

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA

TÍTULO: Ocurrencia de Incidentes de Seguridad Derivados de los Procesos Asistenciales en Pacientes Pediátricos y Obstétricas, internados en una Institución Privada de alta complejidad de la Ciudad de Rosario, durante el año 2019

DIRECTOR: DR. HÉCTOR BONACCORSI

AUTORA: LIC. FLORENCIA CECCHINI

Año 2023

Agradecimientos

A Dios por darme la posibilidad de elegir este camino.

A mis padres por enseñarme amar la vida en todas sus formas y saber afrontar cada uno de los avatares que se presentan.

A mi hijo y a mi esposo por su apoyo, paciencia, amor y comprensión durante todo este proceso.

A mis maestros, a cada uno de ellos, por encender en mí la chispa de la búsqueda conciente y amorosa del conocimiento constructivo.

¡Gracias!

Palabras alegóricas

“Nunca pierdas la oportunidad de comenzar algo sin importar lo pequeño que sea. Pues es maravilloso ver que con frecuencia la semilla de mostaza germina y echa raíces.”

Florence Nightingale (1820-1910)

Resumen

El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal. En el mismo se estudiaron los incidentes de seguridad derivados de los procesos asistenciales, notificados durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2019, en una Institución de salud privada de alta complejidad, dedicada a la atención materno infantil de la ciudad de Rosario (Argentina).

Objetivo principal: describir la ocurrencia de incidentes de seguridad derivados de los procesos asistenciales, en pacientes pediátricos y obstétricas internadas en una institución privada de alta complejidad de la ciudad de Rosario, durante el período comprendido de Enero a Diciembre del año 2019

Materiales y Métodos: para la obtención de los datos se utilizaron dos fuentes de información: un Formulario de Notificación de incidente de seguridad en formato digital (Formulario de Google), validado por el Comité de Calidad y Seguridad en la Atención de Pacientes, y los datos aportados por el sistema de vigilancia en control de infecciones de la Institución bajo estudio.

Los datos obtenidos fueron codificados, cargados en una base de datos de Excel, y analizados mediante R Core Team (2019).

Resultados: El total de ingresos durante el periodo estudiado fue de 10.942 pacientes y el total de incidentes de seguridad notificados fue de 759 de los cuales 336 fueron eventos adversos, 11 eventos centinela y 412 cuasi-incidentes.

El porcentaje de incidentes de seguridad fue del 7%. El 47% de las notificaciones fueron efectuadas por el personal de enfermería, seguida por el personal médico (26%), kinesiólogos (11%) y técnicos (10%)

Los incidentes de seguridad más frecuentes fueron asociados a medicación (33%). De éstos, el 50% estuvieron asociados a errores de prescripción, un 40% errores de dispensación y un 6% a errores de administración.

Los incidentes relacionados con procesos asistenciales se ubicaron en segundo lugar; de los cuales el 51% se relacionaron con procedimientos erróneos y un 32% a procedimientos incompletos o inadecuados.

Se halló además que los incidentes de seguridad ocurrieron en el turno diurno en su gran mayoría (64%).

Como factor contributivo en la ocurrencia de los incidentes de seguridad, se halló que la formación y el entrenamiento del personal, fue determinante en su ocurrencia.

El grado de evitabilidad de los incidentes de seguridad fue del 100% para los cuasi-incidentes, 88% para los eventos adversos y del 54% para los eventos adversos centinela.

Conclusión: la ocurrencia de incidentes de seguridad, en la población materno infantil, continúa siendo un problema de magnitud considerable y prevenible. Los niños menores de 1 años, especialmente los neonatos y los lactantes, constituyen el grupo de mayor vulnerabilidad.

Para este estudio la mayoría de los incidentes de seguridad fueron considerados prevenibles, lo cual evidencia claras oportunidades de mejora. Es fundamental la toma de conciencia de situación de los equipos y la organización en su conjunto.

Los sistemas de reporte de incidentes de seguridad constituyen una herramienta de gran valor para las instituciones de salud, porque no solo contribuyen en fortalecer la cultura de seguridad de sus integrantes, sino que también aporta información valiosa para quienes gestionan y administran los servicios de atención de enfermería.

El monitoreo continuo de los entornos en los cuales se aplica el cuidado, la protocolización de los procesos asistenciales y una adecuada preparación y entrenamiento del personal sanitario, constituyen la piedra angular en la prevención de los incidentes de seguridad.

Recomendaciones: continuar desarrollando investigaciones a nivel local, que midan la eficacia de acciones implementadas y compartir resultados con las instituciones asistenciales y educativos con la finalidad de poder trabajar conjuntamente en post de la seguridad de los pacientes.

ÍNDICE

Agradecimientos	1
Palabras alegóricas	2
Resumen.....	3
Capítulo I	8
Introducción	8
Antecedentes	13
Justificación	29
Capítulo II	30
Planteamiento del problema de investigación.	30
Objetivos	30
General.	30
Específicos	30
Capítulo III	31
Marco Teórico	31
Enfermería y la seguridad del paciente.....	32
Bases conceptuales en Seguridad del Paciente.	36
Evolución histórica de la Seguridad del Paciente.....	38
Estudios y avances en seguridad del paciente en Argentina y Latinoamérica.....	45
Fundamentos de la Seguridad Asistencial.....	47
Modelo explicativo de aparición de errores.	48
Figura N°1 Pirámide de Henrich	48
Modelo explicativo de la causalidad de los eventos adversos.....	50
Figura 2: Modelo del queso suizo de James Reason (1990).....	52
Factores contributivos.....	52
Sistema de detección y notificación de incidentes de seguridad	54
Metodologías para el análisis de eventos adversos.....	59
Capítulo IV	61
Metodología	61
Diseño.....	61
Ámbito de estudio	61
Población	61
Unidad de análisis.....	61
Criterios de inclusión.....	62
Criterios de exclusión	62

Período Observado.....	62
Instrumento de recolección de datos	62
VARIABLES DE ESTUDIO.....	62
Características del incidente	62
Tipo de incidente.....	64
Factores contribuyentes.....	67
Procedimientos para la recolección de la información.....	67
Análisis e interpretación de los datos	70
Confidencialidad y Aspectos Éticos	70
Capítulo V	71
Resultados	71
Tabla 1 – Distribución de incidentes de acuerdo al personal que los notificó	71
Figura 3 - Distribución de incidentes según clasificación: cuasi-incidente, eventos adversos, eventos centinelas	72
Tabla 2 – Distribución de los tipos de incidentes según si eran prevenibles o no	73
Tabla 3 – Distribución de incidentes de acuerdo a la edad del paciente.....	74
Tabla 4 – Distribución de incidentes según servicio de ocurrencia	75
Tabla 5 – Clasificación de incidentes de seguridad según tipo	76
Tabla 6 – Distribución de la franja horaria en la que ocurrieron los incidentes según servicio ...	81
Figura 4 consecuencias de los incidentes de seguridad para los pacientes	83
Tabla 7 – Distribución de los resultados de los incidentes según servicio de ocurrencia y nivel de daño para el paciente.....	84
Tabla 8- Distribución de los factores contributivos en la aparición de los incidentes según sector de ocurrencia.....	86
Capítulo VI.	87
Discusión	87
Capítulo VII.	95
Conclusión	95
Referencias	98
Anexo 1.....	107
Formulario de Reporte de incidente de seguridad (formulario Google).	107

Capítulo I

Introducción

La salud es uno de los pilares del desarrollo humano. Representa la base del crecimiento sostenible de toda sociedad. Históricamente, el progreso y las mejoras en los sistemas de salud a nivel global contribuyeron a aumentar la esperanza de vida y promover el bienestar de las personas.

Los sistemas de atención fueron adquiriendo mayor complejidad a lo largo de la historia, producto de las múltiples interacciones que allí se desarrollan, sumado a los continuos avances científico - tecnológicos, avances que han originado sin lugar a dudas grandes beneficios a la humanidad, pero también han incrementado, de manera significativa, los riesgos asistenciales.

La atención de la salud se ha vuelto compleja y riesgosa. Los procesos asistenciales requieren la combinación de acciones en equipo de múltiples especialidades y una adaptación permanente a las nuevas tecnologías, las cuales no siempre se acompañan de un adecuado entrenamiento antes de su implementación con el riesgo asistencial y económico que esto conlleva.

Chantler (1999), definió esta situación como “una medicina que ha pasado de ser simple, poco efectiva y relativamente segura a convertirse en compleja, efectiva pero potencialmente peligrosa” (p.1178-1181).

A nivel mundial, se calcula que cada año decenas de millones de pacientes sufren lesiones incapacitantes como consecuencia de prácticas médicas inseguras. Uno de cada diez pacientes sufre algún tipo de daño, en instituciones de salud altamente financiadas y tecnológicamente avanzadas (Slawomirski et al., 2017).

El riesgo estimado de morir en un viaje en avión es de 1/1.000.000, mientras que el riesgo estimado de morir por un accidente médico prevenible mientras se recibe atención médica es de 1/300 (OMS, 2019).

De acuerdo al último informe elaborado por la OMS, se estima que anualmente se pierden en todo el mundo 64 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad a causa de una atención poco segura. Esto significa que los daños a los pacientes debidos a acontecimientos adversos figuran entre las 10 principales causas mundiales de muerte y discapacidad.

Los datos disponibles indican que cada año se producen en hospitales de países de ingresos bajos y medios 134 millones de acontecimientos adversos por atención poco segura, que dan lugar a 2,6 millones de fallecimientos.

Aproximadamente dos terceras partes de la carga mundial de acontecimientos adversos causados por una atención poco segura, y de la pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad, corresponde a países de ingresos bajos y medios (Slawomirski et al., 2017).

La falta de seguridad en las prácticas médicas y los errores de medicación, como las dosis o las infusiones incorrectas, las prescripciones inadecuadas, etc. son algunas de las causas de daño evitables en todo el mundo. El costo mundial estimado es de 42.000 millones de dólares, sin contar las pérdidas salariales y de productividad. Esto representa el 1% del gasto sanitario mundial (Aitken & Gorokhovich, 2012).

Los diagnósticos incorrectos o tardíos, son también una de las causas más frecuente de daño al paciente y afectan a millones de personas.

Las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) afectan en promedio entre el 7 y el 10% de los pacientes hospitalizados. A menudo, la septicemia no se diagnostica a tiempo para salvar la vida del paciente; como muchas de las infecciones que la causan son resistentes a los antibióticos, pueden provocar un rápido deterioro de la situación clínica. Se estima que anualmente se ven afectadas 31 millones de personas, con más de 5 millones de fallecimientos (OMS,2009)

Los procedimientos quirúrgicos poco seguros provocan complicaciones en casi el 25% de los pacientes sometidos a intervenciones; anualmente alrededor de 7 millones de pacientes quirúrgicos sufren complicaciones significativas, de los cuales 1 millón fallece durante la intervención o inmediatamente después de ella (WHO guidelines for safe surgery, 2009).

Es evidente que en todo proceso asistencial independientemente del área en la cual se desarrolle la atención, existe un continuo riesgo – seguridad que requiere un monitoreo continuo y actuaciones permanentes en varios niveles de la organización; a nivel institucional; los escenarios en los cuales se desarrolla la atención de salud, necesitan estar diseñados y organizados para detectar y reducir los riesgos asociados a la atención. Para que esto se lleve a cabo es fundamental, que quienes gestionan y administran los servicios de enfermería y el resto de los departamentos de gestión asistencial, adquieran conocimientos en Seguridad del paciente y gestión de riesgo.

Hoy la Seguridad del Paciente (SP) definida como; “la ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidas como consecuencia de la atención recibida”, es un gran problema de salud pública a nivel mundial y un gran desafío

ético/ moral para los profesionales sanitarios y las instituciones de salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2009).

En el plano profesional e individual, es necesario comprender adecuadamente los principios y conceptos de seguridad del enfermo y desarrollar nuevas habilidades. Cada profesional debe asumir un rol activo en la SP, adquiriendo conocimientos que le permitan detectar a tiempo y prevenir los riesgos que emanan de su propia práctica.

Para enfermería la seguridad del paciente no es algo nuevo, desde sus orígenes como disciplina, ha sentado sus bases teórico-prácticas en el cuidado seguro de los pacientes, centrando la atención en el paciente y su entorno, el respeto por la vida, la dignidad y la protección contra el daño, conceptos que se encuentran implícitos en el cuidado enfermero.

Florence Nightingale (1859), conocida como la madre de la enfermería moderna, en el siglo XIX, hablaba de abstenerse de causar daño al paciente; también expresó la necesidad de comprender las causas y efectos que el ambiente produce sobre el proceso salud-enfermedad y su posterior impacto en la cura del paciente. En sus escritos queda muy claro que, para poder brindar una atención segura, es fundamental conocer y controlar los entornos en los cuales se desarrolla el cuidado (Nightingale, 1859).

Los profesionales de Enfermería han sido históricamente un eslabón esencial en la SP, tanto por las bases teórico-científicas que sustentan su práctica como así también por su presencia y permanencia en los servicios de atención de salud, coordinando e integrando los propios cuidados que ella dispensa y las prácticas que

ejecutan otros integrantes del equipo de salud, adquiriendo un rol principal en la barrera de detección de riesgos.

La evidencia muestra que, en todos los países del mundo, independientemente de su situación social y económica, los pacientes sufren algún tipo de daño derivados de los procesos asistenciales. Detrás de estos daños se encuentra sufrimiento, discapacidad y miles de recursos económicos gastados en hospitalizaciones prolongadas y atención innecesaria, pérdida de la credibilidad en los sistemas de salud y sobre todo del personal que allí se desempeña.

Describir la situación local en términos de SP, permitirá despertar la conciencia de situación en el personal sanitario, esto implica la percepción, comprensión e integración de la información de forma dinámica para la toma de decisiones. Permitiendo a las instituciones de salud diseñar estrategias que se adapten a su realidad y a los recursos disponibles.

Antecedentes

Se han realizado numerosos estudios a nivel mundial sobre la frecuencia y el grado de evitabilidad de los Eventos Adversos (EA) estimándose tasas entre un 4 y un 17% y un porcentaje de evitabilidad del 50% en la población adulta (Aranaz et al., 2004)

En la década de los `80, en Estados Unidos (EEUU) se inician los primeros grandes estudios relacionados con la SP. La mayoría de estos estudios comparten una metodología similar, que consiste en la revisión de historias clínicas, algunos por cohorte retrospectiva, y otros prospectivos. De esta manera el estudio más importante que se desarrolló fue en 1984, en Nueva York, el “Harvard Medical Practice Study (HMPS)”, el cual estimó una incidencia de eventos adversos del 4%. En el 70% de estos pacientes los incidentes condujeron a discapacidades leves, el 3% a discapacidades permanente y el 14% contribuyeron a la muerte. Los EA más frecuentes se relacionaron con el uso de medicamentos, seguidos de las infecciones de herida quirúrgicas (Brennan et al., 1981).

El segundo gran estudio fue realizado diez años más tarde (1994) por el mismo equipo, en los estados de Utah y Colorado, encontrando una tasa de EA del 3%, de los que un 7% se relacionaron con la muerte del paciente y el 27% se consideraron prevenibles. Los EA más frecuentes fueron los ligados a las intervenciones quirúrgicas, seguidos de los relacionados con los medicamentos y, por último, los relacionados con los procedimientos (Thomas et al., 2010).

El Quality in Australian Health Care Study (QAHCS), en 1995, estudio 28 hospitales del Sur de Australia y Nueva Gales. La de EA fue del 17%, siendo un 51% de ellos prevenibles (Wilson et al., 1995).

Vicent, C y colaboradores durante el año 1999 realizaron un estudio de incidencia de EA en dos hospitales de Londres, hallaron una incidencia de EA del 10,8% y una tasa de evitabilidad del 48%. El servicio de cirugía general fue quien presentó las tasas más altas (Vincent et al., 2001).

A pesar de los múltiples trabajos que se fueron desarrollando a lo largo de la historia de la medicina, recién en 1999 con la aparición del informe del Institute of Medicine (IOM) "Errar es humano", el tema de la seguridad de los pacientes ha captado interés público, de proveedores de atención sanitaria en los diferentes países del mundo. Uno de los estudios en los que se basó el informe fue el "Harvard Medical Practice Study (HMPS)" (Institute of Medicine [IOM], 1999).

El reporte del IOM evidenció que en los Estados Unidos se producen alrededor de 48.000 a 98.000 muertes por eventos prevenibles por año sobre un total de 3.360.000 millones de admisiones hospitalarias; superando estas cifras a las muertes ocasionadas por el cáncer de mama, SIDA y los accidentes de tránsito. Si bien la problemática existía antes del informe del IOM, este reporte puso en evidencia la magnitud de la misma, tornándose la seguridad del paciente un tema de preocupación relevante y primordial en el cuidado de la salud.

El Reino Unido en su informe del año 2000 "An organization with a memory", emitido a través del Departamento de Salud, estimó una tasa de incidentes de seguridad del 10% durante las hospitalizaciones, es decir 850.000 incidentes al año. (Department of Health, 2000). En Australia, la tasa de incidentes encontrada, durante el mismo año fue del 17% entre los pacientes ingresados.

En el año 2001 el Reino Unido presentó una investigación desarrollada por Vincents y cols. (quienes posteriormente desarrollaron el "Método London" o

“Análisis de sistemas” para análisis de EA de forma retrospectiva), sobre EA en hospitales británicos tomando sus datos de dos hospitales de Londres. En sus resultados hallaron que el 10,8% de los pacientes ingresados habían sufrido un EA. Los pacientes con más edad fueron los que presentaron mayor número de EA y no se hallaron diferencias entre sexos. La mitad de los EA fueron considerados prevenibles y un tercio de los mismos fueron considerados moderados o que pudieran causar graves consecuencias o la muerte del paciente. En su discusión estiman que un 5% de los 8,5 millones de pacientes que se ingresan en hospitales en Inglaterra y Gales anualmente presentan EA prevenibles y el coste total podría rondar el millón de libras al año (Vincent et al, 2001).

España en el año 2004 presentó el Proyecto IDEA, fue el primer estudio de cohortes diseñado para conocer la incidencia de efectos adversos de ocho hospitales de cinco comunidades autónomas diferentes, el cual describió las características de la población hospitalizada vulnerable al evento y cómo se relacionaba la atención sanitaria con la aparición de los EA. A partir de este proyecto y utilizando sus bases de datos, facilitaron el desarrollo del Estudio Nacional sobre EA ligados a la hospitalización (ENEAS). Esta investigación, realizada en España (año 2005), reportó que la tasa de los eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria fue del 9,3%, se consideraron leves un 45% de los mismos, moderados un 39% y graves un 16%. Se constata una tasa de 1,4 EA por cada 100 días de estancia hospitalaria del paciente. Un 25% de los EA que acontecen en los hospitales tienen que ver con procedimientos realizados (muchos de ellos en urgencias), de los que podrían evitarse un 31,7%, al igual que el 34,9% de los relacionados con medicación. En total un 42,8% de los EA se consideraron evitables. El 37,4% de los EA estaban relacionados con la medicación, las

infecciones nosocomiales de cualquier tipo representaron el 25,3% del total de los EA (Grupo de Estudio del Proyecto IDEA, 2004).

El estudio EVADUR (Estudio de eventos adversos ligados a la asistencia en los Servicios de Urgencia (SU) de hospitales españoles - Eventos Adversos en Urgencia) fue realizado en el año 2009 y publicado en 2010, por el grupo de trabajo EVADUR-SEMES, y se planteó como objetivo el análisis de la incidencia de EA y sus características en términos de causa, evitabilidad y consecuencias en pacientes que visitan los SU. En sus resultados lo más relevante fue que un 12% de los pacientes que visitaron un SU sufrieron algún tipo de EA; de estos un 70% se consideraron evitables. (Tomás et al, 2010).

España en el año 2010, publicó un informe denominado: "Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico. SYREC", por parte del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Este consistió en un estudio multicéntrico, observacional, de cohortes prospectivo con un periodo de seguimiento de 24 horas, desde las 08:00 horas del día 22 de marzo a las 08:00 horas del día 23 de marzo del 2007. Participaron 79 unidades, pertenecientes a 76 hospitales. Los incidentes se clasificaron según hubieran producido daño o no. De 1017 pacientes, los que sufrieron algún EA fueron 591(58,11%). Se notificaron 1424 incidentes válidos en los 591 pacientes, de los cuales 943 fueron incidentes sin daño y 481 EA. La gravedad del enfermo crítico, las barreras de comunicación, la realización de un número elevado de actividades por paciente y día, la práctica de procedimientos diagnósticos y tratamientos invasivos, y la cantidad y complejidad de la información recibida, entre otros, convierten a estas unidades en áreas de riesgo para la aparición de EA. Así la posibilidad de que ocurra un EA, se incrementa por día de estancia en un servicio de medicina crítica, según las diferentes series, entre

un 8 % y un 26 %. (Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud Madrid, 2007).

En Latinoamérica, el primer estudio llevado a cabo a gran escala para medir los incidentes de seguridad durante la hospitalización fue el denominado estudio IBEAS (2007/2009), publicado en el año 2011. Este estudio fue el resultado de la colaboración entre la OMS la OPS, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España, y los Ministerios de Salud e instituciones de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú.

Para el estudio se incluyeron un total de 11.379 pacientes hospitalizados y de ellos 1191 (10,5%) presentó al menos un EA. La prevalencia de EA en los servicios de obstetricia se estimó en un 1,7% y para los servicios de internación pediátrica en 8,3%.

En el 65% de los pacientes con EA la estadía en el hospital se prolongó en promedio 16 días.

El servicio en el que fue ingresado el paciente influyó en la aparición del incidente (mayor frecuencia en las unidades de cuidados intensivos, y en los servicios de cirugía; menor en los servicios de internación general).

El tiempo de hospitalización, también fue un factor predisponente en la ocurrencia de EA (cada día suponía un riesgo mayor). Además, para pacientes con más de una enfermedad, cuanto mayor fue el número de enfermedades o condiciones, mayor fue el riesgo de sufrir incidentes.

El 60% del total de los EA fueron considerables evitables, 28% de los EA causaron daño o algún grado de discapacidad, el 20% del total fueron considerados graves y entre ellos el 6% fallecieron.

La mayor proporción de errores prevenibles ocurrieron en los niños menores de 1 año de edad.

Según los datos obtenidos en este estudio, Argentina reporto una tasa de EA del 12,1%., letalidad del 16% y de evitabilidad del 46%.

La naturaleza y tipo de incidentes que se presentaron con mayor frecuencia se relacionaron con: Infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) 37,65% (neumonías intrahospitalarias), procedimientos médicos 25,73%, relacionados con el cuidado 21,16 %, relacionados con la medicación 9,13% y relacionados con pruebas diagnósticas 2,9 %.

Los cinco EA más frecuentes fueron úlceras por presión (UPP) 15,8%, neumonías asociadas a respirador 7,9%, sepsis 7,9%, Infección de herida quirúrgica 12 % y otras infecciones 4,1%

La prevalencia de EA en este estudio fue similar o algo mayor a la de otros países desarrollados. Sin embargo, la proporción de ellos que causó daño y que produjo la muerte fue sensiblemente más elevada que lo descrito en publicaciones realizadas en otros países. Este elevado porcentaje de EA graves y la tasa de mortalidad aproximadamente un 50% más alta que en países con sistemas de salud más seguros, son los datos más preocupantes del estudio IBEAS y nos señalan la imperiosa necesidad de modificar esta situación en los países de nuestra región. (Ministerio de Sanidad y Política Social de España, 2010).

Otro de los estudios realizado a menor escala y en el cual participaron hospitales públicos de Argentina, Colombia, y México fue el denominado “Estudio multicéntrico de eventos adversos, factores y periodicidad, en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivos”. Se reportaron en este estudio un

total de 1163 EA, de los cuales el 34 %, se relacionó con el cuidado, el 19 % con vía aérea y ventilación mecánica, el 16 % con el manejo de accesos vasculares y drenajes, el 13 % con infección nosocomial y el 11 % con la administración de medicamentos. El 7 % restante correspondió a EA relacionados con pruebas diagnósticas y equipos. Del total de EA el 95% se consideraron prevenibles. (Achury Saldaña et al, 2016).

En la hospitalización pediátrica los datos disponibles son más limitados.

Según los principales estudios internacionales sobre EA en pediatría, entre el 2% y el 11% de los niños entre 0 y 17 años que se internan sufren algún EA. (National Patient Safety Agency [NHS], 2009).

Uno de los más importantes estudios realizados sobre EA en niños, el denominado Colorado and Utah Medical Practice Study, donde los pacientes evaluados fueron en un 70% recién nacidos y lactantes, 10% preescolares/escolares y 20% adolescentes, se encontró que el 6% de los pacientes menores de 1 año presentaron algún EA, siendo el 78% prevenible. El 21% de los EA estuvieron relacionados con la medicación (Thomas et al, 2000).

Un resultado similar se observó en el estudio de Leape y col (2001) donde el 20% de los EA se debieron a errores de medicación, siendo también la causa más frecuente de ellos. El estudio publicado por Kaushal y col (2001) acerca de errores de medicación y EA en pacientes pediátricos, evaluó de manera prospectiva 1.120 pacientes, de los cuales el 16% eran neonatos, encontrando una tasa de error del 5,7%, con 0,24% de EA por drogas. Es importante destacar que los neonatos prematuros poseen una frecuencia más alta de potenciales EA por errores de medicación. La mayor tasa de error fue atribuida a la prescripción (78%), seguido de

la administración de medicación (13%) y 1% de dispensación. Hay que señalar que los dos hospitales incluidos en este estudio tenían una apropiada cultura de seguridad, lo cual puede explicar la baja frecuencia de errores.

La Comisión del Servicio Nacional de Salud Británico, realiza reportes periódicos sobre la calidad de la atención pediátrica en hospitales del Reino Unido. Entre sus hallazgos destacó que el 16% de los servicios de internación pediátrica realizan menos trabajo en niños que lo recomendado y que el 8% de los cirujanos que realizan operaciones programadas no trabajan lo suficiente con niños como para mantener sus habilidades.

La misma comisión también reportó que el 12% de los servicios tenían insuficiente cobertura médica para garantizar medidas de soporte vital efectivas, aumentando al 18% en el turno noche. La mayoría de estos no resultan en daños mayores, En niños, los mayores incidentes reportados fueron errores de medicación (17%), seguido por incidentes relacionados con los procedimientos y tratamiento (13%). En la población neonatal estuvieron relacionados fundamentalmente con procedimientos y tratamientos (17%), seguido por problemas relacionados con la medicación (NHS, 2009)

Según un estudio realizado en hospitales pediátricos de Canadá, la incidencia de EA alcanzaría el 9,2 %, y son más frecuentes en centros académicos que en hospitales de comunidad. De los métodos de pesquisa, el reporte voluntario es el más utilizado, aunque subestima, en forma importante, la real incidencia (Matlow et al, 2012).

En España, Requena y col (2011) realizaron un estudio en el cual midieron la incidencia de EA en niños. En el estudio participaron dos hospitales de Aragón y

Asturias, la tasa hallada fue del 3,6%, siendo mayor en los menores de 6 años, especialmente en los menores de 2 años (3,9%). Los tipos de EA más frecuentes fueron los relacionados con la medicación (38%) y los diagnósticos (10,3%). El 65,6% de los EA se consideraron evitables (Requena et al, 2011).

En América Latina una de las primeras publicaciones realizadas sobre estudios de EA en población pediátrica, fue la investigación realizada por el Departamento de Pediatría del Hospital Italiano de Buenos en el año 2004. Se trató de un estudio de corte transversal que evaluó la prevalencia de errores de medicación pre y post intervención en recién nacidos y niños hospitalizados.

Los resultados obtenidos de dicho estudio mostraron que luego de la aplicación de diversas estrategias, entre 2002 y 2004, basadas principalmente en generar un cambio de cultura, se logró una reducción significativa de los errores de prescripción y administración de medicamentos.

La tasa más elevada de errores antes de las intervenciones se observó en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN) donde los errores de prescripción estuvieron presentes en un 22% (1 de cada 5 indicaciones médicas), significativamente más elevada que la media de todo el departamento que fue de 17%. Esta tasa disminuyó en más de 50% luego de las estrategias de prevención (Otero et al, 2008).

En el año 2006, el Hospital Pena de Bahía Blanca, realizó un estudio de corte transversal basado en la revisión de historias clínicas neonatales. Se incluyeron 484 historias clínicas, encontrándose 146 eventos adversos en 82 internaciones (16,9%) y un promedio de 3 eventos adversos cada 10 internaciones. Más del 90% fueron considerados prevenibles. Los eventos adversos más frecuentes fueron: infecciones

intrahospitalarias, eventos relacionados con el manejo de catéteres y las extubaciones. La probabilidad de eventos adversos se asoció inversamente con el peso al nacer y la edad gestacional; directamente con la estadía hospitalaria (fue mayor a mayor estadía) y con el tipo de internación (mayor en terapia intensiva). (Barrionuevo & Esandi, 2010).

Durante el año 2013 el Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, llevó a cabo una investigación para detectar eventos adversos en pacientes pediátricos hospitalizados, mediante la herramienta Global Trigger Tool. Se detectaron 26 EA cada 100 pacientes, el 70% de los EA detectados correspondió a infecciones intrahospitalarias. Se detectó que los pacientes internados en unidades de cuidados críticos sufrieron mayor número de EA que aquellos pacientes internados en sala general (Davenport et al, 2017).

En el año 2016 el Hospital Universitario Austral de Pilar. Buenos Aires, Realizó un estudio de incidencia de EA en pacientes pediátricos. Se estudiaron 318 pacientes con un rango de edad entre 0-17 años. En este estudio se halló un 11 % de eventos por cada 100 admisiones y 15 EA cada 1000 días-paciente. Los eventos más frecuentes fueron asociados a medicación (48,57 % - n=17), a infecciones (42,85 % - n=15) y a cuidados (8,57 % - n=3). Diecinueve eventos fueron leves (el 54,28 %), 14 (el 40 %) prolongaron la hospitalización (moderados) y 2 (el 5,71 %) requirieron soporte vital (graves). Las incidencias por área fueron: Sala Pediátrica General 145 (el 45,60 %), *Nursery* 82 (el 25,79 %), Unidad de Terapia Intensiva 65 (el 20,44 %), Unidad de Cuidados Neonatales 26 (el 8,17 %).

El Hospital Italiano de Buenos Aires, entre el 2 de enero de 2016 y el 30 de diciembre de 2017 realizó un estudio prospectivo de reportes voluntario de errores

de medicación en Terapia Neonatal (UCIN), Clínica Pediátrica (CP) y Terapia Pediátrica (UCIP). De 989 errores reportados en pediatría, los de medicación fueron 401 (41%). De ellos, 353 (88 %) llegaron a los pacientes y 48 (12 %) fueron cuasi-errores. El 42 % ocurrieron a la mañana; 24 %, tarde; 17 %, mañana y tarde, y 17 %, noche; diferencias no significativas ($p = 0,18$). El error más frecuente fue dosis equivocada, 118 (33,4%). Los reportes de errores de prescripción fueron 160 (45%); administración, 149 (42%), y dispensación, 44 (2,5 %). Los errores de dosis fueron más frecuentes en la prescripción ($p < 0,05$). La UCIN reportó la mayor cantidad de errores, 179 (50 %); CP, 91 (25,5 %), y UCIP, 83 (24,5 %). Hubo un total de 91 EA reportados (22,5 %); la mayoría leves, 53 (58%), y moderados, 31 (34%). La UCIN reportó 53 EA (58 %); UCIP, 25 (27 %), y CP, 18 (19,7 %). No ocurrieron fallecimientos (Ceriani Cernadas et al, 2019).

Con respecto al área de obstetricia, la gran mayoría de las internaciones obstétricas son de corta estadía, generalmente sanas previas, lo cual limita bastante el número de intervenciones que reciben, pese a esto, diversas investigaciones estiman una frecuencia de EA entre un 2 y 24% (Aranaz et al, 2005, Aibar et al, 2015,).

Un trabajo realizado por Gaitán, en un servicio de obstetricia de Colombia, reveló una incidencia de EA del 12% (Gaitán et al, 2003).

El estudio IBEAS (2010), estimó una tasa de EA en los servicios de obstetricia entre 5 y 13% en incidencia y entre 1,7 y 25% en prevalencia, los EA graves fueron menores al 8%. Los errores más frecuentes fueron los de diagnóstico (7-20%) y procedimientos (10-15%).

El Servicio de Obstetricia del Hospital Materno Neonatal “Eloísa Torrent de Vidal”, de la ciudad de Corrientes, realizó un estudio cuantitativo, observacional prospectivo, con embarazadas y puérperas internadas entre julio y diciembre de 2018. En el período estudiado se registraron 1.914 ingresos de pacientes en el Servicio de Obstetricia. Hubo 42 mujeres con un EA (2,19%). Se registraron 4 EA leves (9,52%), 19 moderados (45,24%) y 19 graves (45,24%). Aumentaron los días de internación en 18 casos (42,85%). Los errores que causaron el EA fueron de diagnóstico en 24 casos (57%), de procedimiento en 24 (57%) y relacionados con medicamentos en 11 (26%). La frecuencia de EA fue baja, pero con un alto porcentaje de eventos graves; y aunque se prolongó la internación, la cantidad de días adicionales no fue alta. La mitad de EA ocurrieron en el puerperio. Los errores causantes del evento estuvieron relacionados en más del 50% con diagnósticos y procedimientos, con una muy baja ocurrencia de errores correspondientes a medicamentos (Morales et al,2018).

Como puede evidenciarse en las investigaciones citadas, todo paciente que reciba atención de salud corre riesgo de padecer un incidente de seguridad como consecuencia de la atención recibida.

Contexto de estudio

El presente estudio de investigación se desarrollo en una institución privada de alta complejidad de la Ciudad de Rosario, comprometida con la Seguridad del Paciente y la Calidad de Atención Médica.

Historia institucional

La institución fue fundada por un grupo de médicos visionarios en 1948, bajo el lema “Por un niño sano en un mundo mejor”, el Sanatorio fue la primera institución privada

exclusivamente pediátrica de Argentina y Latinoamérica. Este carácter pionero y la vocación de superación de sus integrantes le permitió convertirse en un modelo de referencia para la especialidad en nuestra región y en todo el país.

Su historia está marcada por cuatro grandes etapas. En su época fundacional el Sanatorio tuvo su sede en un pequeño centro asistencial ubicado en la zona centro de la ciudad, donde brindaba servicios de guardia médica, radiología, laboratorio, sala de cirugía y camas de internación, mientras que los pediatras tenían sus consultorios fuera del sanatorio, generalmente en sus domicilios particulares.

En 1959, con su traslado a su actual ubicación se inició una Segunda etapa de gran desarrollo edilicio y prestacional. Con salas de guardia en la planta baja, la nueva sede sumó un piso de consultorios y otro dedicado a salas de médicos y biblioteca.

En su Tercera etapa, iniciada a fines de 1974 comenzó a configurarse la moderna infraestructura del Sanatorio tal como lo conocemos hoy en día. Se incorporaron sucesivamente la Unidad de Terapia Intensiva, la Sala de Neonatología, el laboratorio pediátrico, la sala de radiología y los nuevos quirófanos para cirugía pediátrica.

A nivel profesional, 1981 marcó un hito al iniciarse las primeras residencias médicas. Desde entonces, más de 160 pediatras fueron formados en el Sanatorio.

En 1999 se crea el Comité en Control de Infecciones, liderado por una Lic. en enfermería quien asumió la coordinación del Comité y el control de las infecciones institucionales, este nuevo rol para enfermería a nivel institucional aportó un gran valor para el desarrollo de la enfermería y la seguridad de los pacientes.

En el año 2001 la Institución se integró a un grupo de salud líder en Rosario y la región. Su pertenencia a este grupo le permitió al Sanatorio contar con los recursos necesarios para proyectar y concretar importantes saltos cualitativos en la atención.

En 2002 se convierte en centros de trasplante hepático y cirugía cardiovascular de alta y mediana complejidad.

En 2003 se incorpora al sistema de acreditación de calidad a través del Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES). Esta acreditación se efectúa mediante un alistamiento progresivo, a través del cual la Institución debe adaptar todos sus procesos de trabajos a protocolos de calidad basados en la evidencia, y luego ser evaluados por el organismo acreditados. Estas acreditaciones se renuevan cada tres años con auditorias externas de los programas de gestión de calidad de forma semestral.

En 2005 se inauguró el Centro de Emergencia del Niño (CEN), con guardia medica, enfermería, Kinesiología, traumatología, cirugía, diagnóstico por imágenes las 24 horas del día.

En 2011 se suma al Sanatorio, el centro de Maternidad, constituyéndose en la más moderna y de vanguardia en Rosario y su región. Se encuentra ubicado en un edificio completamente nuevo, diseñado y equipado para facilitar un parto y postparto humanizado, llevando a la práctica los conceptos de la Maternidad Centrada en la Familia y brindando atención de excelencia a la embarazada y al recién nacido. El servicio cuenta con: 2 quirófanos, 4 salas de parto y preparto, 2 consultorios y 2 pisos de internación obstétricas, con un total de 25 unidades de internación.

Conjuntamente a esta inauguración se produjo el traslado y la consecuente ampliación del servicio de neonatología al tercer piso de la maternidad, con la finalidad de convertir este sector en un área exclusiva de maternidad y neonatología con acceso totalmente restringido al público, brindando mayor seguridad a los pacientes. El servicio de neonatología cuenta actualmente con 30 unidades de internación.

En el año 2015 se llevan a cabo las últimas ampliaciones en materia de asistencia sanitaria, incorporándose el centro de vacunación y el Instituto de Medicina Reproductiva, completando de esta forma un ciclo de evolución constante en el cuidado de la salud materno infantil de la ciudad y ciudades aledañas.

Atento a los avances científicos- tecnológicos que se fueron produciendo en la institución y las permanentes transformaciones en el campo asistencial, se inicia la capacitación y formación de tres líderes en gestión de calidad y seguridad del paciente.

Al finalizar esta formación se crea el Comité de Calidad y Seguridad en la atención de pacientes el cual fue creado y coordinado por una Lic. en enfermería, creándose de esta forma un nuevo puesto de acción para la enfermería.

El Comité fue creado y consolidado como Órgano colegiado de carácter técnico consultivo, que tiene por objeto analizar los problemas de la calidad de la institución y generar estrategias tendientes a identificar y evitar la ocurrencia de fallas o errores en los procesos de atención de salud y de disminuir el impacto en caso en que éstos se produjesen.

Para lograr estos objetivos se implementaron diferentes estrategias:

- a) Un sistema de reportes de incidentes de seguridad.

- b) Implementación de las 6 metas internacionales en seguridad del paciente propuestas por la (OMS, 2007, Joint Commission International (JCI), 2007)
- c) Gestión de riesgo institucional

La gestión de la información de los incidentes de seguridad reportados, la realiza el Coordinador de Calidad mediante un cuadro resumen acompañado de las fichas de notificación. La información es consolidada y convertida en un informe que analiza las tendencias en el tiempo de los incidentes. Este informe contiene conclusiones y recomendaciones, y es remitido al Comité de Calidad y la Dirección. La Dirección toma conocimiento de este informe y dispone la ejecución de las recomendaciones. Los servicios reciben copia del mismo y ejecutan las recomendaciones u otras que consideren relevantes para controlar los incidentes de seguridad prevalentes en sus servicios de internación.

El Comité también desarrolla las tareas de planificación y seguimiento del Sistema de Garantía Interno de Calidad, actuando además como uno de los vehículos de comunicación interna de la política, objetivos, planes, programas institucionales (Fundación Villavicencio, sf).

Justificación

Los daños asociados a los procesos asistenciales en pacientes pediátricos y obstétricos, continúan siendo un grave problema de salud a nivel mundial.

A nivel local la información sobre incidentes de seguridad es muy limitada, si bien el gobierno nacional, a través de su Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica establece lineamientos sobre la SP, actualmente no existen políticas claras y concretas que regulen su cumplimiento y son escasas las entidades que invierten tiempo y recursos para fomentar las investigaciones en el tema.

Describir la situación actual en materia de Seguridad del Paciente, a nivel local, permitirá contextualizar esta problemática, aportar información que permita profundizar el conocimiento sobre la ocurrencia de incidentes de seguridad en la población pediátrica y obstétrica y contribuir al diseño e implementación de prácticas que mejoren la seguridad de los cuidados.

Enfermería constituye un pilar esencial en la seguridad del paciente, su presencia y permanencia en los servicios de atención de salud, le confieren un rol protagónico, tanto por el riesgo que implica cada acción que ejecuta, como así también por su capacidad científico- técnica para detectarlos y provenirlos a tiempo.

Capítulo II

Planteamiento del problema de investigación.

¿Cuáles son los incidentes de seguridad derivados de los procesos asistenciales, ocurridos durante la atención de pacientes pediátricos y obstétricas, internados en una Institución privada de alta complejidad, de la Ciudad de Rosario, durante el año 2019?

Objetivos

General.

- Describir la ocurrencia de incidentes de seguridad derivados de los procesos asistenciales, en pacientes pediátricos y obstétricas internadas en una Institución privada de alta complejidad de la Ciudad de Rosario, durante el período comprendido de Enero a Diciembre del año 2019.

Específicos

- Identificar los de incidentes de seguridad que ocurren durante los procesos de atención de salud.
- Determinar la frecuencia de incidentes según sector de internación.
- Analizar los tipos de incidentes que se presentan con mayor frecuencia.
- Identificar los factores contribuyentes en la aparición de los incidentes de seguridad.
- Describir las consecuencias para los pacientes.

Capítulo III

Marco Teórico

La Seguridad del Paciente (SP) es un componente clave de la calidad asistencial, el cual en los últimos 20 años ha adquirido gran interés en todos los ámbitos de atención de salud, fundamentalmente en los pacientes y sus familias que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como así también para los profesionales que desean ofrecer una atención segura libre de riesgos.

El objetivo de la Seguridad del Paciente es generar estrategias tendientes a identificar y evitar la ocurrencia de fallas o errores en los procesos de atención de salud y de disminuir el impacto en caso en que éstos se produzcan.

El interés por la seguridad en las prácticas médicas es un tema que ha preocupado a los seres humanos a lo largo de toda su historia. La salud y la enfermedad son parte de la biología de los seres vivos. En los principios de las civilizaciones aparece “el sanador y su arte”, avanzando lentamente hacia la ciencia médica contemporánea. Siempre se ha esperado que quien atiende al enfermo lo haga por el llamado de una vocación y con el mejor conocimiento existente, procurando el beneficio de aquel que sufre (Requena et al, en prensa).

También se ha entendido como una buena práctica evitar actos lesivos que agraven la enfermedad subyacente de la persona que los recibe. Diversas culturas han procurado realizar acciones mediante tradiciones, leyes o normas destinadas a lograr la mejor atención de la salud en el contexto de su época. De alguna manera, se fueron dando así las bases de lo que hoy se conoce como la SP.

La SP nació como una disciplina propia de la medicina a fines de la década de 1990, luego de que se publicaran en revistas médicas muy prestigiosas la enorme frecuencia de los errores en la atención clínica y sus desastrosas consecuencias. Rápidamente se fue comprobando que esa alta frecuencia tenía una muy cercana relación con la ineficiente estructura hospitalaria acerca de la seguridad en la atención de los pacientes. Las deficiencias no solo se debían a la complejidad de los tratamientos o procedimientos, sino también a las numerosas fallas en los sistemas, y a los múltiples actores que participan en el cuidado: médicos, enfermeros, farmacéuticos, bioquímicos, parteras, auxiliares quirúrgicos, nutricionistas, técnicos, etc. que además de ser muchos, no interactuaban entre ellos y por lo tanto no era posible asegurar una atención segura.

De ahí surgió la necesidad de instalar una cultura diferente en el abordaje del error en medicina e institucionalizar la seguridad de la atención clínica. Es así que en los países más desarrollados y con mejores sistemas de salud se fueron creando los Comités de Seguridad en los hospitales y, asimismo, surgieron numerosas entidades o agencias gubernamentales, sociedades científicas y organizaciones privadas dedicadas a la seguridad de los pacientes.

Enfermería y la seguridad del paciente.

Desde sus orígenes como disciplina la seguridad de los pacientes ha sido un tema que ocupó la atención de enfermería.

Jean Baptiste Pussin (1784 – 1797), quien fuera reconocido por la historia como el primer enfermero psiquiátrico, durante sus observaciones realizadas en pacientes internados en Hospitales de alienados de París, identificó 8 riesgos asistenciales a los cuales estaban expuestos sus pacientes y que requerían ser vigilados para garantizar su recuperación y evitar daños graves (Malvárez, 1991).

Valoriza la importancia de la observación como fuente de información para la detección de riesgos e identifica los riesgos a los cuales están sometidos los pacientes como consecuencia de prácticas inseguras.

Posteriormente, Florence Nightingale (1853-1856), durante su labor como enfermera en la guerra de Crimea, llevo a cabo diferentes observaciones sobre el ambiente que rodea al individuo y logro identificar como determinadas condiciones del ambiente impactaban negativamente en el proceso salud-enfermedad de las personas. En pocos meses consiguió disminuir la mortalidad de los heridos de guerra de un 40 a un 2% gracias a las medidas de higiene que implementó en los hospitales de campaña (Young et al, prensa).

Nightingale se centró en la observación, la educación y la experiencia directa como herramientas de control de riesgo. Conceptualizó la enfermería como la encargada de la salud personal del paciente y la función de la enfermera: poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él. Concibió al paciente como un ser humano afectado por el ambiente, y bajo la intervención de una enfermera. Al entorno lo concibió como las condiciones y fuerzas externas que afectan a la vida; la salud y el bienestar mantenido. Mientras que la enfermedad es un proceso de reparación instaurado por la naturaleza.

Este abordaje teórico valora la necesidad de un entorno saludable, para aplicar adecuados cuidados de enfermería y concibe el rol esencial de la enfermería en la prevención de riesgos.

Las teorías de enfermería muestran que, desde las primeras proposiciones de Nightingale y Henderson, hasta las más actuales conceptualizaciones de la enfermería en sus diferentes variaciones, contienen alusiones al cuidado y hacen referencia de forma implícita o explícita a la noción de seguridad y protección (Tomey & Alligood, 1999).

La seguridad es transversal e intrínseca al cuidado de modo tal que la calidad del cuidado implica y expresa la seguridad del paciente.

Afirmar que la seguridad es un componente constituyente e intrínseco del cuidado supone admitir que sin seguridad no hay cuidado y sin cuidado no habrá seguridad.

El alcance de este presupuesto supone de base la implicancia moral, cognitiva y práctica de una salud libre de amenazas, de miedo, establecida a través de un vínculo de confianza en los profesionales, en sus atenciones y en el sistema de salud como un todo. Se entiende así que la seguridad es condición de existencia del cuidado en cuanto a principio que se establece con la finalidad de preservación de la vida y la integridad del sujeto bajo cuidado, y constituye la garantía de los derechos del paciente.

De acuerdo con Raduenz (2010), la seguridad del paciente es un presupuesto y un elemento crítico del cuidado de enfermería e implica, entre otros, el monitoreo continuo de la práctica, la gestión de riesgos y del ambiente donde se sitúa la práctica (Raduenz et al, 2010).

La prestación de un “cuidado seguro” se inicia con la convicción y sustento del conjunto de valores que constituyen, ordenan y desenvuelven el cuidado, y se sigue de una estructura científica integrada por un marco referencial y una metodología que posibilitan que el cuidado de enfermería sea aprendido, practicado, evaluado y enriquecido en los servicios de salud. Esta estructura está representada por el proceso de atención de enfermería (PAE), el cual hace referencia a la actividad privativa de la enfermería, como núcleo de saber y método racional fundamental para realizar un “cuidado seguro”. En este sentido, la comunidad científica internacional ha desarrollado estándares de práctica, protocolos de cuidados y taxonomías que contribuyen de manera clave a la comprensión, explicación, desenvolvimiento y estudio de los conocimientos y prácticas implicados en la seguridad de los cuidados de enfermería (Rocha, 2008).

Los diagnósticos de enfermería producidos por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), la clasificación de intervenciones de enfermería Intervention Classification of Nursing (NIC), y la clasificación de resultados de enfermería o Nursing Outcomes Classification (NOC), del Consejo Internacional de Enfermeras, representan aportes científicos valiosos que contribuyen a generar condiciones de seguridad en el cuidado de enfermería, es decir: en el proceso de planeación, prescripción, provisión, evaluación, aprendizaje e investigación sobre el cuidado.

Enfermería desde sus inicios como ciencia ha estado atravesada por la seguridad del paciente y ha desarrollado a lo largo de su historia diferentes métodos instrumentales para garantizar un cuidado seguro.

Bases conceptuales

Para definir los conceptos de salud, paciente y entorno se utilizará el marco conceptual del metaparadigma de enfermería de Florence Nightingale:

Salud: es la sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo las facultades para vivir.

Persona es todo paciente que recibe atención de salud y que participa de su cuidado, no solo como sujeto pasivo, sino tendiente al autocuidado, siempre que sea posible. Participa activamente de su recuperación.

Entorno: es todo lo que rodea al paciente tanto interna como externamente. Nightingale consideraba que el entorno era el principal factor causante de la enfermedad en el paciente y consideraba que la enfermedad era “el conjunto de reacciones de la naturaleza contra las condiciones en que vivimos (Nightingale, 1969, p.56).

Seguridad del Paciente.

La OMS, en su marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente, define los siguientes conceptos (OMS 2009):

Atención sanitaria: los servicios que reciben las personas o las comunidades para promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.

Daño asociado a la atención sanitaria: es el daño que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.

Error: es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto.

Incidente de seguridad: es cualquier suceso o circunstancia que dañe o pueda dañar innecesariamente a un paciente. Operativamente se usa la definición de incidente o incidente crítico a la circunstancia que puede resultar en un daño innecesario al paciente, dejando la definición de evento adverso al incidente que resulta en un daño al paciente incluyendo enfermedad, lesión, sufrimiento, incapacidad y que puede ser físico, social o psicológico. Se define como evento centinela, al evento no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce lesión física o psicológica grave, que causa daño permanente o muerte al paciente.

Cuasi-incidente es un incidente que no alcanza al paciente.

Incidente sin daños es aquel en el que un evento alcanza al paciente, pero no le causa ningún daño apreciable

Riesgo es la probabilidad de que se produzca un incidente.

Factor contribuyente se define como una circunstancia, acción o influencia (por ejemplo, una mala distribución de los turnos o una mala asignación de tareas) que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de que se produzca un incidente.

Los **factores contribuyentes** pueden ser externos (es decir, fuera del control de un servicio u organización), de la organización (por ejemplo, la inexistencia de protocolos aceptados), relacionados con un factor del personal (un defecto cognitivo o conductual de un individuo, un mal trabajo en equipo o una comunicación insuficiente) o relacionados con un factor del paciente (por ejemplo, el incumplimiento). Un factor contribuyente puede ser un precursor necesario de un incidente y puede ser o no ser suficiente para causar un incidente.

Resultado para el paciente: son las repercusiones para el paciente total o parcialmente atribuibles a un incidente.

Grado del daño: es la gravedad, la duración y las repercusiones terapéuticas del daño derivado de un incidente.

- **Sin daño:** el resultado para el paciente no es sintomático o no se detectan síntomas y no requiere tratamiento.
- **Leve:** el resultado para el paciente es sintomático, los síntomas son leves, la pérdida funcional o el daño es mínimo o intermedio, de corta duración, y no hace falta intervenir o la intervención necesaria es mínima.
- **Moderado:** el resultado para el paciente es sintomático y exige intervenir.
- **Grave:** el resultado para el paciente es sintomático y exige una intervención que le salve la vida (intervención quirúrgica o médica mayor, acorta la esperanza de vida), o causa un daño o una pérdida funcional importante y permanente o de larga duración.
- **Muerte:** el incidente causó la muerte o la propició a corto plazo.

Evolución histórica de la Seguridad del Paciente

La historia de la seguridad del paciente tiene sus raíces en los inicios de las civilizaciones más antiguas de la Mesopotamia, China e India. Allí se hallaron los primeros escritos médicos y las primeras leyes o normas establecidas para procurar una atención más segura del enfermo.

El texto más conocido es el Código de Hammurabi, que contiene 282 leyes - es un ejemplo de legislación - es la obra más perdurable del rey babilonio Hammurabi (1810-1750 A. C.). Once de estas leyes se refirieren al acto médico, en particular la que se toma como origen de la “Ley del Talión”, la ley 218, que dice: “Si un médico hizo una operación grave con el bisturí de bronce y lo ha hecho morir, o bien si lo operó de una catarata en el ojo y destruyó el ojo de este hombre, se cortarán sus manos” (Losardo et at, 2016). La “Ley del Talión” constituye un intento de establecer una proporcionalidad entre el daño recibido en un crimen y el daño producido en el castigo. El término “Talión” significa idéntico o semejante. Esta ley funcionó como un gran disuasivo para los audaces e imprudentes, y de esta forma ayudó a la seguridad del paciente a partir de un estímulo punitivo.

La civilización hindú, en su texto médico conocido como “Ayurveda” (2000 años A.C.), establece que el estudiante y practicante del arte de sanar debe consagrar el “alma y cuerpo” al bien de los enfermos. Prohíbe el uso de venenos que dañen al paciente, en traición de la confianza propia del arte curativo. Además, advierte al sanador que debe evitar revelar datos comprometedores del enfermo o de la familia del enfermo. Así, inicia la seguridad del paciente como imperativo vocacional.

La civilización China a través de Confucio (551-479 A.C.), destaca en sus seis libros las cinco virtudes: la humanidad o benevolencia (Ren), la justicia o rectitud (Yi), la conducta correcta y protocolaria (Li), la sabiduría (Zhi) y la confiabilidad (Xin), cuyos conceptos se trasladaron a la atención del enfermo.

En el periodo Helenista, se destaca la sabiduría de Hipócrates (460-370 A.C.) y su escuela, contenida en el Corpus Hipocraticum con su máxima “Primum Non Nocere”, donde se establece que el acto médico no debe causar daño al paciente (Epidemias, libro I, sección II, número V). Este principio de velar por el correcto acto médico se plasmó por primera vez en el juramento hipocrático, a partir del cual el ejercicio de la medicina tiene una orientación normativa y ética muy clara hacia la seguridad de los pacientes.

En la era moderna los pioneros en seguridad de los pacientes fueron: Ignaz Philipp Semmelweis, Florence Nightingale, Joseph Lister.

Ignaz Philipp Semmelweis (1.818-1.865) en 1.847, luego de estudiar la mortalidad por fiebre puerperal en las salas de obstetricia del Hospital General de Viena, y observar que la mortalidad que presentaban las pacientes atendidas por médicos era más del triple en relación a las atendidas por parteras, propuso que los médicos realicen un lavado de sus manos con una solución antiséptica para prevenir las infecciones. Sus teorías e investigaciones no fueron aceptadas en su momento.

Joseph Lister (1827-1912) en 1867 instauró el uso de los antisépticos en la limpieza del instrumental, de las manos de los cirujanos y de las heridas, demostrando que con estas medidas las muertes por infección disminuían drásticamente.

Ernest Codman (1869-1940), cirujano y padre de la calidad asistencial, publicó en 1916 sus postulados sobre la gestión de la calidad en los hospitales, donde indicaba que se deben hacer públicos los resultados, tanto los positivos como los negativos, para impulsar estudios que lleven a mejoras en sus diagnósticos y tratamientos. Además, destacó la importancia de comparar los resultados con los de otros nosocomios.

En 1924, el matemático Walter Shewhart (1891- 1967) estableció el “control estadístico de la calidad” como un método científico para controlar la calidad de los productos o resultados industriales.

Luego, William Edwards Deming (1900-1993) aplicó estas metodologías a la industria bélica de EE.UU. durante la Segunda Guerra Mundial, y a partir de ese momento, otros sectores, como el sector salud, aprendieron y aplicaron estas metodologías en sus campos particulares.

En la era moderna, la aproximación a la seguridad del paciente, se ha iniciado a través del conocimiento de la frecuencia de EA relacionados con la asistencia.

Los EA se consideraron en los años 50 como “el precio a pagar por los modernos métodos de diagnóstico y terapia. Algunos estudios de la época reportaron la presencia de efectos adversos, pero se prestó poca atención a este tema (Aranaz & Agra, 2010).

En 1964, Elihu M. Schimmel, gastroenterólogo y profesor del Departamento de Medicina Interna de la Escuela de Medicina de la Universidad de Yale, publicó un artículo titulado “Los peligros de la hospitalización” (Barr, 1955) donde alerta sobre los daños por iatrogenia que sufrían los pacientes admitidos en un hospital que auditó. Concluyó que el 20% de los pacientes admitidos presentaban lesiones de esta naturaleza, y que los daños graves correspondían a una quinta parte del total (p. 1452-6).

Estos estudios motivaron a otros profesionales a realizar sus propias investigaciones, y desde entonces la identificación de resultados no deseados en los servicios de salud fue ganando importancia en el mundo.

La seguridad de los pacientes entra de lleno en el ámbito del control estadístico de la calidad, forzando a los líderes a tomar medidas, tanto a nivel de los trabajadores de la salud como de las organizaciones.

En la década de los 70, en EEUU comienza la preocupación por los resultados adversos de la atención sanitaria, producto de un aumento exponencial de las reclamaciones medicas por lo que se la denominó como la “época de la mala praxis “.

En la década de los 90 se empiezan a utilizar pruebas científicas para analizar esta problemática. En 1991 el estudio Harvard Medical Practice Study concluyó que el 4% de los pacientes hospitalizados sufren algún tipo de daño por eventos adversos. El 70% de los eventos adversos provoca una incapacidad temporal y el 14% de los incidentes fueron considerados mortales. Se comenzó a dimensionar la magnitud del problema, y posteriormente se fueron realizando estudios cada vez en más países: Australia, Reino Unido, Irlanda del Norte y EEUU.

El “Quality in Australian Health Care Study” publicado en 1995 reportó una tasa de eventos adversos del 16% en pacientes hospitalizados.

En 1999, el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de EEUU (IOM) publicó el informe “Errar es humano”. Este informe sacudió la opinión pública obligando a los líderes de ese país a considerar la SP como un principio fundamental en el proceso de la atención sanitaria. Las asociaciones de pacientes también reaccionaron exigiendo mejores controles tanto en EEUU como en otras naciones del primer mundo.

El Departamento de Salud del Reino Unido en su informe de 2002, "An organization with a memory", estimó que se producen eventos adversos en aproximadamente el 10% de las hospitalizaciones, lo que representa alrededor de 850.000 EA al año.

El grupo de trabajo sobre Calidad de la Atención Hospitalaria de Hospitales para Europa en 2002, estimó que el 10% de los pacientes que requieren hospitalización, sufren daños que se pueden evitar y efectos adversos por la atención médica recibida.

El impacto financiero de los efectos adversos también ha sido estudiado por diferentes grupos. En el Reino Unido e Irlanda del Norte, las estancias hospitalarias que provocan cuestan por sí solas cerca de 2.000 millones de libras al año.

La situación en la mayoría de los países en desarrollo y en los países con economías en transición, como lo es Argentina, es mucho más crítica. El mal estado de las infraestructuras y de los equipos, la irregularidad del suministro y de la calidad de los medicamentos, las deficiencias en la gestión de los desechos y en la lucha contra las infecciones asociadas a la atención de salud, la falta de motivación y compromiso o deficiencias en los conocimientos técnicos y académicos y la grave escasez de recursos para financiar los costos que se requieren para un adecuado funcionamiento de los servicios de salud, hacen que la probabilidad de que se produzcan eventos adversos sea mucho más elevada que en las naciones desarrolladas.

Un informe de la OMS (2001), indica que cerca del 77% de todos los casos notificados de falsificación de medicamentos o de calidad inferior a la norma, se presentan en los países en desarrollo. Así mismo, se identificó que, en la mayoría de estos países, al menos el 50% de todo el equipo médico está inutilizable o sólo se puede utilizar parcialmente, lo que provoca que se incremente el riesgo de causarles daño a los usuarios y al personal de salud (OMS, 2001)

En el año 2002, en Ginebra, la OMS, durante la 55ª Asamblea Mundial de la Salud propuso desarrollar estrategias conjuntas para mejorar las deficiencias en la atención de la salud. Como resultado, en 2004, la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, propició la fundación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. En 2005 la OMS creó esa Alianza y lanzó el Primer Reto Global de Atención Segura OPS-OMS titulado “Atención limpia es una atención segura”, cuyo objetivo fue reducir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria haciendo hincapié principalmente en la mejora de la higiene de las manos.

En el año 2008 se lanzó el Segundo Reto, “La cirugía segura salva vidas”, cuyo fin fue reducir los riesgos asociados a la cirugía y por último en el año 2017 se lanza el Tercer Reto, “Medicación sin daño”, cuyo propósito es reducir en un 50% los daños graves, evitables, relacionados con los medicamentos, en un periodo de cinco años a nivel mundial.

En la 72.ª Asamblea Mundial de la Salud, llevada a cabo el 28 de mayo 2019, la OMS reconoce a la seguridad del paciente como una prioridad sanitaria mundial (Resolución WHA72.6), instituyendo como el Día Mundial de la Seguridad del Paciente el 17 de septiembre de cada año.

La finalidad del Día Mundial de la SP es promover la seguridad del paciente aumentando la concienciación e implicación de la opinión pública, mejorando la comprensión mundial al respecto y trabajando a favor de la solidaridad y la acción mundiales.

Estudios y avances en seguridad del paciente en Argentina y Latinoamérica.

En América Latina el primer documento nacional que estableció oficialmente una política de SP fue el denominado "Lineamientos para la implementación de la política de SP" promulgado por el Ministerio de la Protección Social de Colombia en junio de 2008 seguido en el 2009 de la una Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención de salud (Ministerio de la Protección Social, Bogotá, 2008).

Muchos países de la región adoptaron y adaptaron estas prácticas para mejorar la seguridad en sus sistemas de atención de salud. En el año 1992, Argentina creó el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM) cuyo objetivo fundamental se centró en asegurar la calidad de los servicios de atención para toda la población y garantizar la equidad, en el marco de la estrategia de la Cobertura Universal en Salud (CUS).

En el año 2007 se creó la Comisión Nacional Asesora para la Seguridad de los Pacientes. Esta comisión tiene como misión asesorar al Ministerio de Salud sobre las acciones a desarrollar para mejorar la seguridad de los pacientes en el sistema sanitario de la República Argentina, estas acciones tienen como objetivo:

a) Promover la seguridad del paciente como uno de los fundamentos de las políticas de mejora de la calidad.

b) Asesorar en la planificación, diseño e implementación de acciones que permitan incrementar la seguridad de los pacientes en el sistema sanitario en toda su dimensión (tales como infecciones hospitalarias, lavado de manos, cirugía segura, identificación del paciente, entre otras).

c) Intervenir en la promoción de una cultura de la seguridad en todos los niveles de la atención sanitaria, con un enfoque de gestión proactivo, preventivo y de aprendizaje, centrado en el sistema y en el equipo de salud en su conjunto.

d) Potenciar el conocimiento y análisis de eventos adversos mediante la formación de equipos interdisciplinarios en cada jurisdicción.

e) Promover las herramientas para las mejoras de los eventos adversos evitables.

f) Promover la elaboración de programas de educación para todo el personal de atención sanitaria afectado, incluidos los gestores, con el fin de mejorar la comprensión de los procesos de toma de decisiones.

g) Promover la investigación sobre la situación de nuestro país en materia de seguridad del paciente.

h) Fomentar la integración de los pacientes en las acciones. En septiembre de 2019 el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la República Argentina creó el documento “Acciones para la Seguridad del Paciente”, el cual sienta las bases y los lineamientos nacionales para trabajar en post de la seguridad del paciente. Establece objetivos y recomendaciones orientadas a minimizar los riesgos y daños asociados a la atención de la salud. A través de este documento el ministerio proporciona las diferentes líneas trabajo que deberán asumir paulatinamente las instituciones de salud.

Las líneas de acción para la seguridad de los pacientes en el ámbito de atención sanitaria son:

- Cultura de la seguridad
- Prácticas para el uso seguro de medicamentos
- Prácticas seguras para prevenir y controlar las infecciones asociadas a la atención de sanitaria.
- Prácticas seguras en cirugía.
- Prácticas seguras en los cuidados de los pacientes
- Práctica para la identificación correcta de cada paciente.
- Prácticas para la comunicación efectiva entre profesionales.
- Prácticas para el abordaje de EA
- El rol del paciente en la seguridad del paciente

Fundamentos de la Seguridad Asistencial

Los fundamentos de la seguridad asistencial se asientan en dos líneas de pensamiento relacionadas

1. La teoría del error de Reason y
2. La cultura de seguridad (CS).

La teoría del error de Reason

Esta teoría sostiene que el ser humano es falible, por lo que, pese a los esfuerzos por evitarlos, los errores seguirán aconteciendo, por lo que es necesario que los procesos se rediseñen para hacerlos más resistentes a la producción de fallos, menos proclives a la situación de riesgo y habilitar estrategias de detección e interceptación precoz de los errores (**Reason, 1999**).

La cultura de seguridad (CS)

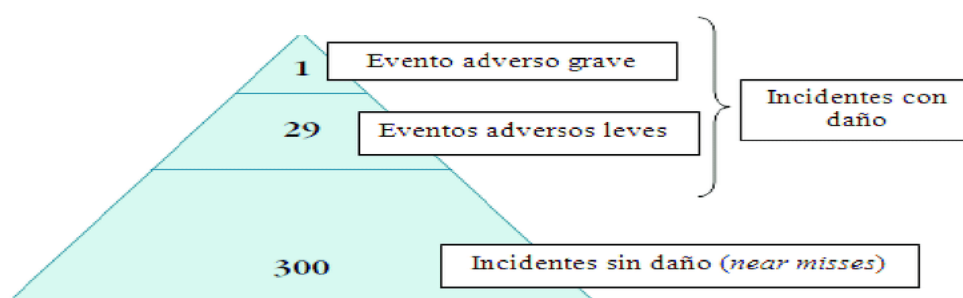
La cultura de seguridad, se define como el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir y, por tanto, a la aplicación de las mejores prácticas y estándares, a contar con un clima de seguridad abierto y de confianza mutua en la que los errores sean una fuente de aprendizaje, en lugar de ser utilizados para culpabilizar.

Modelo explicativo de aparición de errores.

Existen diferentes modelos explicativos de la aparición de errores en los sistemas de salud, todos coinciden en que la génesis del acto inseguro se explica por fallas en los procesos de atención, en los cuales el error humano es solamente la punta del iceberg y sirve como punto de partida para la investigación de los factores causales.

Las teorías del riesgo plantean la proporción entre incidentes y eventos adversos con graficas parecidas a un iceberg. Las puntas que sobresalen de la superficie son los eventos adversos, mientras que la mayor proporción de la masa de hielo del iceberg están constituida por los cuasi- incidentes que no se ven porque no impactan en el paciente.

Figura N°1 Pirámide de Henrich



Un factor importante en cualquier enfoque sobre la seguridad, es la conciencia que tenga el personal, los equipos de trabajo y toda la organización acerca de sus propios niveles de seguridad. Esos niveles pueden identificarse mediante un proceso de evaluación del riesgo y en base a la información que proporciona, llevar a cabo acciones para reducir los riesgos encontrados. Sin embargo, no es usual que las organizaciones de salud realicen estos ejercicios de evaluación y, por otra parte, el personal puede sentir que tiene muy poca oportunidad, para influir en el nivel de riesgo de su organización y de cambiar el sistema en el que trabaja. Por ello es

necesario identificar mecanismos sencillos que lo involucren en dichas mediciones y en las acciones correctivas (Santacruz & Rodríguez, 2011)

Análisis de los incidentes de seguridad

Para llevar a cabo el análisis de los incidentes de seguridad hay que saber que las fallas que lo favorecieron pueden ser activas o latentes:

Las fallas activas son los errores resultantes de las decisiones y acciones de las personas que participan en un proceso; entre tanto, las fallas latentes se encuentran en los procesos o en los sistemas.

La intervención en las fallas activas está dirigida a corregir a las personas, mientras que la intervención de las fallas latentes, a corregir los procesos. Con mucha frecuencia estas intervenciones se oponen. Cuando se corrige a las personas, se da por sentado que fue suficiente y no se toman acciones para corregir los procesos y, en consecuencia, es muy probable que la falla activa vuelva a cometerse y se vuelva a presentar el evento adverso.

Igualmente, el concepto de falla latente evidencia cuán importante es la cultura justa (más aprendizaje, menos punición). Cuando son repetitivas las intervenciones de correctivos a las personas, la conducta natural adoptada por las personas es evitar que se conozcan las fallas activas. Si la expectativa cuando se comete un error es el castigo, simplemente no se reporta. Si no se reportan las fallas activas, la organización no puede identificar y menos corregir las fallas latentes. Por ello el tema de la cultura justa promueve el reporte con el propósito de identificar e intervenir en las fallas latentes.

La temporalidad de un daño o lesión, o la ausencia de secuelas, no descarta la presencia de un evento adverso. Las infecciones asociadas a la atención en salud constituyen un claro ejemplo de esto (Luengas Amaya, 2009).

Modelo explicativo de la causalidad de los eventos adversos

Existen diferentes modelos explicativos de la aparición de errores en los sistemas de salud. Todos coinciden en que la génesis del acto inseguro se explica por fallas en los procesos de atención, en los cuales el error humano es solamente la punta del iceberg y sirve como punto de partida para la investigación de los factores causales.

El psicólogo cognitivo James Reason (1999), profesor de la Universidad de Manchester, y experto reconocido en el estudio “Errar es humano”, describió el error humano como la ejecución no intencionada de un plan incorrecto para lograr un objetivo o la ejecución no adecuada de una acción planificada.

Para entender la forma en cómo los errores suceden y cómo comprometen la SP, Reason propone estudiar el error humano desde dos enfoques:

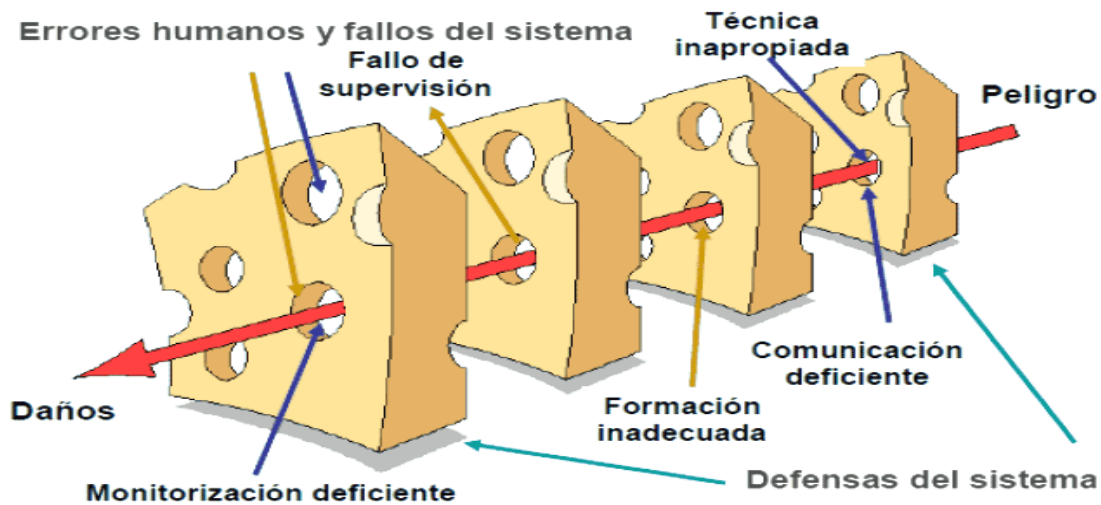
- Centrado en las personas o modelo personal clásico.
- Centrado en los sistemas o modelo sistémico.

Los factores centrados en las personas tienen en cuenta que la ocurrencia de un error tiene origen en acciones inseguras y en violaciones a los procedimientos que el personal de salud comete como consecuencia de problemas subyacentes: falta de motivación, sobrecarga de trabajo, cansancio, estrés, falta de atención y negligencia. Bajo este abordaje las estrategias que se generan para disminuir el riesgo se encaminan a campañas de difusión y en muchas ocasiones a sanciones a los individuos comprometidos.

El modelo centrado en el sistema tiene en cuenta que todas las personas cometen errores, pero estos son consecuencia de falencias en el sistema. Por lo tanto, estas deben ser buscadas y corregidas intentando modificar las condiciones para evitar los errores o mitigar sus consecuencias. Es decir, que los seres humanos son falibles y los errores son de esperar aún en las mejores organizaciones. Cuando un EA tiene lugar, lo importante no es buscar al culpable sino buscar el cómo y por qué las barreras fallaron. Idealmente, estas barreras deberían permanecer intactas, pero en la práctica, cada una de estas barreras son como rebanadas de queso suizo con varios orificios y en continuo movimiento las cuales se abren y cierran a destiempo, pero no es la sola presencia de estos orificios la causa de los errores. Cuando en un momento dado estos orificios se alinean dejando espacio para una misma trayectoria se crean las posibilidades para que un EA acontezca

Vincent extiende el modelo de Reason y lo adapta al sector sanitario, estableciendo los diferentes ámbitos de los errores activos y las condiciones latentes o los factores contribuyentes. Los fallos activos se producen por actos inseguros provocados o cometidos por personal que trabaja de una manera directa con el paciente o en el sistema sanitario. Por otra parte, las condiciones latentes son los fallos debidos al contexto en el que trabaja el sector sanitario, es decir son los fallos provocados por el sistema en sí. Las condiciones latentes pueden actuar de dos maneras: provocando un ambiente imperfecto que hace que los profesionales trabajen en unas condiciones que favorecen la aparición de errores en la práctica asistencial (fatiga, escaso tiempo, inexperiencia en el equipo, equipos tecnológicos inadecuados, etc.) y/o debilitando de una manera más o menos débil, pero constante las barreras defensivas del sistema, aumentando esos “agujeros” que permiten la provocación de un EA en el paciente.

Figura 2: Modelo del queso Suizo de James Reason.



Cada rebanada del queso representa las barreras o defensas de la organización y los orificios de cada rebanada las falencias o debilidades particulares del sistema. Para que se produzca un daño es necesario que se alineen las diferentes acciones o decisiones (orificios) fallas activas, en los diferentes procesos (rebanadas) fallas latentes, permitiéndole un avance de oportunidad al accidente o peligro; sin embargo, cuando uno de los orificios no se alinea con el siguiente, el daño no se produce, pero las condiciones latentes de peligro o deficiencias seguirán presentes (Reason, 1990).

De acuerdo con el modelo del queso suizo, muchos factores inciden en la secuencia de un evento adverso evitable. Por lo tanto, a efectos de evitarlos y de prevenir la presentación de los errores, es necesario explorar los factores que contribuyen en su ocurrencia.

Factores contributivos

Existen factores que contribuyen a la presencia de un incidente de seguridad: son condiciones o acciones relacionadas con las competencias del personal sanitario, la estructura organizativa y asistencial, la comunicación, el equipamiento, los recursos y el paciente (OMS, 2009)

La asistencia sanitaria, en cualquier dimensión, supone una práctica de riesgo, sobre todo en la atención hospitalaria, dada la complejidad y las cuantiosas intervenciones que los procesos asistenciales tienen, incluso los más simples y repetitivos, de manera que ningún paciente de cualquier edad, sexo o estado de salud está libre de riesgo. Se han identificado varios posibles factores que contribuyen a los EA. Entre los factores contribuyentes que propone la Joint Commission y que deberían formar parte del análisis de cualquier evento adverso, destacan los siguientes (Reason, 2001).

- Factores humanos: fatiga, falta de experiencia, mala comunicación, falta de control, distracción, poco tiempo, mal juicio, error de lógica, hostilidad, etc.
- Factores técnicos: malos equipos o poco adecuados, poca automatización, complejidad de aparatos, información sobrecargada, falta de listas de control, etc.
- Organizativos: déficit en alguno de los siguientes aspectos: diseño del lugar del trabajo, políticas de trabajo, administración, financiación, incentivos, liderazgo, supervisión, mala planificación, mal ajuste de personal, desconocimiento del cometido.
- Factores del proceso: análisis de los fallos de los diferentes pasos del proceso.
- Equipamiento: mantenimiento reactivo y proactivo, obsolescencia.
- Factores ambientales: ruido, espacio, mobiliario, por ejemplo.
- Gestión de la información: comunicación intra y extra equipo.
- Liderazgo: cultura de la organización con respecto a la seguridad.

Sistema de detección y notificación de incidentes de seguridad

Existen actualmente múltiples métodos para la detección de incidentes de seguridad tales como:

- Sistemas de notificación voluntarios y/o obligatorios de incidentes de seguridad: efectuados por los propios trabajadores de la salud
- Revisión retrospectiva de historias clínicas: en las que pueden utilizarse herramientas como el “Global Trigger Tool” (GTT) del “Institute for Healthcare Improvement.
- Sistemas de reclamaciones
- Sistemas de vigilancia de IAAS
- Auditorias de Historias Clínicas
- Encuestas a pacientes, familiares y personal sanitario, etc.

Una de las primeras preocupaciones de la Alianza Internacional por la Seguridad del Paciente fue generar un documento técnico que oriente a la implementación de un Sistema de Notificación de EA. Esta tarea fue encargada a Lucian Leape, uno de los investigadores del famoso Harvard Medical Practice Study, y a Susan Abookire.

Leape y Abookire (2009) señalan que un Sistema de Notificación de EA se basa en cuatro principios fundamentales:

- Fortalecer la seguridad del paciente, aprendiendo de las fallas del sistema de salud.
- El reporte de los eventos adversos debe ser seguro; no debe generar una respuesta punitiva.
- La notificación es de valor si lleva a una respuesta constructiva, lo cual implica una retroalimentación a partir del análisis de los eventos adversos.

- Las lecciones aprendidas deben llevar a diseminar este conocimiento y provocar cambios.

La Organización Mundial de la Salud ha desarrollado un documento que establece cuál es la información mínima que debe contener una notificación de eventos adversos. La notificación debe comprender dos secciones: una estructurada y una de libre redacción. La información mínima en la sección estructurada es la siguiente:

- Información del paciente: edad y sexo
- Hora del incidente
- Lugar de ocurrencia del incidente
- Agentes involucrados (causa sospechada, factores contribuyentes y factores de mitigación)
- Tipo de incidente
- Consecuencia del incidente/resultado final
- Acciones tomadas
- Rol del notificante.

Existen diversos métodos para aprender de las notificaciones de los E. A. Uno de estos métodos son las alertas. Las alertas se construyen a partir de encontrar un patrón en los eventos adversos con potencial de generar nuevos E. A. Un ejemplo de ello son las alertas que genera La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) respecto a lotes de medicamentos que deben ser retirados de las instituciones o cuyos efectos colaterales merecen especial atención. La construcción de la alerta parte de identificar un incremento de eventos adversos o una agrupación de E. A., que lleva a revisar la literatura para

entender la naturaleza de los mismos o identificar una medida efectiva que ayude en su control.

Otro método de aprendizaje son las investigaciones en profundidad, que permitan entender las causas subyacentes a los eventos adversos. Si la investigación es hecha con seriedad, podrá determinar cuáles fueron los factores contribuyentes y así desarrollar una mejor estrategia de abordaje.

Finalmente, cuando se cuenta con bases de datos importantes, se pueden desarrollar canales endémicos, establecer estándares y reaccionar frente al quiebre de umbrales previamente determinados.

Respecto de los sistemas de reporte voluntarios de incidentes de seguridad del paciente (SRVIS), sus limitaciones han sido bien documentadas. Los informes de eventos están sujetos a sesgo de selección debido a su carácter voluntario, capturan sólo una fracción de los acontecimientos y pueden no identificar de forma fiable los acontecimientos graves.

La utilización de estos sistemas de comunicación ha proporcionado información relevante para mejorar la seguridad, tanto en ámbitos médicos como en no médicos. (Mcnutt, 2001).

El fin principal de los sistemas de notificación es aprender de la experiencia. Sin embargo, se estima que del 50 al 95% de los EA no se declaran, incluso aunque los sistemas de notificación sean voluntarios y anónimos (Bartolomé, 2005).

Está descrito en la literatura que los sistemas de notificación capturan entre un 1,5-30% de los EA que realmente ocurren.

Los sistemas de notificación voluntaria de incidentes presentan algunas ventajas como son la identificación de errores de administración no recogidos por

otros registros, la identificación de errores latentes o la detección de “cuasi - incidentes”. El análisis de estos cuasi-incidentes, que son la base de la pirámide de todos los incidentes que se producen, es muy útil para analizar las causas y detectar déficit en las formas de trabajo. La notificación de EA y su posterior análisis ha sido ya utilizada con éxito en otras industrias de alto riesgo (como la industria nuclear) o en transportes que deben funcionar con un alto nivel de seguridad como la aviación.

Estas notificaciones además recogen información que es aportada por el personal que trabaja de forma habitual en el servicio y alerta de problemas de seguridad que ocurren o pueden surgir en el trabajo rutinario. Sus principales aportes son:

- Recopilar información relativa a los problemas de seguridad del paciente que percibe o identifica el personal sanitario
- Permitir a las organizaciones utilizar esta información para crear mejoras en los procesos, actitudes y estructuras a fin de reducir la probabilidad de la repetición del mismo tipo de incidente
- Estimular una cultura de apertura hacia el tratamiento de los errores de manera abierta y no punitiva.
- Aprender de los errores cometidos y diseminar lecciones aprendidas a fin de crear una cultura proactiva hacia la identificación y detención de otros errores y facilitar la adopción de estrategias de seguridad establecida.

La frecuencia de EA notificados puede no reflejar la incidencia real de errores debido a la variabilidad en las notificaciones. Las tasas aisladas de un determinado tipo de error basadas en la notificación de incidentes puede no proporcionar una medida única de valoración de la seguridad del paciente en ese aspecto ya que, si la tasa es alta, podría deberse a que efectivamente se producen una gran cantidad de

errores o a que existe una alta motivación del personal a notificar ese tipo de error, y por el contrario una tasa baja, podría deberse a que existe una práctica segura respecto a ese tipo de error o bien a que la tasa global de notificación es baja (Menéndez, prensa).

Un estudio realizado por Cullen y cols (2009), realizado en cinco hospitales encontró una incidencia de EA significativamente menor que otros estudios, basándose exclusivamente en el análisis de notificación de incidentes por lo que se deduce que, dependiendo de la motivación del personal para notificar, se podrán obtener distintos resultados (Guerrero-Aznar, 2014)

El beneficio más marcado que generan los sistemas de reporte voluntario de incidentes de seguridad del paciente (SRVISP) es el cambio cultural en términos de SP y el monitoreo en tiempo real de los incidentes. permitiendo generar acciones correctivas de forma inmediata.

El Global Trigger Tool (GTT), por su parte, se basan en la búsqueda activa de elementos (disparadores o “triggers”), capaces de guiarnos en la detección de eventos adversos no explícitamente consignados, a partir de la información contenida en muestras mensuales de historias clínicas de pacientes egresados. Tanto para las GTT como para los SRVISP debe existir una instancia de coordinación, que comunica cada hecho detectado a las áreas responsables de su análisis (servicios asistenciales, grupos de intervención, comités, etc.) y del diseño e implementación de medidas correctivas y de prevención (IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events, prensa).

La evidencia disponible sugiere utilizar diferentes metodologías de manera complementaria, ya que se ha demostrado que ninguna de ellas individualmente es

capaz de detectar la totalidad de los EA que se presentan en las instituciones de salud. Es por ello que su implementación conjunta permitirá disponer de un amplio campo de información más amplio.

Metodologías para el análisis de eventos adversos

Existen diferentes metodologías para el análisis de los eventos adversos.

Todas comparten un mismo objetivo: encontrar las causas que lo originan.

Las metodologías más utilizadas actualmente son:

- **Análisis de causa raíz:** se basa en el análisis de los múltiples factores que pueden llevar a la causa del error. Parte del principio que todo EA de origen en una casusa raíz que da origen a los demás factores.
- **Protocolo de Londres:** Mira el proceso de atención desde un enfoque sistémico más amplio (multicausal).
- **Modelo del sistema del queso suizo:** analiza las causas desde dos enfoques: los errores propios del comportamiento humano en los errores activos y los errores estructurales del diseño de los procesos con los errores latentes del sistema, con el fin de visualizar y tratar las causas por separado.
- **Metodología AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos)** Permite identificar cada posible forma potencial de falla de un sistema, para luego analizarlo, establecer sus efectos o consecuencias sobre él y posteriormente clasificarlo según severidad.
- **Metodología Shell:** se utiliza para visibilizar la interacción entre los componentes de la actividad: humano – máquina – medio – ambiente.
- **Método ancla:** analiza e identifica los EA. Su implementación considera dos fases de análisis; la primera fase se caracteriza por clasificar los EA según

tipo, se observa la información para luego en la segunda fase realizar la investigación, documentar y presentar un informe de la misma.

Capítulo IV

Metodología

Diseño

Estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal.

Ámbito de estudio

Para desarrollar el presente estudio, se seleccionó una Institución de Salud privada de alta complejidad de la ciudad de Rosario, dedicada a la atención materno infantil.

Se incluyeron todas las salas de internación general (pediátricas y obstétrica), unidades de cuidados críticos (pediátricos y neonatal), quirófanos (pediátrico y obstétrico) y salas de guardia (pediátrica y obstétrica).

La Institución cuenta actualmente con un total de 125 unidades de internación, de las cuales 51 corresponden al servicio de internación general de pediatría, 18 a la Unidad de Cuidados intensivos Pediátricos (UCIP), 25 a la Unidad de Cuidados intensivos Neonatal (UCIN), 4 al Servicio de Guardia Pediátrica, 2 al Servicio de Guardia de Maternidad y 25 unidades de internación obstétrica. Más 2 quirófanos de maternidad, 4 salas de parto y parto y 3 quirófanos de pediatría.

Población

Todos los incidentes de seguridad notificados durante el período comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre 2019

Unidad de análisis

Cada uno de los incidentes de seguridad notificados durante el período de estudio.

- La Tasa de incidentes se calculo por cada 100 pacientes ingresados.

Criterios de inclusión

Se incluyeron todas las notificaciones de incidentes de seguridad derivados de procesos asistenciales originados en salas de internación pediátrica y de obstetricia, cuidados intensivos pediátricos y neonatales, guardia pediátrica y quirófanos pediátricos y obstétricos.

Criterios de exclusión

Se excluyeron las notificaciones de consultorio externo y atención ambulatoria.

Período Observado

Desde el 1 de enero al 31 de diciembre del año 2019.

Instrumento de recolección de datos

Para la obtención de los datos se diseñó un formulario de notificación de incidente de seguridad, en la plataforma Google, validada por el Comité de Calidad y Seguridad en la Atención de Pacientes de la Institución bajo estudio. Dicho formulario estuvo disponible en todas las computadoras de la Institución y los dispositivos móviles del personal de salud (Anexo1).

Los datos correspondientes a las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) fueron suministrados por el Comité de Prevención y Control de Infecciones de la Institución bajo estudio.

Variables de estudio

Características del incidente

Lugar de ocurrencia: sector de internación en el cual se originó el incidente de seguridad

- a) Internación pediátrica
- b) Internación obstétrica

- c) Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP)
- d) Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN)
- e) Quirófano Pediátrico
- f) Quirófano de Maternidad
- g) Guardia pediátrica.

Clasificación del incidente

- a) Cuasi- incidente
- b) Evento adverso
- c) Evento Centinela

Notificación del incidente: Personal de salud que realiza la notificación del incidente.

- a) Enfermería
- b) Médicos
- c) Kinesiólogos
- d) Técnicos
- e) Administrativos
- f) Mucamas
- g) Mantenimiento

Hora de ocurrencia: franja horaria en la cual se origina el incidente de seguridad reportado

- a) 00 a 06 horas
- b) 06 a 12 horas
- c) 12 a 18 horas
- d) 18 a 24 horas

Tipo de incidente.

Es una categoría formada por incidentes, agrupada por compartir características de naturaleza común.

Procesos asistenciales

Relacionados con la medicación: cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios. Esto puede estar relacionado con las prácticas profesionales, con los productos, con los procedimientos o con los sistemas. Incluyen los fallos durante la:

- a) Prescripción
- b) Dispensación
- c) Preparación
- d) Administración

Relacionadas a infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS): Refiere a aquellas que ocurren en los pacientes internados, a causa de intervenciones realizadas para su cuidado y que se ponen de manifiesto luego de las 48 horas de su estadía, dentro de este universo se estudiaron las:

- a) Infecciones asociadas a asistencia mecánica respiratoria (ARM)
- b) Infecciones asociadas a catéter venoso central (CVC)
- c) Infecciones asociadas a catéter urinario (CU)
- d) Infección asociada a heridas quirúrgicas en población pediátrica.
- e) Infección de herida quirúrgica asociada a Cesáreas

Relacionados al manejo de hemoderivados:

- a) Paciente erróneo
- b) Sangre y producto sanguíneo erróneo

- c) Dosis o frecuencia errónea
- d) Cantidad errónea
- e) Información/instrucciones de dispensación erróneas

Relacionados al cuidado de enfermería

- a) Úlceras por presión (UPP): necrosis isquémica y ulceración de tejido que cubran una prominencia ósea que ha sido sometida a una presión prolongada, a consecuencia de una estancia en cama, por la patología que motivo su ingreso (siempre y cuando no haya estado presente al momento de su ingreso).
- b) Caída accidental de pacientes
- c) Retiro accidental de dispositivos médicos (accesos vasculares, sonda vesical, extubación accidental).
- d) Complicaciones asociadas accesos vasculares (flebitis química, extravasación).
- e) Paciente erróneo
- f) Dieta errónea
- g) Cantidad insuficiente
- h) Condiciones de conservación

Relacionado a la provisión de gases medicinales:

- a) Prescripción
- b) Velocidad / caudal/ concentración errónea
- c) Condiciones de control y mantenimiento inadecuados
- d) Contraindicado

Relacionado a dispositivos médicos / Equipos: incidentes relacionados a cualquier dispositivo utilizado en la atención del paciente;

- a) Presentación o envasado deficiente
- b) Falta de disponibilidad.
- c) Inadecuación
- d) Sucio / No estéril
- e) Avería / mal funcionamiento
- f) Desplazamiento/ conexión incorrecta / retirada
- g) Error de usuario

Relacionados a la Infraestructura / locales / instalaciones.

- a) Inadecuada
- b) Dañada, defectuosa, desgastada.

Relacionado a los recursos y gestión de la organización.

- a) Recursos y limitaciones financieras
- b) Estructura organizacional
- c) Políticas, estándares y metas
- d) Prioridades y cultura organizacional.

Grado de daño: gravedad, duración y repercusiones terapéuticas del daño derivado de un incidente de seguridad. La calificación del grado de daños fue la siguiente

- a) **Sin daño:** el incidente no llega al paciente, fue detectado a tiempo.
- b) **Leve:** ocasiona lesión o complicación sin prolongar la hospitalización.
- c) **Moderado:** debido a la lesión, prolonga la hospitalización al menos en 1 día.
- d) **Grave:** provoca muerte o incapacidad residual al alta, o requiere intervención quirúrgica.

Prolongación de la estancia hospitalaria

- Sí
- No

Incidente pudo ser evitable

- Sí
- No

Factores contribuyentes

Circunstancia, acción o influencia que se considera que ha jugado un papel en el origen o la evolución de un incidente, o que ha aumentado el riesgo de que el mismo se produzca. Puede ser un factor precursor necesario para el origen de un incidente, y puede ser o no ser de grado suficiente para causarlo. Los factores contribuyentes son:

- a) Individual
- b) De comunicación
- c) Ligados a la tarea
- d) Ligados al equipamiento y los recursos materiales
- e) Ligado a las condiciones de trabajo
- f) Ligados a la formación y el entrenamiento del personal

Procedimientos para la recolección de la información

La información fue recolectada a través del sistema de notificación de incidentes de seguridad. El sistema de notificación está constituido por dos subsistemas de información;

- Sistema de reporte voluntario (formulario en plataforma Google)
- Sistema de vigilancia en prevención y control de infecciones

El sistema de reporte de incidentes se caracteriza por ser voluntario, anónimo, confidencial y no punitivo.

La notificación se realiza mediante un formulario de reporte electrónico (Ver Anexo 1), el cual puede ser confeccionado por cualquier personal sanitario de la Institución (médicos, enfermeros, kinesiólogos, personal técnico, mucamas, administrativos, personal de mantenimiento, otros).

Los formularios se encuentran disponibles en todos los puestos de trabajo: en los escritorios, las computadoras y celulares del personal que decida bajar la aplicación.

Diariamente el personal en control de calidad y seguridad del paciente recoge y analiza los registrados y organiza la información para luego ser analizada por expertos.

El Sistema de Vigilancia en Prevención y Control de Infecciones realiza vigilancia activa, específica, de las infecciones asociadas a dispositivos médicos (catéter venoso central, catéter urinario, y de pacientes en asistencia mecánica respiratoria) y de sitio quirúrgico (cesáreas, traumatología, cirugías cardiovasculares y neurocirugías).

La recolección de los datos es llevada a cabo por la enfermera en control de infecciones (ECI), de forma diaria.

La información es obtenida de diferentes fuentes: pases de sala, observación directa, historia clínica, foja quirúrgica y resultados de laboratorio (bacteriología).

Los datos son volcados al programa estadístico EPI- control y posteriormente analizados por el equipo (ECI, médico de infectología y bacteriología). El medico

infectólogo es quien define los casos de IAAS, luego esta información es transferida al sistema de reporte de incidentes de seguridad a los fines de consolidar toda la información.

Análisis e interpretación de los datos

Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva. Los resultados fueron presentados en gráficos y tablas de distribución de frecuencias, tanto absolutas como porcentuales. Para el procesamiento se utilizó software estadístico “R” Core Team (2019).

Confidencialidad y Aspectos Éticos

El estudio fue aprobado por el comité de ética de investigación de la institución.

Los aspectos éticos que se tuvieron en cuenta durante el estudio fueron en primer lugar la confidencialidad por medio de la cual se garantizó que no se dará a conocer la identificación del paciente, el notificador y la institución a terceras personas.

En segunda instancia la independencia. El estudio es independiente de cualquier autoridad con poder para castigar a la organización o al notificante

Capítulo V

Resultados

Durante el año 2019 se notificaron un total de 759 incidentes de seguridad derivados de los procesos asistenciales.

El total de ingresos durante el periodo estudiado fue de 10.942 pacientes.

La tasa de incidentes reportados fue del 7%.

Del total de reportes (759), el 47% fueron efectuadas por el personal de enfermería, seguida por el personal médico (26%), kinesiólogos (11%) y técnicos (10%).

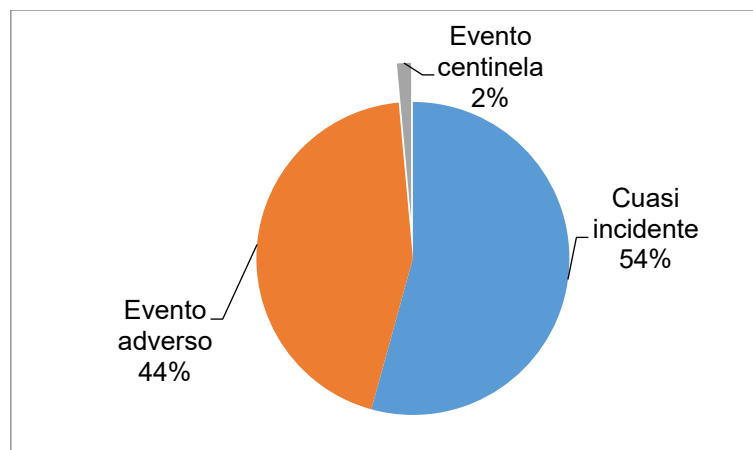
Tabla 1 – Distribución de incidentes de acuerdo al personal que los notificó (n=759)

Personal que notificó	Frecuencia	Porcentaje
Enfermero/a	354	47%
Médico/a	195	26%
Kinesiólogo/a	80	10%
Técnico/a	79	10%
Administrativo/a	20	3%
Mucama	19	3%
Mantenimiento	12	1%
Total	759	100%

De acuerdo a los datos aportados por la institución., el tiempo de permanencia y la complejidad de los pacientes fueron factores que incrementaron el riesgo de ocurrencia de incidentes de seguridad (dato que surge de las investigaciones de los incidentes de seguridad efectuada por el Comité de Calidad y Seguridad de la institución).

Del total de incidentes de seguridad notificados, el 54% correspondieron a cuasi-incidentes (fallas en el sistema que constituyen un riesgo potencial para los pacientes), el 44% a EA y el 2% a eventos adversos centinela. (Figura 3).

Figura 3 - Distribución de incidentes según clasificación: cuasi-incidentes, eventos adversos, eventos centinelas (n=759).



Del total de incidentes de seguridad notificados se consideraron prevenibles: el 100% de los cuasi- incidentes, el 88% de los eventos adversos y el 55% de los eventos centinela (Tabla 2).

Tabla 2 – Distribución de los tipos de incidentes según si eran prevenibles o no (n=759)

Incidente Prevenible	Clasificación del incidente			
	Cuasi-incidentes	Evento adverso	Centinela	Total
Sí	412 (100%)	294 (88%)	6 (55%)	712 (94%)
No	0 (0%)	42 (12%)	5 (45%)	47 (6%)
Total	412	336	11	759

Los incidentes se presentaron con mayor frecuencia en neonatos (27%); los incidentes presentados en los menores de 1 año y en niños de entre 1 y 5 años también registraron una frecuencia similar (22%).

El servicio de obstetricia fue el sector que menor número de incidentes de seguridad presento (9%). Cabe destacar que la edad promedio de las pacientes obstétricas que se asisten en la institución bajo estudio, es significativamente mayor a la edad promedio registrada en otras instituciones de salud, este dato esta íntimamente relacionado con el servicio de medicina reproductiva que brinda la institución bajo estudio. (Tabla 3)

Tabla 3 – Distribución de incidentes de acuerdo a la edad del paciente (n=759)

Edad del paciente	Frecuencia	Porcentaje
0 a 30 días	209	27%
30 días a 1 año	166	22%
1 a 5 años	171	22%
5 a 10 años	88	12%
10 a 15 años	47	6%
15 a 20 años	13	2%
20 a 30 años	2	0%
30 a 35 años	28	4%
35 a 45 años	35	5%
Total	759	100%

El servicio que más incidentes de seguridad presentó fue el servicio de internación pediátrica (37%). Cabe destacar que el servicio de clínica pediátrica es el sector de internación que posee el giro cama más elevado de toda la institución, con un índice de ocupación del 95% anual, y pacientes de grado 2 y 3 en su gran mayoría (Datos suministrados por el servicio de estadística de la Institución bajo estudio). Por otro lado, el servicio que presento el menor número de incidentes de

seguridad fue obstetricia (9%), esto guarda íntima relación con el tipo de paciente., teniendo en cuenta que la paciente de obstetricia, por lo general, es una paciente sana previa, que asiste a la internación para culminar un proceso fisiológico normal.

(Tabla 4).

Tabla 4 – Distribución de incidentes según servicio de ocurrencia (n=759)

Sector de ocurrencia	Frecuencia	Porcentaje
Internación general de pediatría	278	37%
Neonatología	211	28%
UCIP	154	20%
Internación general de obstetricia	48	7%
Guardia pediátrica	25	3%
Quirófano de pediatría	25	3%
Quirófano de obstetricia	18	2%
Total	759	100%

Los incidentes de seguridad notificados con mayor frecuencia fueron los relacionados con la medicación (33%), seguido de los relacionados a los procesos asistenciales (26%) y en tercer lugar los relacionados con los cuidados y las infecciones asociadas a la atención de salud (8%), de los cuales las infecciones asociadas a catéter venoso central fueron las de mayor prevalencia. (Tabla 5).

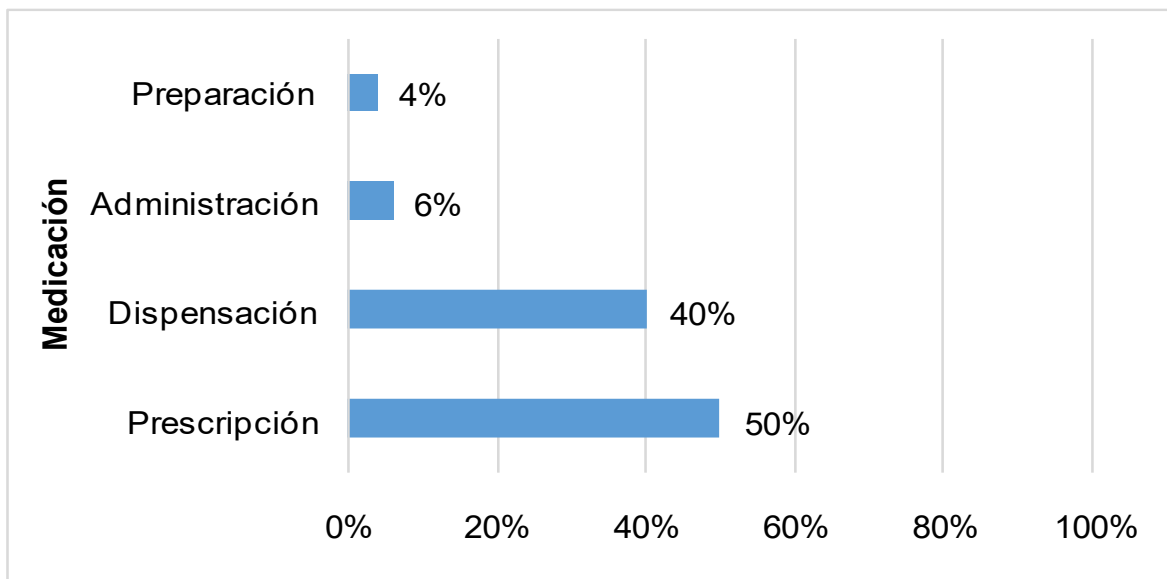
Tabla 5 – Clasificación de incidentes de seguridad según tipo (n=759)

Incidente relacionado con...	Frecuencia	Porcentaje
Medicación	246	33%
Procesos asistenciales	201	26%
Cuidados de enfermería	64	8%
Infecciones asociadas a la atención de salud	62	8%
Infraestructura	49	6%
Dispositivos médicos	46	6%
Infraestructura	41	6%
Nutrición	32	4%
Recursos de gestión	13	2%
Productos sanguíneos	5	1%
Total	759	100%

Del total de incidentes de seguridad relacionados con medicación, el 50% se debieron a errores de prescripción, y el 6% a errores de administración.

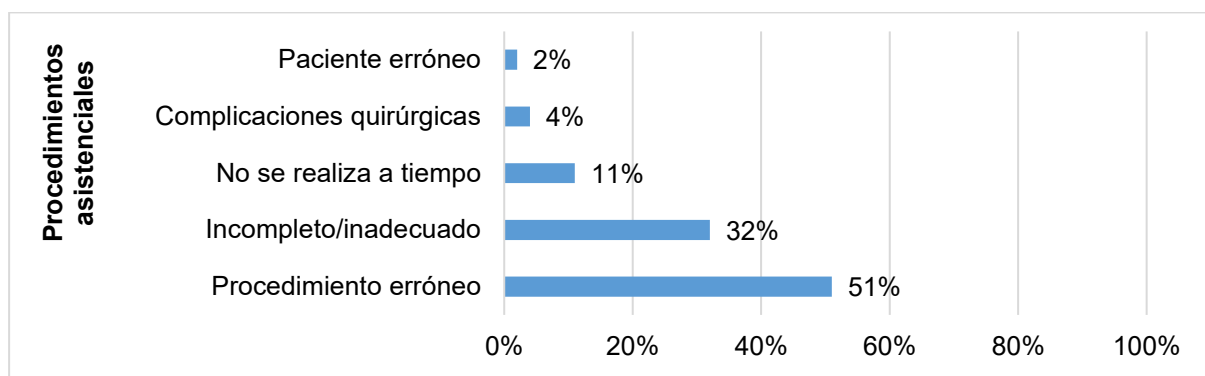
Estos errores de administración estaban precedidos por errores de prescripción que no fueron detectados a tiempo por el personal de enfermería e impactaron en los pacientes, sin generar daño. (Figura 4)

Figura 4 - Distribución de los incidentes de seguridad relacionados con medicación (n=246)



Del total de incidentes de seguridad relacionados con procesos asistenciales, el 51% se relacionaron con procedimientos erróneos y un 32% con procedimientos incompletos e inadecuados a los requerimientos de los pacientes (demoras en la atención, demoras en la administración de medicamentos, extravasación de accesos vasculares, retiro accidental de accesos vasculares, lesión en piel por falta de implementación de medidas de protección cutánea, error de identificación de pacientes, dehiscencia por herida (separación de las capas de una herida quirúrgica) (Figura 5).

Figura 5 - Distribución de los incidentes de seguridad relacionados con procedimientos asistenciales (n=201)



Del total de incidentes de seguridad relacionados con los cuidados de enfermería, el 50% se relacionaron con UPP, originadas en la unidad de cuidados críticos pediátricos (UCIP), en pacientes inmovilizados con asistencia mecánica ventilatoria (AVM) sin medidas de protección.

El 36% se relacionaron a infiltración de accesos vasculares periféricos, los cuales fueron reportados con mayor frecuencia en salas de internación general pediátrica y obstetricia y en menor frecuencia, pero de mayor gravedad en UCIP y NEO.

De las diferentes vías que se utilizan para administración de tratamiento farmacológico a los niños, la intravenosa es la principal opción, pues a través de ella se puede, además de dar medicamentos, reponer líquidos, electrolitos, macronutrientes y micronutrientes, dados los procesos patológicos frecuentes en esta etapa del ciclo vital: infecciones, quemaduras, procedimientos quirúrgicos, deshidratación y desnutrición.

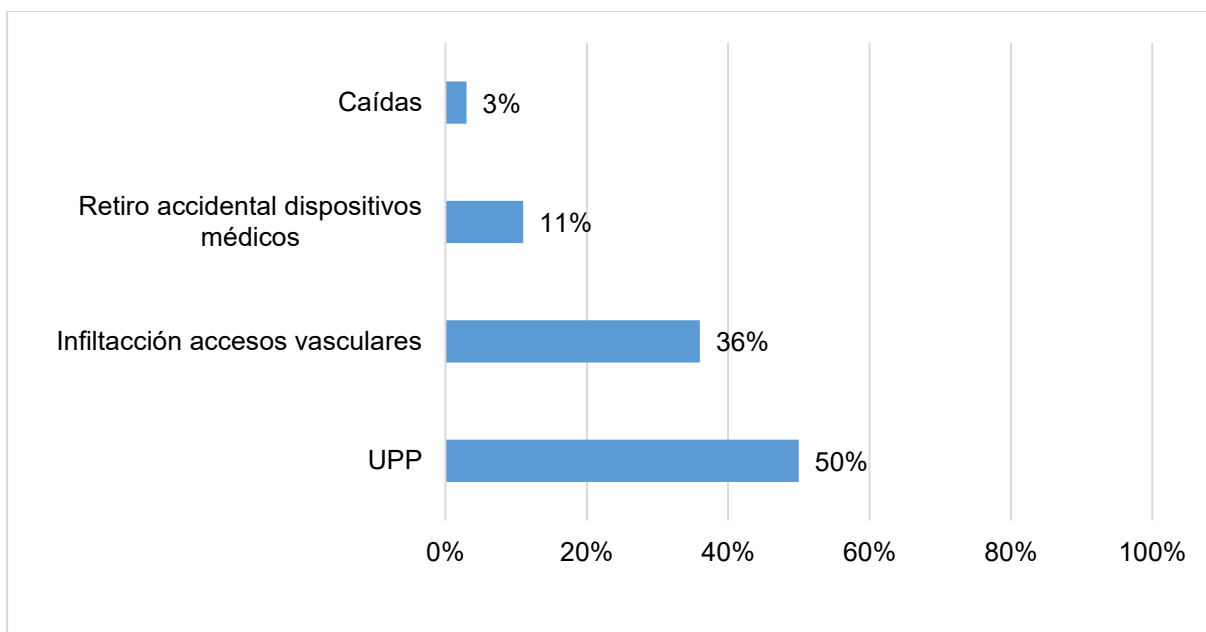
Dentro de los factores implicados en el fracaso de la punción y aparición de infiltración y flebitis, se encontraron las características de los fármacos, las soluciones, tipos de dispositivos y el uso de catéter periférico por más de cinco días

y una técnica de estabilización del acceso vascular poco efectivo. Fue frecuente observar accesos vasculares ocluidos con gasas que no permitían visualizar el trayecto del catéter y detectar a tiempo una infiltración y/o flebitis.

El retiro accidental de dispositivos médicos presentó una frecuencia del 11% en las unidades de cuidados críticos pediátrica (retiro accidental de catéter venoso central durante la realización de una maniobra de enfermería) y neonatal (extubación accidental y retiros de sondas orogástricas).

Las caídas presentaron una frecuencia del 3%. Se reportaron en salas de internación general de obstetricia, y se originaron por el deslizamiento accidental del bebé de los brazos de su madre al quedarse dormida, las madres no fueron instruidas correctamente sobre las medidas de seguridad durante el proceso de lactancia materna y acunamiento de sus bebés.

Figura 6 Distribución de los incidentes de seguridad relacionados con cuidados de enfermería (n=64)



Del total de incidentes de seguridad vinculados con las IAAS, el 100% se relacionaron con el uso de dispositivos médicos, de las cuales el 80% se debieron a infecciones asociadas a catéter venoso central, con más de 48 horas de colocación y el germen aislado en todos los casos fue *Staphylococcus epidermidis*.

Por tanto, se podría inferir que las infecciones reportadas estarían relacionadas con el mantenimiento de los accesos venosos centrales y algunas prácticas deficientes, siendo el servicio de NEO el que presentó las tasas más elevadas de infecciones.

Las infecciones asociadas a catéter urinario presentaron una frecuencia del 12%, siendo UCIP el servicio que acumulo la totalidad de estas infecciones.

Las infecciones relacionadas a heridas quirúrgicas sobre la cual realiza la vigilancia epidemiológica la Institución en estudio, están relacionadas a cirugías cardiovasculares y neurocirugías en pacientes pediátricos y cesáreas en pacientes obstétricas.

La tasa de infecciones anual fue del 2% para pediatría (sobre un total de 96 cirugías) y del 0.2% para obstetricia (con un total de 2.354 cesáreas realizadas).

Estas infecciones constituyen un problema, teniendo en cuenta que alargan la estancia sanatorial; también aumentan: la discapacidad a largo plazo, la resistencia antimicrobiana y el riesgo de morbimortalidad de los pacientes.

La franja horaria en la cual se presentaron los incidentes de seguridad con mayor frecuencia en pediatría y obstetricia es el turno 6 a 12 horas. Durante esta franja horaria se produce el mayor movimiento de camas, ya que coincide con las altas, ingreso de pacientes y las interconsultas de los diferentes profesionales que

asisten a los pacientes., incrementando el número de actividades y la interacción de múltiples actores en la atención de los mismos.

El turno que menor incidentes presentó fue el turno 0 a 6 horas. No obstante, en los servicios de NEO y UCIP los incidentes se presentaron con mayor frecuencia en el turno de 18 a 24 horas. En las unidades de cuidados críticos esta franja horaria es la que presenta el mayor número de ingresos derivados de clínica y cirugía (Tabla 6).

Tabla 6 – Distribución de la franja horaria en la que ocurrieron los incidentes según servicio (n=759)

Servicio	Franja horaria				
	0 a 6 h	6 a 12 h	12 a 18 h	18 a 24 h	Total
Sala de internación pediátrica	25 9%	126 45%	71 26%	56 20%	278
Sala de internación de maternidad	3 6%	28 58%	10 21%	7 15%	48
UCIP	43 28%	23 15%	21 13%	67 44%	154
Neonatología	37 18%	59 28%	27 12%	88 42%	211
Quirófano pediátrico	0 0%	15 60%	5 20%	5 20%	25
Quirófano de maternidad	0 0%	10 56%	0 0%	8 44%	18
Guardia pediátrica	7 28%	5 20%	8 32%	5 20%	25
Total	115	266	142	236	759

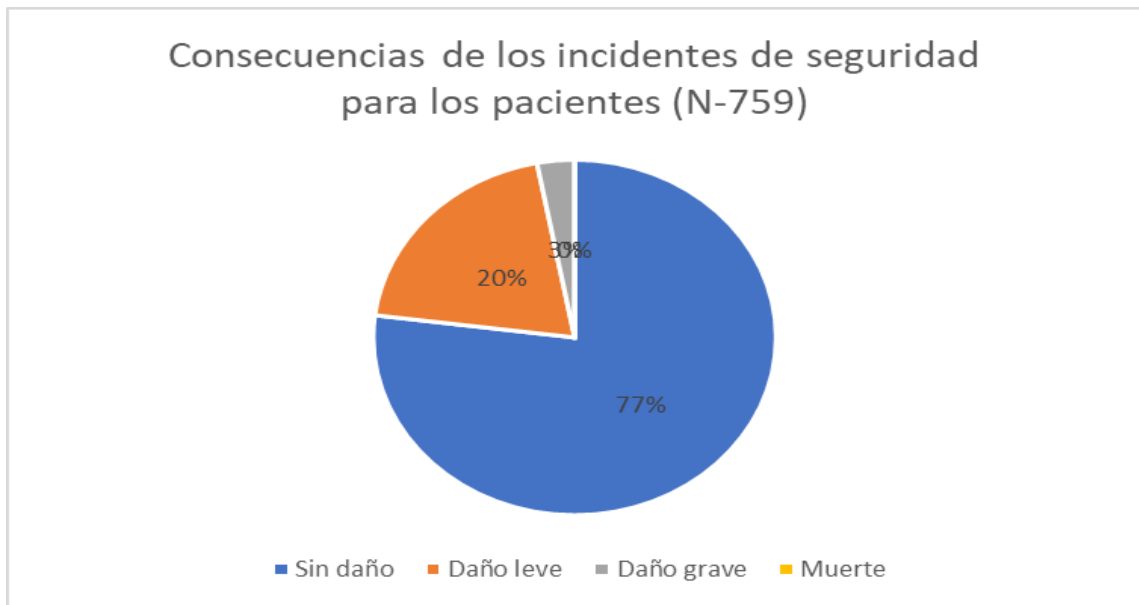
Con respecto a las consecuencias de los incidentes de seguridad, se encontró lo siguiente:

Del total de incidentes de seguridad (759) notificados, 152 (20%) presentaron daños leves, los cuales prolongaron los días de internación; 596 (78%) incidentes no ocasionaron daño a los pacientes, y 11 (2%) ocasionaron daños graves, los cuales implicaron reintervenciones quirúrgicas, aumento de los días de estada y la exposición a antibióticos por mayor tiempo. No se registraron muertes por incidentes de seguridad.

Dentro de los daños graves reportados, se situaron las infecciones del sitio quirúrgico en pacientes sometidos a cirugías cardiovasculares de alta complejidad, estos pacientes fueron reintervenidos quirúrgicamente y sometidos a antibioticoterapia por más de 10 días.

La segunda causa de eventos adversos graves estuvo relacionada con la administración intravenosa de drogas a través de accesos vasculares periféricos, en unidades de cuidados críticos pediátricos y neonatal respectivamente. El servicio de NEO fue el que presentó el mayor número de casos de extravasación de gluconato de calcio (los recién nacidos (RN) son más vulnerables a estas lesiones porque su tejido subcutáneo es más delgado y tienen mayor fragilidad vascular), producto de estos incidentes., dos de los tres pacientes afectados tuvieron que ser sometidos a escarectomía de la zona afectada, sin pérdida de la funcionalidad, pero con un aumento significativo de los días de internación.

Figura 4 consecuencias de los incidentes de seguridad para los pacientes (n=759)



De acuerdo al lugar de ocurrencia, el Servicio de Internación General Pediátrica fue el que reportó el mayor número de incidentes sin daños (81%), seguido de obstetricia quien reporto una tasa de incidentes de seguridad sin daño del (73%).

La Unidad de Cuidados Críticos Pediátricos fue el servicio con mayor número de incidentes con daño moderado (21%).

El quirófano pediátrico el servicio con mayor número de incidentes graves (36%).

Tabla 7 – Distribución de los resultados de los incidentes según servicio de ocurrencia y nivel de daño para el paciente (n=759).

Servicio de ocurrencia	Resultado				
	Sin daño	Leve	Moderado	Grave	Total
Sala de internación pediátrica	224 80%	38 14%	14 5%	2 1%	278
Sala de internación maternidad	35 73%	9 19%	3 6%	1 2%	48
UCIP	45 29%	73 47%	32 21%	4 3%	154
NEO	68 32%	107 51%	34 16%	2 1%	211
Quirófano pediátrico	7 28%	5 20%	4 16%	9 36%	25
Quirófano de maternidad	9 50%	0 0%	2 11%	7 39%	18
Guardia pediátrica	25 100%	0 0%	0 0%	0 0%	25
Total	413	232	89	25	759

Al analizar los distintos tipos de incidentes en función de los factores contributivos se encontró lo siguiente. Los factores ligados a formación y entrenamiento fueron determinantes en los incidentes relacionados con la medicación (101 casos - 41%), en los incidentes de procesos asistenciales (163 casos - 81%), en los incidentes de IAAS (48 casos - 77%) y en los debidos a cuidados (63 - 98%).

En los casos asociados a nutrición, la mayoría correspondió a factores de comunicación (21 casos - 66%). Para los incidentes de infraestructura, la mayoría se relacionó con factores ligados a equipamiento y recursos (31 casos - 77%). En lo que se refiere a dispositivos médicos, se encontró un porcentaje similar debido a factores ligados a equipamiento y recursos, y a factores ligados a formación y entrenamiento: 37% y 35%, 17 y 16 casos, respectivamente.

Prácticamente la totalidad de los incidentes asociados a infraestructura, se vinculó con factores ligados a equipamiento y recursos (47 casos - 96%). El equipamiento no era el adecuado según lo requerido por los pacientes.

Todos los incidentes de recursos y gestión (16 casos) se debieron a condiciones de trabajo, dotación de enfermería menor a la necesaria según demanda del servicio (sobrecarga laboral).

Por último, vale mencionar que los incidentes asociados a productos sanguíneos fueron sólo 6, de los cuales 4 correspondieron a factores relacionados con la comunicación (errores relacionados con la hora en la cual debía iniciarse en pasaje de hemosderivados y su llegada a tiempo a los servicios) y 2 a factores ligados a formación y entrenamiento (se pudo evidenciar que el tiempo de exposición de los hemoderivados fue superior al recomendado según la evidencia disponible y la norma institucional).

El factor contributivo que se presentó con mayor frecuencia a nivel global, lo constituyeron los ligados a la formación y entrenamiento (390), en las Unidades de Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatal los dos factores que predominaron en la ocurrencia de los incidentes estuvieron relacionados con la formación y entrenamiento, en primer lugar, seguido por los ligados con la tarea (Tabla 8).

Tabla 8- Distribución de los factores contributivos en la aparición de los incidentes según sector de ocurrencia

Servicio	Factor contributivo (1)						Total
	Individual (2)	De comunicación	Ligado a la tarea	Ligado a equipamiento y recursos	Ligado a formación y entrenamiento	Condiciones de trabajo	
Sala de internación pediátrica	2	32	35	68	122	19	278
Sala de internación maternidad	2	14	7	1	16	8	48
UCIP	1	6	24	9	100	14	154
NEO	1	6	30	16	126	32	211
Quirófano pediátrico	3	0	0	7	14	0	24
Quirófano de maternidad	0	2	2	7	5	2	18
Guardia pediátrica	0	0	13	2	7	3	25
Total	9	60	111	110	390	78	758

(1) Factor contributivo de los pacientes: se presentó sólo un caso, en el quirófano de pediatría que no se muestra en el cuadro.

(2) Factor Individual: hace referencia al profesional implicado en el incidente.

Capítulo VI.

Discusión

Los principales resultados hallados, guardaron cierta similitud con investigaciones internacionales y locales realizadas hasta el momento.

Cabe destacar que la herramienta utilizada en la obtención de los datos fue diferente a las aplicadas por los citados estudios. Los sistemas de notificación voluntario tienden a subestimar los registros y esto podría explicar algunas de las diferencias halladas.

El total de incidentes de seguridad notificados fue de 759 casos, de los cuales 336 fueron eventos adversos, 11 eventos centinela y 412 cuasi-incidentes

La frecuencia de incidentes de seguridad observada fue del 7%, encontrándose dentro de los intervalos informado en la bibliografía actual (4-17%).

Del total de incidentes de seguridad notificados se consideraron prevenibles: el 100% de los cuasi- incidentes, el 88% de los eventos adversos y el 55% de los eventos centinela. Este estudio evidenció tasas de evitabilidad significativamente mayores a las publicadas en el estudio realizado en España durante el año 2011, denominado “Seguridad clínica de los pacientes durante la hospitalización en pediatría”, realizado en 41 hospitales pediátricos de España (Miller, 2007).

El 20% de los incidentes de seguridad reportados prolongaron la estancia sanatorial de los pacientes y el 2% generaron consecuencias graves. Datos que guardaron relación significativa con el estudio IBEAS. No se registraron muertes asociadas a los EA.

En cuanto a la edad de los pacientes, los neonatos fueron los que presentaron el mayor número de EA reportados, esto fue coincidente con los estudios presentados por Miller MR (2007) y el Pennsylvania Patient Safety Authority (2015), ambos estudios coinciden en que los niños menores de 4-5 años y en particular los neonatos, presentan un mayor porcentaje de incidentes de seguridad asociados en su gran mayoría a errores de medicación y procedimientos.

Las pacientes obstétricas fueron quienes menor número de incidentes de seguridad presentaron (9%) y los ocurridos se relacionaron a IAAS, específicamente infecciones asociadas a herida quirúrgica post cesárea y caídas. El patógeno aislado en todos los casos fue el *Staphylococcus aureus*. Datos que guardan relación con el estudio IBEAS, el cual reportó una tasa de EA en los servicios de obstetricia entre 5 y 13% en incidencia y entre 1,7 y 25% en prevalencia, valores similares a los reportados en la institución estudiada (Ministerio de Sanidad y Política Social de España ,2010, prensa)

Se ha observado que la jornada de la mañana es donde más EA ocurrieron, lo cual podría estar asociado al mayor número de intervenciones que se realizan durante este tiempo.

Con respecto al tipo de incidente, los relacionados con la medicación fueron los que se presentaron con mayor frecuencia (33%), de los cuales el 50% se debieron a fallas de prescripción y un 40% a fallas de dispensación. Estos datos coincidieron con los resultados obtenidos por el departamento de pediatría del hospital Austral, el cual reportó una tasa de EA asociado a medicación del 48%. Por otro lado, el estudio ENEAS (2005) de España, halló una tasa de EA asociados a la medicación del 37%, estimando un gasto anual entre 469 y 790 millones de euros.

Los errores de medicación en pacientes pediátricos suelen ser más frecuentes que en adultos, además el riesgo de que estos errores causen EA es hasta tres veces mayor (Kaushal, 2001).

Estos errores se atribuyen generalmente a que las dosis para los niños se calculan en función de la edad, el peso o la superficie corporal, y pueden variar ampliamente, lo que facilita que los errores no se reconozcan por los profesionales. Hay que considerar que puede haber hasta 100 veces de diferencia entre la dosis de un adolescente y la de un neonato (una dosis de un escolar puede ser 10 veces mayor que la de un neonato y, a su vez, la décima parte de la de un adolescente o un adulto). De hecho, en pacientes pediátricos son frecuentes los errores por utilizar medicamentos en dosis 10 veces mayores a las necesarias, errores que en adultos sería más difícil que pasaran desapercibidos y no se detectaran. Estos incidentes se producen generalmente por errores en el proceso de cálculo, incluyendo errores en los decimales, por utilizar un peso equivocado o no actualizado para estimar la dosis, o por no tener en cuenta la dosis máxima al calcular la dosis en niños de mayor peso o edad. Un factor contribuyente suele ser la falta de conocimiento o de experiencia en la utilización de medicamentos en estos pacientes.

Los incidentes relacionados con procedimientos asistenciales fueron los segundos más notificados. Del total, el 51% se relacionaron con procedimientos erróneos y procedimientos incompletos e inadecuados a los requeridos por los pacientes. En los mismos, la formación, el entrenamiento y la relación entre número de profesionales y cantidad de pacientes estuvieron presentes al momento de la ocurrencia.

Esto, de acuerdo a los datos obtenidos, podría deberse a la sobrecarga laboral por exceso de pacientes. Según un informe publicado en el New England Journal of Medicine, el aumento de volumen de pacientes aumenta la probabilidad de daño, las tasas de infecciones asociadas a la salud, los días de hospitalización y las probabilidades de re internaciones. Aproximadamente el 40% de los médicos de hospitales informan manejar o tener a cargo un número inseguro de pacientes, debiendo "sacrificar la calidad" y desatendiendo la totalidad de los requisitos de los pacientes. Diversos estudios han dado cuenta del impacto negativo que poseen una inadecuada distribución de pacientes a cargo, el exceso de horas de trabajo y la rotación del personal. Aunque existe controversia al respecto, es importante ilustrar este punto con los estudios de Aiken y Dawson (2006) donde se observa que cada paciente añadido a la carga media de una enfermera se asocia a una mortalidad del 7 % y que 18 horas de trabajo continuo afectan el desempeño de un médico equivalente a niveles de alcohol de 0,10%.

Del total de incidentes de seguridad relacionados con los cuidados, el 50% se relacionaron con UPP. Estos resultados son coincidentes con los reportes efectuados por los estudios IBEAS/ ENEAS y pone en evidencia la importancia de contar con personal calificado, entrenado y acorde a la demanda. Es esencial que dicha formación se encuentre inmersa dentro de un programa de educación y tutoría específico para asegurar que cada profesional logre el conocimiento y la práctica necesaria a fin de brindar un cuidado homogéneo que permita reducir la variabilidad y el riesgo asociado a su propia práctica.

La relación enfermero paciente es otro punto crucial en la prevención. Se ha mostrado ampliamente que mantener una relación enfermero paciente acorde a la

demanda de atención contribuye a prevenir significativamente la aparición de incidentes de seguridad (La Torre, 2004).

Las IAAS fueron el tercer grupo de mayor frecuencia de presentación. Las infecciones asociadas a catéter venoso central en pacientes neonatales constituyeron los EA de mayor prevalencia, originando un aumento de los días de internación y exposición prolongada a antibioticoterapia.

Las infecciones asociadas a heridas quirúrgicas fueron los incidentes de seguridad de mayor gravedad reportados en el servicio de cirugía infantil (6%) y, en muy baja frecuencia, las infecciones asociadas a cesáreas (0.2%) en el servicio de maternidad.

De acuerdo a los últimos estudios, diariamente, 1.4 millones de pacientes adquieren una IAAS. Aproximadamente 1 de cada 20 pacientes internados en un hospital de agudos padecerá una IAAS. Esta estimación se supone que afectará unos 4,1 millones de pacientes al año en la Unión Europea y 2 millones en los Estados Unidos. Causará entre 37 mil y 900 mil muertes anuales, y se estima un costo de entre USD 4,5 y 5,7 billones, respectivamente.

En Argentina, el Estudio Nacional de Diagnóstico Institucional y Prevalencia de IACS (2016) reveló que, en áreas no críticas, el 10,80 % de los 5.490 pacientes adultos estudiados presentó una IAAS. De estas infecciones, las cuatro primeras causas corresponden a infecciones del tracto urinario (23%), infecciones del sitio quirúrgico (18%), neumonías (16,5%), infecciones de la piel y partes blandas (10%) y bacteriemias asociadas a catéter (10%). En áreas críticas, de 744 pacientes estudiados, el 32% presentó una IAAS. De éstas, las cuatro primeras causas corresponden a neumonía (48%), infección primaria de la sangre (13%), infección

del tracto urinario (12,4%), infección del sitio quirúrgico (9%) e infecciones de la piel y partes blandas (4,2%). Esta situación nos obliga a consolidar acciones tendientes a conocer el problema de las IAAS y programar acciones tendientes a mitigarlas (Ministerio de Salud de la Nación, 2016).

Los factores contributivos en la aparición de los incidentes de seguridad estuvieron relacionados en mayor medida al conocimiento y entrenamiento del personal. Esto pone de manifiesto el rol activo que ejercen los programas de capacitación continua en SP. No basta con la creación de protocolos estandarizados de procesos y guías de práctica clínica, para que estas sean aplicadas de forma eficientes se requiere socializarlas y entrenar a todo el personal de forma continua, evaluar los resultados y retroalimentar los programas de capacitación con los resultados obtenidos a los fines de mantenerlos actualizados y acorde a las necesidades concretas de cada contexto asistencial.

Hoy los gabinetes de simulación clínica constituyen una excelente herramienta para ser aplicadas en las instituciones de salud como parte del entrenamiento del personal en SP.

Por otro lado, como segundo y tercer factor contributivo, se encontró el estado del equipamiento y la disponibilidad de los recursos. Es sabido que la economía de los países en transición es muy débil y fluctuante. Esto hace que la disponibilidad y el mantenimiento de los recursos sea deficiente y no esté garantizada su provisión de forma continúa, lo cual requiere hacer un uso eficiente y racional de los mismos. Para ello se requiere capacitar a todos los integrantes del equipo, no sólo a quienes están en la atención directa de pacientes, sino también a los responsables de la compra de los recursos, quienes, por desconocimiento o racionalización extrema,

adquieren productos de baja calidad generando un mayor desperdicio y daño a los pacientes. Por tal motivo, es fundamental pensar los programas de SP de forma transversal, multidisciplinar y participativa.

De acuerdo al lugar de ocurrencia, el servicio de internación pediátrica fue el que reportó el mayor número de incidentes sin daño para los pacientes. La unidad de cuidados críticos pediátricos fue el servicio con mayor número de incidentes con daño moderados, y el quirófano pediátrico el servicio con mayor número de incidentes graves. Datos que se asemejan a los resultados reportados por el (Hospital Austral, 2016).

La distribución de incidentes según franja horaria de ocurrencia, fue diferentes para salas generales (pediátrica y maternidad) y cuidados críticos (UCIP/NEO).

Se ha observado que la jornada de la mañana es donde más EA presento el servicio de pediatría y obstetricia lo cual podría estar asociado al mayor número de intervenciones que se realizan durante este tiempo. Por ello, Wegner y Rubin insisten en la supervisión permanente y en mejorar la efectividad de la comunicación, como parte de la adopción de una cultura de seguridad del paciente, factores indispensables en la reducción y prevención de los EA (Wegner & Rubim , 2012).

Las unidades de cuidados críticos presentaron mayor número de incidentes en el turno de 18 a 24 horas, horario que coincide con el mayor número de ingresos en estas salas y la actualización de prescripciones médicas, que conlleva a un aumento de intervenciones. Este es un dato particular que no se puede extrapolar a otros estudios por ser una característica de la Institución. Independientemente de estas

particularidades, según los estudios consultados, el turno nocturno suele ser el horario donde se incrementan los incidentes de seguridad.

El personal médico de las unidades de cuidados críticos (UCIP/NEO) fue el personal que menor número de reportes efectuó durante el período observado. Esto podría deberse a las características de estos profesionales, en quienes la cultura del reporte no está aún plenamente incorporada y suelen percibir el error como una acción descalificante que pudiera llevarlos al desprestigio.

En la Institución estudiada se continúa trabajando para lograr una mayor adherencia a la notificación de incidentes, construyendo día a día ámbitos de atención abiertos y participativos, en los cuales, los incidentes de seguridad sean percibidos como una oportunidad de mejora y no como un error personal.

Capítulo VII.

Conclusión

La ocurrencia de incidentes de seguridad en la población materno infantil continúa siendo un problema de magnitud considerable y prevenible. Los niños menores de 2 años, especialmente los neonatos y los lactantes, constituyen el grupo de mayor vulnerabilidad.

Los servicios de internación pediátrica, constituyeron los servicios donde se reportaron el mayor número de incidentes de seguridad, esto posiblemente guarde cierta relación con el alto caudal de pacientes que se internan en estos servicios y la multiplicidad de prácticas que allí se desarrollan.

En cuanto al servicio de obstetricia, fue el sector de internación que presentó el menor número de incidentes de seguridad, lo cual estaría relacionado posiblemente al tipo de pacientes que allí se internan, pacientes sanas que acuden al sistema de salud para culminar un proceso fisiológico normal (parto).

El porcentaje de evitabilidad de los incidentes de seguridad, hallados para este estudio, fue del 88%, este dato evidencia claras oportunidades de mejora en materia de seguridad del paciente.

En cuanto a los factores contributivos en la ocurrencia de los incidentes de seguridad, la formación y el entrenamiento del personal fueron determinantes. Esto pone en evidencia la importancia de implementar programas de capacitación continua para el personal de salud y fundamentalmente para el personal de enfermería que es quien realiza el mayor número de intervenciones con el paciente.

Los resultados obtenidos y la evidencia disponible ponen de manifiesto que los problemas de seguridad continúan presentando tasas elevadas de ocurrencia,

independientemente del contexto en el cual se estudien y la metodología empleada para su detección. Aún existen profesionales que no reconocen el error por miedo a ser juzgados y desvalorizados socialmente, esto claramente habla de una cultura en términos de SP débil que requiere ser reforzada y trabajada en su interior.

Este estudio ha demostrado que la etiología de los incidentes de seguridad es multicausal, el grado de evitabilidad es alto, y la formación y el entrenamiento del personal asistencial es fundamental en la prevención de estos.

Un aspecto fundamental a tener en cuenta en el ámbito organizacional es que se siga promoviendo la notificación anónima, no punitiva, para fortalecer la cultura del reporte, lo que permite que se deriven planes de mejoramiento con acciones correctivas y preventivas.

Es imprescindible, además detectar conductas negligentes, de impericia, omisiones y descuidos, aspectos que se pueden tratar con la educación permanente y el trabajo en equipo.

En el contexto individual, es necesario que cada profesional de enfermería realice una reflexión continua sobre su actuar, de tal manera que pueda identificar fallas y equivocaciones que desencadenen en EA, así como liderar acciones de mitigación y manejo adecuado en caso de que se requiera de su intervención

Toda organización, como sistema en sí mismo, requiere de una constante evaluación de sus procesos, con el fin de mejorar la calidad de éstos.

Es esencial lograr la toma de conciencia de situación de los equipos y la organización en su conjunto.

Para ello se requiere realizar un monitoreo continuo del entorno y los factores que intervienen en el proceso salud-enfermedad de los pacientes que reciben el cuidado.

Los sistemas de reporte de incidentes de seguridad constituyen una herramienta de gran valor para las instituciones de salud, porque no solo contribuyen en fortalecer la cultura de seguridad de sus integrantes, sino que también aporta información valiosa para quienes gestionan y administran los servicios de atención de enfermería.

El monitoreo continuo de los entornos en los cuales se aplica el cuidado, la protocolización de los procesos asistenciales y una adecuada preparación y entrenamiento del personal sanitario, constituyen la piedra angular en la gestión del cuidado seguro.

Recomendaciones: continuar desarrollando investigaciones a nivel local que midan la eficacia de acciones implementadas, y compartir resultados con las instituciones asistenciales y educativos, a los fines de implementar medidas que se adecúen a las necesidades locales en termino de SP.

Referencias

- Achury Saldaña, Diana, Rodríguez, Sandra Mónica, Díaz, Juan Carlos, Cavallo, Edhit, Zarate Grajales, Rosa, Vargas Tolosa, Ruby, & de las Salas, Roxana. (2016). Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. *Enfermería Global*, 15(42), 324-340. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200011&lng=es&tlng=es.
- Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico. SYREC 2007 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SYREC.pdf>
- AHRQ QI Research Version 5.0, Pediatric Quality Indicators 19, Technical Specifications. Pediatric Patient Safety for Selected Indicators. (sf) Disponible en: www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PDI/V50/TechSpecs/PDI_19
- Aibar L, Rabanaque M, Aibar C, Aranaz J.(2015). Patient safety and adverse events related with obstetric care. *Arch Gynecol Obstet*; 291:825-830.
- Aiken, L.H.; Clarke, S.P.; Sloane, D.M. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA*. 288(16):1987-1993
- Aranaz JM, Aibar C, Gea MT, León MT. (2004). Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. *Med Clín (Barc)* 123(1): 21-5

Aranaz-Andrés J M, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A. (2011). Prevalence of adverse- events in the hospitals of five Latin American countries: results of the “Iberoamerican study of adverse events” (IBEAS). *BMJ Qual Saf* 20:1043-51.

Aranaz JM, Agra Y. (2010). La cultura de seguridad del paciente: del pasado al futuro en cuatro tiempos. *Med. Clin. Barc.*; 135 (supl.1): 1-2.

Aranaz J, Aibar Remon C, Vitaller Murillo J.(2006). Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización: ENEAS 2005 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Barr D. Hazards of modern diagnosis and therapy - the price we pay -. *JAMA*. 1955;159:1452-6.

Barrionuevo, Laura S., & Esandi, María E. (2010). Epidemiología de eventos adversos en el servicio de neonatología de un hospital público regional en la Argentina. *Archivos argentinos de pediatría*, 108(4), 303-310.
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752010000400003&lng=es&tlng=e

Bartolomé A, Gómez-Arnau JI, García del Valle S, Gonzalez-Arévalo A, SantaUrsula JA, Hidalgo I. (2006). Seguridad del paciente y sistemas de comunicación de incidentes. *Rev Calidad Asistencial*. 20(4):228-234

Bates DW, Boyle DL, Vliet MBV, Schneider J, Leape L. (1995). Relationship between medication- errors and adverse drug events. *J Gen Intern Med*. doi:10.1007/BF02600255

Brennan TA, Leape LL, Laird NM. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 324(6):370-6

Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG. (1981). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med. 304:638-42

Calidad de la atención: seguridad del paciente. Informe de la Secretaría. Organización Mundial de la Salud. Consejo Ejecutivo, 109ª reunión. Diciembre 2001. Disponible en: <http://www.who.int/gb/ebwha>.

Ceriani Cernadas JM, Bogado L, Espínola Rolón F, Galletti MF. (2019). Reporte voluntario y anónimo de errores de medicación en pacientes hospitalizados en un Departamento de Pediatría. Arch Argent Pediatr;117(6):e592-e597.

Davenport MC, Domínguez PA, Ferreira JP. (2017). Detección de eventos adversos en pacientes pediátricos hospitalizados mediante la Herramienta de Disparadores Globales Global Trigger Tool. Arch Argent Pediatr;115(4):357-363.

Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización ENEAS 2005(Internet). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.; c2005. Available from: <http://www.cancer-pain.org>

Fajreldines A, Schnitzler E, Torres S, Panattieri N, Pellizzari M. (2019). Medición de la incidencia de eventos adversos atribuidos a la atención sanitaria en un Departamento de Pediatría de un hospital universitario. Arch Argent Pediatr;117(2):e106-e109.

Gaitán H, Slava J, Garzón D, Rubio J, Forero J. (2005). Tamizaje de eventos adversos en atención obstétrica y del puerperio en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, Colombia. 2002-2003. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet] ;56(1):8-17. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74342005000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Grupo IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; (2010). Disponible en: https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/INFORME_IBEAS.pdf.

Guerrero-Aznar MD, Jiménez-Mesa E, Cotrina-Luque J, Villalba-Moreno A, Cumplido-Corbacho R, Fernández-Fernández L. (2014). Validación en pediatría de un método para la notificación y seguimiento de errores de medicación. *An Pediatr.*;81(6):360-367

Healthcare Commission. Improving services for children in hospital. 2007

Kaushal R, Bates DW, Landrigan C. (2001). Medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients. *JAMA*; 285:2114–20

Khon LT, Corrigan JM, Donaldson MS. (2000). eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press,

Leape L, Brennan T, Laird N. (1991). The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*; 324:377-84.

Losardo R.J, Binvignat-Gutiérrez O, Cruz-Gutiérrez R, Aja-Guardiola S. (2016). La anatomía y las prácticas adivinatorias en las antiguas civilizaciones. *Revista de la Asociación Médica Argentina*; 129 (2): 13-22

Malvárez S, Ferro R.(1991). Enfermero Pussin: reflexiones sobre un silencio en la historia de las ideas psiquiátricas. *Revista Argentina de Enfermería*, N° 28, Buenos Aires.

Matlow AG, Cronin CM, Flintoft V. (2011). Description of the development and validation of the Canadian Paediatric Trigger Tool. *BMJ Qual Saf* , 20(5):416-23.

Matlow AG, Baker GR, Flintoft V, Cochrane D. (2012). Adverse events among children in Canadian hospitals: the Canadian Pediatric Adverse Events Study. *CMAJ*; 184(13):E709-18

Mcnutt RA, Abrams R, Aron DC. Patient safety efforts should focus on medical errors. *JAMA*. 2002; 287: 1997-2001

Medication without harm: WHO's third global patient safety challenge. *The Lancet*., 2017;389(10080):1680-1681

Mjom, T B, An M, SEFH G de TT de la. (2013). Análisis de la implantación de prácticas seguras en los sistemas automatizados de dispensación de medicamentos. *Farm Hosp*, 37:469-81

Menéndez MD, Martínez AB, Fernández M, Ortega N, Díaz JM, Vázquez F. Walkrounds y Briefings. (2010). Mejoras en la seguridad de los pacientes. *Rev Calidad. Asistencial*. 25(3):153-160. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articuloiwalkrounds-i-ibriefings-i-mejora-seguridad-los-13150667>

Miller MR, Robinson KA, Lubomski LH, Rinke ML, Pronovost FJ. (2007). Medication errors in paediatric care: a systematic review of epidemiology and an evaluation of evidence supporting reduction strategy recommendations. *Qual Saf Health Care*. 16: 116-26.

Miller MR, Robinson KA, Lubomski LA. (2007). Medication errors in paediatric care: a systematic review of epidemiology and an evaluation of evidence supporting reduction strategy recommendations. *Qual Saf Health Care* 16:116–126

Ministerio de la Protección Social. (2008). Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Bogotá.

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2016). Estudio Nacional de Diagnóstico Institucional y Prevalencia de IACS. Mar del Plata.

Morales M, Gerometta R, Cialzeta J, Rivero M. (2020). Identificación y análisis de eventos adversos ocurridos durante la atención de embarazadas en un hospital de nivel III. *Rev Argent Salud Publica*. 12:e10.

Najaf-Zadeh A, Dubos F, Pruvost I, Bons-Letouzey C, Amalberti R, Martinot A. (2011). Epidemiology and aetiology of paediatric malpractice claims in France. *Arch Dis Child*. 96(2):127-130

NHS. National Patient Safety Agency. (2009). National Reporting and Learning Service. Review of patient safety for children and young people.

Nightingale F. (1991). *Notas sobre Enfermería: qué es y qué no es*. 2a ed. México: Salvat Editores (original publicado en 1946).

OMS Mas que palabras (2009). Marco conceptual de la Clasificación internacional para la seguridad del Paciente. Informe técnico (internet). Ginebra: Disponible: https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). "Medidas mundiales en materia de seguridad del paciente. Informe del director general. 144º reunión del Consejo Ejecutivo. Punto 6,6 del orden del día provisional. EB 144/29. Disponible en Internet: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_29-sp.pdf

Organización Mundial de la Salud: Guía Curricular sobre Seguridad del Paciente. Edición Multiprofesional. Ediciones Universidad del Salvador (USAL). Buenos Aires, Argentina. 2014

Organización Mundial de la Salud. (2019). 10 datos sobre Seguridad del Paciente. <https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/patient-safety>

Organización Mundial de la Salud (2005). WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems From Information to Action. https://www.jeder-fehler-zaehlt.de/lit/further/Reporting_Guidelines.pdf [Links]

Organización Mundial de la Salud (2016). Minimal Information Model for Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255642/WHO-HIS-SDS-2016.22eng.pdf;sequence=1> [Links]

Otero P, Leyton A, Mariani G, Ceriani Cernadas JM. (2008). and the Patient Safety Committee. Medication errors in pediatric inpatients: prevalence and results of a prevention program. *Pediatrics* ; 122:e737-43.

Pennsylvania Patient Safety Authority. (2015). Medication errors affecting pediatric patients: Unique challenges for this special population. *Patient Saf Advis*; 12: 96-102.

Requena, J., Miralles, J.J., Mollar, J. y Aranaz., J.M. (2011). Seguridad clínica de los pacientes durante la hospitalización en pediatría. *Revista de calidad asistencial*, 26(6). en: http://apps.elsevier.es/watermarck/ctl_servlet

Rodríguez-Herrera R. (2016). Documento orientador de la gestión institucional de eventos adversos, PICSPCCSS.

Rodríguez-Herrera R, Mora EV, Yamaguchi-Díaz LP. (2018). Nuestra experiencia respecto al estudio IBEAS, retos y perspectivas. Boletín CONAMED-OPS; 4 (20): 36-37

Schimmel EM. The hazards of hospitalization. (1964). Ann. Intern. Med; 60: 100-110

Shaw KN, Lillis KA, Ruddy RM, Mahajan PV, Lichenstein R, Olsen CS, Chamberlain JM. (2013). Pediatric Emergency Care Applied Research Network. Reported medication events in a paediatric emergency research network: sharing to improve patient safety. Emerg Med J; 30(10): 815-19.

Selbst S, Levine S, Mull C, Brandford K y Friedman M. (2004). Preventing Medical Errors in Pediatric Emergency Medicine. Pediatr Emerg Care; 20(10):702-709.

Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. (2017). The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Paris: OECD; (<http://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>).

Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR. (2000). Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. Med Care., 38:261–71.

Tosta de Carvalho V, Cassiani Bortoli SH. (2001). Errores en la administración de medicamentos: análisis de situaciones relatadas por los profesionales de enfermería. Investig y Educ en Enferm; XIX. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105218301002>. ISSN 0120- 5307

Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T. (2010). Grupo de Trabajo EVADUR-SEMES. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias*; 22:415-428.

Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ. (2010). Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care*; 38:261-71.

Wegner W, Rubim E. (2012). La seguridad del paciente en las circunstancias de cuidado. *Rev Latino-Am Enferm.* [Internet]; 20(3):1-8. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es_a02v20n3.pdf

Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. (1955). The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust*;163 (9):458-76.

Uriel La Torre P. (2004). Influencia de la dotación de enfermeras en la aparición de efectos colaterales adversos que influyen en la morbilidad, mortalidad y en los costes sanitarios. *EnfermClin*;14(3):167-70.

Young P, Smith VH, Chambi MC, Finn BC. (2011). Florence Nightingale (1820-1910): 101 years after her death. *Rev Med Chil*;139(6):807-13. Doi: <http://doi.org/10.4067/S0034-98872011000600017>



Anexo 1

Formulario de Reporte de incidente de seguridad (formulario Google).

Reporte de Eventos Adversos S. Niños

Este reporte tiene carácter de anónimo y no es punible. En caso de querer aclarar su nombre y apellido, tiene la posibilidad de hacerlo.


Evento Adverso: Es un daño, una lesión o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, como consecuencia de problemas en la práctica, productos, procedimientos más que por la enfermedad subyacente del paciente.


Tipo de incidente

Incidente asociado a: *

- Medicación
- Infecciones asociadas a la atención de la salud
- Productos sanguíneos
- Nutrición (dieta)
- Oxígeno, gases y vapores
- Dispositivos médicos y equipos
- Procedimientos asistenciales
- Infraestructura e instalaciones
- Administración
- Cuidados




Siguinte



Sector que reporta *

- Planta Baja
- Sala de Internación- PB
- CEN
- SALA A
- 1er Piso Consultorios Externos
- UTI R
- UTI A
- Quirofanos Niños
- Neonatología
- Admisión Maternidad -3er Piso
- Quirofanos maternidad
- 4to Piso




Dispositivos médicos y equipos



incidente producto de *

- Falta de disponibilidad
- Inadecuado para la tarea
- Avería, mal funcionamiento
- Falla del producto

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Google no creó ni aprobó este contenido.
[Denunciar abuso](#) - [Condiciones del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)



Google Formularios

Sección final

Este reporte tiene carácter de anónimo y no es punible.

Nombre y Apellido *

Del paciente

Tu respuesta

Descripción del incidente *

Tu respuesta

Deseo que se comuniquen para saber el resultado del reporte *

Si

No

Medio de comunicación

Dejar un e-mail o teléfono de contacto

Tu respuesta

Atrás

Enviar