7,8</sup>

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&tIng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000300006&lng=es&nrm=iso&tIng=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.