

# Seguridad en la atención de los pacientes

## Análisis de las estrategias aplicadas en un hospital pediátrico de alta complejidad



Por Nora Dackiewicz

**Médica Pediatra (UBA)**  
**Magíster en Economía y Gestión de la Salud (Universidad ISALUD)**  
**Coordinadora del Área de Gestión de Calidad (Hospital J. P. Garrahan)**

**Directora:**

**Dra. Zulema Bianconi (Universidad ISALUD)**

**Co-Directora:**

**Dra. Josefa Rodríguez (Hospital J. P. Garrahan)**

**Jurado Evaluador:**

**Dr. Dante Graña (Universidad ISALUD)**

**Dr. Alberto Dasso (Universidad ISALUD)**

**Mag. Miriam del Tránsito Galván (UNLA)**

La versión completa se encuentra disponible en el Centro de Documentación de la Universidad ISALUD

### 1. Introducción

El interés creciente por la posibilidad de ocurrencia de errores durante la atención a los pacientes ha propiciado el desarrollo de la seguridad en la atención médica, como un aspecto esencial en el área de la calidad. En este trabajo se presentarán y analizarán experiencias realizadas en el Hospital de Pediatría J.P. Garrahan, con el objetivo de brindar un aporte a la seguridad de la atención de los pacientes internados en la institución. Se describirán las características particulares de cada una de las experiencias y sus aportes: cultura de la seguridad de la institución, análisis del proceso de medicación, análisis del proceso de identificación de los pacientes, gestión de los errores en la atención y análisis de un proceso de capacitación del equipo de salud. Se concluyó sobre la factibilidad de implementación y el bajo costo de este tipo de experiencias, que se basan fundamentalmente en un cambio cultural más que en la incorporación de tecnología así como la necesidad del compromiso de los actores para el logro de cualquier estrategia de mejora en este campo.

El Hospital Garrahan es una institución de referencia como hospital público y en cuanto a la atención en pediatría. Por ser una institución sanitaria de alta complejidad con gran producción clínica, convergen múltiples factores que pueden influir directamente en los riesgos de ocurrencia de errores en la atención de los pacientes, con o sin daño.

El hospital tiene una enorme responsabilidad ante la sociedad, por los pacientes y familias que atiende (casi 20.000 egresos

anuales, 38.0000 consultas anuales), pero además, porque es un hospital donde se forman profesionales médicos y enfermeros que posteriormente replicarán conductas en otros ámbitos sanitarios: La seguridad es por lo tanto una prioridad y una responsabilidad del hospital.

Los resultados y conclusiones de este trabajo pretenden ser de utilidad para la gestión de calidad de otros hospitales, para el nivel directivo de los mismos, pero sobre todo, para la comunidad, teniendo en cuenta que todos somos, si no actuales, pacientes potenciales y como tales, objeto de posibles actos de atención.

## 2. Objetivos y Metodología

### Objetivo general:

- Identificar y analizar diferentes estrategias relacionadas con la problemática de la mejora de la seguridad en la atención médica en el Hospital Garrahan.

### Objetivos Específicos:

- Conocer y analizar el modo de abordaje de la cultura de la seguridad en la Institución.
- Analizar los procesos de medicación en los pacientes internados.
- Analizar la gestión de identificación de los pacientes.
- Analizar procesos de gestión de errores en la atención de los pacientes.
- Analizar estrategias de capacitación basadas en actividades de taller.

Para alcanzar estos objetivos se realizó un estudio descriptivo e interpretativo de cada una de las experiencias implementadas en el período en el periodo 2005- 2009, para contribuir a la mejora en la seguridad de la atención del Hospital Garrahan. Se trabajó en terreno con fuentes primarias, aplicando técnicas de entrevistas, encuestas y grupos focales , con registros y fuentes documentales del Hospital Garrahan.

## 3. Experiencias para la reducción de errores y la seguridad del paciente

### 3.1 Cultura de la seguridad institucional

Esta primera experiencia se fundamentó en la necesidad de indagar en la cultura organizacional como elemento clave para la implementación de cualquier intervención.

Desde esta perspectiva y con el objetivo de tener un diagnóstico de cultura de la organización, este enfoque se implementó mediante la aplicación de la encuesta de la Agencia de

Investigación y Calidad en Salud (AHRQ)<sup>1</sup> del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. El objetivo principal de las encuestas fue conocer las vivencias, opiniones y experiencias del personal frente al error y favorecer una cultura no punitiva que promueva la toma de conciencia acerca de los problemas de seguridad y riesgos en los procesos de atención.

Para ello se exploraron las experiencias individuales y grupales respecto del error en los procesos de atención, se indagó sobre las representaciones sociales y prácticas de los profesionales del equipo de salud acerca de la cultura del error y de la seguridad de los pacientes y se identificaron necesidades de información y capacitación en el equipo de salud respecto a esta problemática. Se aplicaron como técnicas de recolección de la información encuestas, entrevistas y grupos focales.

A partir de aplicar estos instrumentos de indagación, se relevaron ciertos problemas que los participantes consideraban relacionados con el error en el proceso de atención:

- Sobre-exigencia y excesiva demanda y volumen de trabajo.
- Deficiente trabajo en equipo, falta de comunicación, conflictos personales.
- Desconocimiento de los proyectos que algunos servicios (Farmacia, Hemoterapia) llevan a cabo para abordar el error.
- Ocurrencia de errores que perjudican directamente al paciente y sus familiares, a los profesionales y a la buena administración de los recursos del Hospital.
- Errores frecuentes en la prescripción y la administración de la medicación: dosis, vías, horarios. Relación entre los registros escritos y las prácticas. Olvidos de realización de procedimientos.
- Otros errores frecuentes: Errores de indicación, de organización del material descartable, de Laboratorio, errores quirúrgicos, errores de diagnóstico.
- Frecuencia de errores en días y horarios críticos: La guardia, la noche, la tarde, los fines de semana y feriados, los días de paro.
- Principales facilitadores del error: La sobrecarga de trabajo, cantidad de pacientes y tiempo de atención, el cansancio, la falta de conocimiento, la falta de comunicación y de trabajo en equipo, problemas con las sub-especialidades, escaso personal, cantidad de horas de trabajo, el multiempleo, la situación salarial, la falta de compromiso y de interés, el trabajo de los residentes, la “autosuficiencia” de algunos médicos, la complejidad de los pacientes, la relación con los familiares de los pacientes.

<sup>1</sup> La AHRQ, es la agencia federal líder encargada de conducir y apoyar la investigación para mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención de los hospitales estadounidenses. Ha financiado en los EEUU el desarrollo de esta encuesta de la cultura de la seguridad del paciente.

- Barreras que previenen o minimizan la ocurrencia de errores: Los filtros o alertas de los distintos profesionales y servicios (Farmacia) ayudan a evitar o detectar errores, pero no existe un control general sistematizado.
- Reconocimiento y actitudes frente al error: Se reconoce que los errores se cometen frecuentemente pero se tiene miedo de divulgarlos (mala praxis, imagen profesional). Se tiende a ocultarlos y a culpar al otro.
- Comunicación con los pacientes y familiares (padres): Las reacciones son diversas, pero en general no se aceptan los errores. Se cuestiona que a los padres se les comunique toda la información. La comunicación de los errores se relaciona con el conocimiento, la cultura y el nivel socioeconómico de los familiares.

Las respuestas obtenidas en este trabajo nos indican que:

- 44% tiene una percepción global de seguridad positiva cualquiera que sea el cargo que ocupe o la antigüedad en la institución.
- El grado de seguridad medido como “excelente /muy bueno, aceptable y pobre /malo” a nivel general en toda la institución es aceptable en el 44% de los encuestados. Es diferente si se observa por estrato, en el estrato de enfermería no se observaron diferencias entre los que lo consideraban aceptable con los que lo consideraban malo-pobre.
- 32% manifestó que “nunca/rara vez” reportaba los errores
- Las acciones para la promoción de la seguridad y las actividades para el aprendizaje y el mejoramiento son las que tuvieron las frecuencias más altas de acuerdo en todos los encuestados de la institución.
- Las dimensiones con percepciones negativas más frecuentes fueron la falta de comunicación acerca del error y el feed back por parte de la dirección de los cambios que se realizan cuando

se cometen errores, la existencia de cantidad adecuada de personal y la falta de apoyo de la dirección hospitalaria.

### 3.2 Medicación de los pacientes internados

Esta segunda experiencia se fundamentó en la necesidad de indagar en el proceso de medicación como otro elemento clave para la atención segura de los pacientes. Desde esta perspectiva se analizó el proceso de medicación, desglosando cada uno de sus pasos, con el objetivo de tener un diagnóstico aproximado de los errores potenciales que pueden ocurrir en la etapa de prescripción (cuadro 1).

Se utilizó una planilla diseñada para tal fin adaptada a las clasificaciones de grupo terapéutico del vademécum del hospital y bibliografía. Se registraron los errores en una planilla de cálculo y se ordenaron según: dosis, falta de datos en el chasis, frecuencia, drogas con nombre parecido, vía de administración, duplicidad terapéutica, paciente equivocado, abreviatura, forma farmacéutica inadecuada, error por omisión

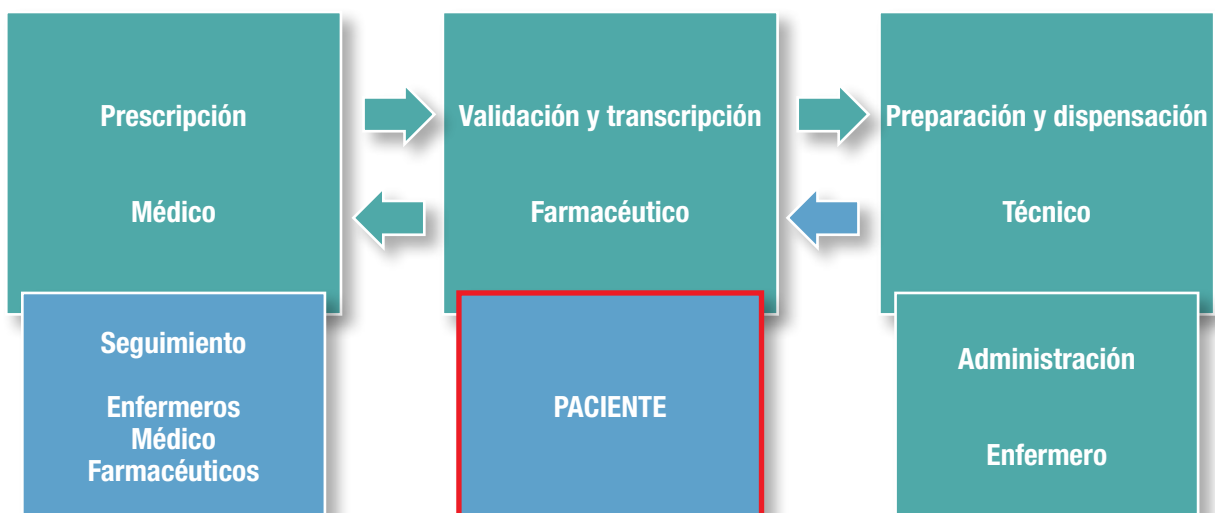
Luego se clasificaron los errores según grados de severidad potencial, en tres niveles:

- Potencialmente fatal (concerniente a la mortalidad).
- Potencialmente serio (concerniente a morbilidad).
- Potencialmente significativo (mínima o ninguna morbilidad).

De un total de 6208 indicaciones relevadas se encontró que:

- Total de indicaciones con error: 1.701 (27%)
- Promedio de indicaciones por paciente: 8,3
- La mayoría de los errores fueron potencialmente significativos (99,9%), el 0,1% potencialmente serio y no se registro ningún error potencialmente fatal
- El porcentaje de indicaciones con error (27%) fue comparable con la bibliografía.

**Cuadro 1**  
**Proceso de medicación**



Fuente: Elaboración propia.

Los errores con poca significancia en cuestiones de severidad, pueden resultar peligrosos si son muy repetidos porque tienen mayor probabilidad de producir daño.

Analizados en orden de frecuencia se obtuvieron estos resultados (cuadro 2):

- La prescripción por nombre comercial (28%) incumple la ley de medicamentos genéricos y las normas internas del hospital.
- La falta de datos en el chasis (17%), en especial el peso, dificultó el control de las dosis indicadas.
- Las abreviaturas como por ejemplo DFH, (difenilhidantoina, difenhidramina), pueden ocasionar confusiones entre las distintas drogas.
- Los errores en la vía de administración (12%) y frecuencia de administración (10%), se relacionaron fundamentalmente con las formas farmacéuticas locales.
- La falta de precauciones en vía de administración (8%) estuvieron mayormente asociadas a sulfato ferroso vía oral y ranitidina e ibuprofeno inyectables.
- En cuanto al error de dosis por defecto (3%), dosis en exceso (1%), unidades incorrectas (2%) representan en conjunto error de dosificación (6%), y se relacionan con drogas como el sulfato ferroso, levotiroxina y formas farmacéuticas líquidas de distintas concentraciones indicadas en mililitros como cisapride, o fracción de comprimidos.

### 3.3 Identificación de los pacientes

La necesidad de identificación de los pacientes dentro de las instituciones de salud, es una de las condiciones necesarias para brindar atención segura. En el plan de identificación para todos los pacientes, el proceso de identificación se desglosa en otros 3 subprocesos, que requieren participación interdisciplinaria.

- 1<sup>er</sup> subproceso:

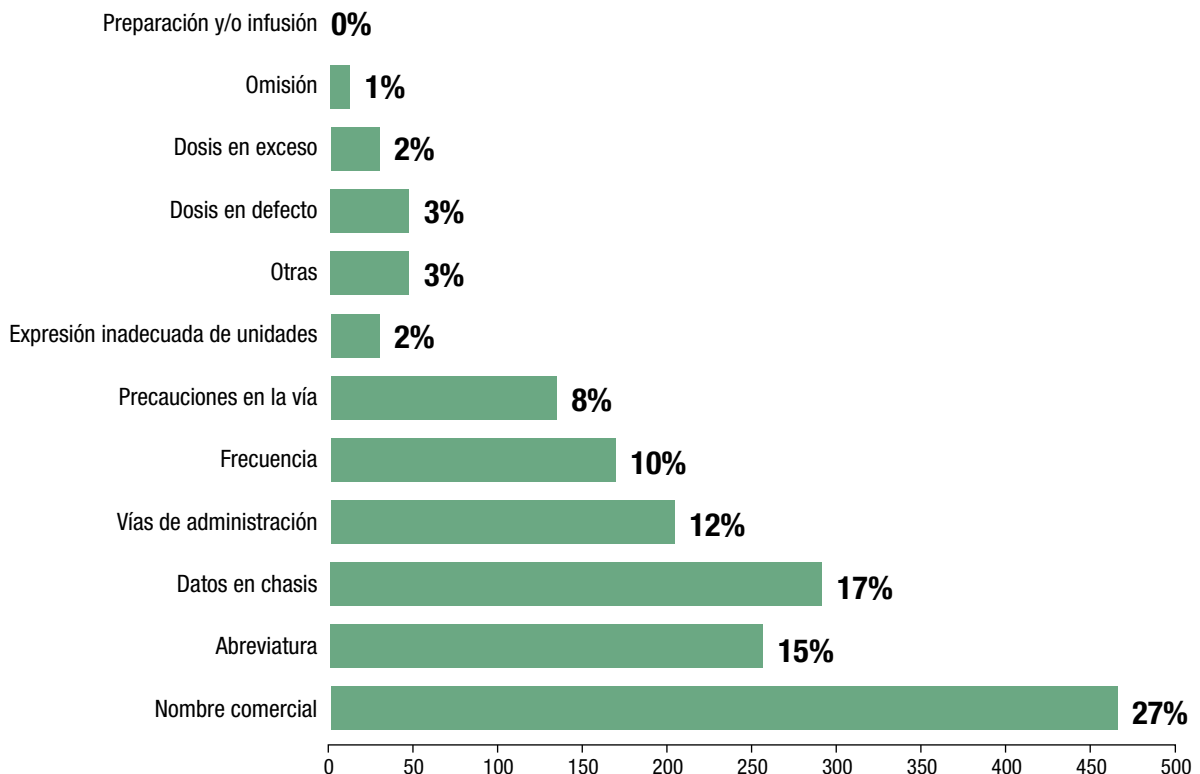
ADMISIÓN:	ENTREGA:	ENFERMERÍA:
Emisión de pulsera identificatoria que se adjunta a la HC en el momento del trámite de internación.	La madre entrega la pulsera junto con la HC a la enfermera en el momento que ingresa a la sala.	Colocación de la pulsera en el momento de tomar los primeros controles.

- 2<sup>do</sup> subproceso: mantenimiento de la identificación durante la internación:

En caso de que la pulsera deba ser retirada, por diversos motivos (colocación de vías en ese miembro, porque se ha despegado, porque se ha vuelto ilegible, etc.), deberá ser nuevamente colocada por el enfermero del turno.

- 3<sup>er</sup> subproceso: retiro de la pulsera identificatoria por el personal de seguridad al egreso del hospital.

**Cuadro 2:**  
**Distribución de los errores de prescripción (n: 1701)**



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Área de Farmacia. Comité de Riesgo. Área de Calidad. Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

Surge del análisis bibliográfico y existe suficiente evidencia que la identificación correcta de todos los pacientes en el hospital debe llegar a ser una práctica de rutina, fundamental para evitar o prevenir errores durante la atención médica. La identificación de los pacientes debe ser universal dentro de la institución, abarcando no sólo a los pacientes quirúrgicos, sino a la totalidad de los pacientes que ingresan a la institución. La pulsera identificatoria debe tener información clara y relevante sobre los pacientes y debiera su diseño adaptarse a cada Hospital, la utilización de tecnología con el objetivo de identificación de los pacientes es deseable y posible, actualmente la más aceptable es el sistema de código de barras. Así también es necesario evaluar o tener evidencia de otras tecnologías (por ejemplo, de biotecnología) antes de implementarlas, además de valorar la relación costo beneficio.

### 3.4 Gestión de los errores en la atención: Eventos Centinelas

En este caso se buscó identificar la ocurrencia de eventos adversos de la organización como factor clave para la planificación de acciones preventivas y evitar errores futuros.

Se consideró el análisis de eventos centinelas, que se definen como eventos inesperados que producen muerte, daño físico o psíquico serio, o “el riesgo de”. Se entiende por daño serio la pérdida de un miembro, órgano o función.

Estos eventos son llamados “centinela” porque señalan la necesidad de una investigación inmediata y una respuesta institucional. Los objetivos del análisis de estos eventos son:

- Generar un impacto positivo en la calidad del cuidado del paciente, y en la prevención de eventos centinela.
- Focalizar la atención de la organización que ha experimentado un evento centinela en la investigación de las causas subyacentes de tal evento, con el objetivo de cambiar los sistemas y mejorar los procesos para evitar la reiteración del mismo.
- Mejorar el conocimiento general sobre eventos centinela, sus causas y estrategias de prevención.
- Mantener la confianza del público y de las organizaciones de acreditación

De esta clasificación, las muertes *evitables o no oportunas*, constituyen eventos centinela a los que el hospital tiene el deber de realizar un análisis de riesgo. A partir de la creación del Comité de Seguridad, muchos de estos eventos centinela le son remitidos para ser analizados, y se pretende que esta práctica llegue a formalizarse sistemáticamente.

### 3.5 Proceso de capacitación del equipo de salud

La capacitación de los miembros del equipo de salud, desde el punto de vista de los conocimientos y lo actitudinal, resulta un

elemento esencial para brindar una atención médica segura y con la máxima calidad. Desde esta perspectiva y con el objetivo de concientizar y mejorar la formación del personal en la temática *seguridad y calidad en la atención*, se diseñaron y desarrollaron talleres de fortalecimiento de competencias en estos temas para médicos y enfermeros. Los objetivos principales de esta experiencia fueron:

- Contribuir a la cultura de la seguridad de la institución en el personal de enfermería, y médicos residentes.
- Aumentar el conocimiento de enfermeros y médicos en temas relacionados a la posibilidad de error por administración de medicamentos, complicaciones de los medicamentos y efectos adversos de drogas.

En cada taller se tomó una evaluación antes de comenzar y otra al final, para evaluar el aprendizaje de contenidos.

El principal resultado (o la mayor dificultad) de esta experiencia, fue la convocatoria y el ausentismo de los inscriptos. Por tratarse de un hospital con muchos empleados, y mucha carga de trabajo, no fue sencillo que los agentes concurren a los talleres en forma voluntaria. En cuanto a los resultados medibles de la experiencia, mediante la doble evaluación de cada taller, se pudo evidenciar mejor tasa de respuesta en la segunda evaluación en comparación con la primera. Sin embargo es muy prematuro y no es posible con los datos poder afirmar que esta intervención tiene un impacto medible en la tasa de errores en la atención.

## 5. Conclusiones

Cada una de las estrategias y experiencias analizadas contribuye con un aporte particular y singular a los procesos de seguridad en la atención de los pacientes. Conocer la cultura organizacional en torno a la seguridad de los pacientes es fundamental y clave para incorporar procesos que reviertan los puntos críticos. Así también es estratégico el estudio de los errores, la gestión de riesgos y el análisis de eventos centinelas como herramientas para minimizarlos, revertirlos o erradicarlos.

La integración interdisciplinaria (sumando al personal administrativo), el desarrollo de programas de fortalecimiento de competencias del equipo de salud y las fluidas comunicaciones entre servicios contribuyen a mejorar los procesos de atención.

Dos condiciones fundamentales que deben cumplir las medidas de seguridad son la factibilidad de su implementación, y ser de bajo costo. Las experiencias analizadas reúnen estas condiciones en tanto no requieren erogaciones especiales, ni la compra de materiales específicos. Por último, surge de este trabajo el rol clave de los actores, por ser quienes ejecutan las acciones asistenciales cotidianamente: es fundamental incluir siempre sus perspectivas involucrándolos en todas las etapas

de los procesos, para facilitar los procesos de internalización de las buenas prácticas.

En la tabla 1 se muestran de manera sintética las experiencias

analizadas en los puntos anteriores. Los *logros* son resultados que no habían sido definidos como objetivos, pero cuya importancia obliga a pensar en nuevas estrategias y técnicas de integración.

**Tabla 1:**  
**Distribución de los errores de prescripción (n: 1701)**

Estudio de la cultura de la seguridad institucional	Proceso de medicación	Gestión de identificación de los pacientes	Gestión de errores en la atención.	Proceso de capacitación del equipo de salud
Estudio cualicuantitativo (encuestas, entrevistas, grupos focales) para identificar los valores de la institución en relación a la seguridad de los pacientes.	Estudio del proceso de medicación en los pacientes internados, evaluación comparativa con a las referencias bibliográficas y clasificación por tipo y efecto de errores.	Estudio de la evolución del proceso de identificación de los pacientes de la institución.	Estudio sobre las técnicas utilizadas en la gestión de errores y la contribución de estrategias de eventos centinelas.	Estrategia centrada en la realización de talleres para la capacitación del equipo de salud en temas de seguridad en la atención.

**Logros**

Permitió instalar el tema seguridad masivamente en la institución.	Contribuyó a mejorar la integración interdisciplinaria del equipo de salud.	Contribuyó a mejorar la integración del equipo de salud con los procesos administrativos.	Contribuyó a cambiar el enfoque punitivo de la organización por un enfoque analítico y preventivo con respecto a los errores y fallas.	Contribuyó a mejorar la integración y la comunicación, y encontrar nuevos puntos críticos a discutir. Se consolidó un espacio donde poder analizar los problemas referentes a la seguridad del paciente.
--	---	---	--	--

**Desafíos**

Podría plantearse que el mayor desafío es lograr en el equipo de salud la conciencia de que la atención médica, en todos los niveles, pero especialmente en el marco de un hospital de alta complejidad, es una actividad de riesgo, y por lo tanto cada una de las prestaciones brindadas debe efectuarse en el marco de la calidad total y tratando de garantizar la seguridad de los pacientes. Es necesario incorporar barreras en los sistemas y procesos que impidan o hagan muy difícil la ocurrencia de errores, y hábitos proactivos que permitan anticipar las fallas.

**Bibliografía**

- 55ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD WHA55.18 Punto 13.9 del orden del día 18 de mayo de 2002: Calidad de la atención: seguridad del paciente.
- H R Clinton, B Obama: Making Patient Safety the Centerpiece of Medical Liability Reform, N Engl J Med 354, 2006.
- J R Meurer, H Yang et al: The Wisconsin Medical Injury Prevention Program Research Group". Medical injuries among hospitalized children. Quality and Safety in Health Care 2006; 15:202-207.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO): 2006 National Patient Safety Goals , Joint Commission, Oak Brook Terrace, IL, 2006.
- Revisions to Joint Commission standards in support of patient safety and medical/health care error reduction. Oak Brook Terrace, IL, 2001.
- FJ Martínez López, JM Ruiz Ortega: Concepto y metodología de la gestión de riesgos sanitarios. En: FJ Martínez López y JM Ruiz Ortega (eds): Manual de gestión de riesgos sanitarios. Díaz de Santos, Madrid 2001.
- Z Ortiz, Z G Berenstein G, ME Esando , M Confalone, M DeLuca, K Faccia , N Carbonelli, N Rodriguez, H Uriarte, C Trill, L Damiani, N Dackiewicz, E Pogonza , A Vidal: Implementación de un programa para el mejoramiento de la seguridad en la atención médica de pacientes. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires, 2007.
- M J Otero López: Errores de medicación y Gestión de Riesgos. Rev. Esp. Salud Publica v77 nº5. Madrid, 2003.
- Pennsylvania Patient Safety Authority: Use of color-coded patient wristbands creates unnecessary risk Patient Safety Advisory Supplement, Vol 2, Sup 2. Harrisburg, 2005.