





# SEGURIDAD DEL PACIENTE

**Errar  
es  
Humano**

La preocupación por la seguridad del paciente en los servicios sanitarios ha adquirido una dimensión mundial y se ha incorporado a las agendas políticas desde entonces, no sólo los gobiernos sino también las organizaciones internacionales han desarrollado iniciativas para apoyar estrategias que contribuyan a la mejora de la seguridad de los pacientes en todo el mundo.



Hospital Nacional de Niños  
BENJAMIN BLOOM

Dr. Carlos Gabriel Alvarenga  
DIRECTOR EDITORIAL

Lic. María José Mojarás  
SUB DIRECTORA  
EDITORIAL

COORDINADORA:  
Wendi Valle

DISEÑADOR GRAFICO Y  
CORRECTOR DE ESTILO:  
Gustavo Portillo

ASISTENTE:  
Alirio Burgos

PERIODISTAS:  
Karla Panameño  
Claudia Rodríguez

FOTOPERIODISTAS:  
Maritza López  
Kenia Martínez

REDACTOR:  
Nancy Quintanilla

EDITOR:  
Rocío Roque



# INDICE

Editorial.....

De que estamos  
hablando.....

Acciones para  
mejorar la  
seguridad.....

Salud una  
prestacion  
peligrosa.....

Origen de  
Seguridad  
del Paciente.....

Fortalezas  
y amenazas.....

Como construir  
una cultura.....

El error humano.....

Entrevista.....

Frecuencia  
y proporcion  
de efectos  
adversos.....

## Acciones básicas para mejorar la seguridad del paciente

Gustavo Portillo

1- IDENTIFICACION DEL PA-  
CIENTE.

Diremos que una causa impor-  
tante de la generación de inci-  
dentes es la tendencia a resumir  
ubicaciones, nombres completos  
y características de los pacientes.

2- MANEJO DE MEDICAMEN-  
TOS

El manejo de medicamentos con-  
lleva riesgos que puedan dar lugar  
a graves, siempre hay que verificar  
que sea: Paciente correcto, medi-  
camento correcto, vía correcta;  
dosis correcta y rapidez correcta.

3- COMUNICACIÓN CLARA

Esto depende de identificar cla-  
ramente a la persona a quien se  
dirige la comunicación. Se debe  
considerar lo siguiente: hable  
correctamente, en lo posible use  
terminología estandarizada, ser  
claro, específico y oportuno y no  
utilizar símbolos.

4- USO DE PROTOCOLOS Y/O  
GUIAS DIAGNÓSTICAS.

El no apegarse a protocolos y  
guías diagnosticas es fácilmen-  
te origen de un incidente, de la  
misma manera, la ausencia de un

protocolo o lineamiento apropia-  
do puede dar lugar a efectuar un  
procedimiento no idóneo, es pre-  
ciso en tal caso que se desarrolle  
un protocolo adecuado.

5- FACTORES HUMANOS

El factor humano es un compo-  
nente que por lo general, esta pre-  
sente en los incidentes y eventos  
adversos, debemos conocer y ad-  
mitir nuestros límites y carencias  
para no afectar el funcionamiento  
de los sistemas de los cuales for-  
mamos parte.

6- CLIMA DE SEGURIDAD  
PARA EL PACIENTE

Al efectuar cambios del personal  
medico involucrado produce fal-  
ta de camaradería e inadecuada  
integración de un equipo de tra-  
bajo, a su vez esta situación y la  
carencia de empatía impiden la  
existencia de un clima de seguri-  
dad para el paciente.

El practicar estas acciones nos fa-  
cilitará el realizar nuestro trabajo  
cotidiano, conteniendo riesgos,  
alineando esfuerzos y potencian-  
do el brindar una atención con  
calidad.

# EDITORIAL

La preocupación por la seguridad del paciente en los servicios sanitarios no es un tema nuevo, ya que los primeros estudios datan de 1950, pero lo cierto es que en los últimos cinco años, desde que el Instituto de mayor Medicina de los Estados Unidos publicó el libro «To err is Human: building a safer health system» en 1999, el problema ha adquirido una dimensión mundial y se ha incorporado a las agendas políticas y al debate público, desde entonces, no sólo los gobiernos sino también las organizaciones internacionales han desarrollado iniciativas para apoyar estrategias tanto nacionales como internacionales que contribuyan a la mejora de la seguridad de los pacientes en todo el mundo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la 55 Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en el 2002, aprobó la resolución WHA55.18 en la que se insta a los estados miembros a prestar «la mayor atención posible al

problema de la seguridad del paciente» y a establecer y consolidar «sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología» En dicha resolución los estados miembros de la OMS pedían a la Organización que tomara la iniciativa para definir normas y patrones mundiales, alentar la investigación y apoyar el trabajo de los países para concebir y poner en práctica normas de actuación concreta.

Para poder lograr nuevas estrategias en materia de seguridad al paciente, es necesario una reflexión profunda, y un compromiso de todos, acerca de la atención médica y seguridad a los pacientes en nuestro país. Esperamos que esta publicación contribuya a desarrollar una cultura hospitalaria de seguridad a nuestros pequeños pacientes.

## Ejercicio 1



**¡Advertencia!**  
**Analice cuidadosamente la fotografía...**



De la imagen superior, ¿Puede usted observar alguna condición que pueda ser considerada como inadecuada, peligrosa y/o evitable?

• Haga sus observaciones y compare sus resultados con nosotros en el siguiente número.

### Resultado del ejercicio 1

Como pudieron percatarse en la imagen, las presentaciones son muy similares en cada caso tanto en el envase plástico como en la ampolleta de cristal pero el uso y resultados de la posible aplicación de agua inyectable es muy diferente al de la aplicación del cloruro de potasio. (Piense usted en las posibilidades). O imaginemos que la confusión se da entre el cloruro de potasio y la aminofilina. Las causas que propician dicha confusión son: almacenamiento en sitios contiguos o en el mismo espacio, prisa, fatiga, situación de urgencia (en el carro rojo hay gran número de medicamentos y algunos de presentación similar)



### Recomendaciones:

- Lea cuidadosamente el medicamento que va a aplicar
- Verifique el nombre del medicamento que va a aplicar
- Vuelva a verificar.
- No almacene medicamentos de apariencia similar en el mismo estante.
- En la medida de lo posible evite tener medicamentos concentrados sin resguardo.



# ORIGEN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Alirio Maradiaga

*El actual movimiento mundial de seguridad del paciente alcanzó relevancia cuando en 1999 el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos publicó un informe denominado "Errar es Humano: Construyendo un Sistema de Seguro de Salud"*

Es un informe emitido en noviembre de 1999 que han dado lugar a una mayor conciencia de los errores médicos; El informe se basó en el análisis de múltiples estudios por una variedad de organizaciones y concluyó 98.000 personas mueren cada año como resultado de no prevenir los errores médicos. actualmente promovido en la mayoría de los países del mundo por gobiernos, asociaciones médicas y organizaciones relacionadas con los procesos de salud, incluida la Organización Mundial de la Salud, quien desde el año 2004 creó la "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente". En América Latina el primer documento nacional que estableció oficialmente una política de seguridad del paciente fue el denominado "Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente" promulgado en Colombia por el Mi-

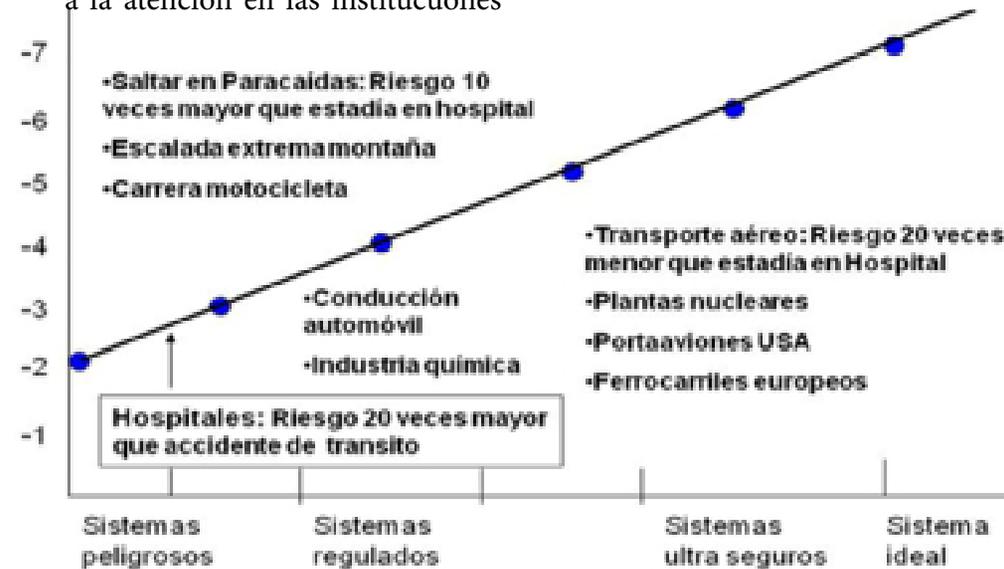
nisterio de la Protección Social de Colombia en junio de 2008 Las más relevantes organizaciones que promueven la calidad de los servicios de salud en el mundo han propuesto iniciativas para incrementar la seguridad de la atención en salud a los pacientes e impactar en la disminución de la ocurrencia de los eventos adversos en las instituciones de salud.



## ¿ La prestación de salud ..... es una actividad peligrosa ?

Cuando un paciente consulta en un centro hospitalario, es para recibir atención médica y poder curarse de sus dolencias, ninguno de ellos considera que al recibir esta atención, pueda sufrir algún tipo de daño. Pero, es real esta aseveración? o por el contrario, la prestación de salud, es una actividad peligrosa, que entraña diferentes riesgos. Diferentes estudios, y la misma experiencia del personal de salud, nos corroboran, esta teoría, y demuestran los riesgos inherentes a la misma. Existen cientos de informes y estudios, que reportan efectos adversos atribuibles a la atención en las instituciones

de salud. Esta aseveración, queda evidente en el estudio realizado por la Australian Patient Safety Foundation, en el año 2000 donde describe la relación de riesgos de la atención en hospitales, con actividades de mayor riesgo. En esta observamos que recibir atención en un hospital, tiene inherente un riesgo 20 veces mayor que sufrir un accidente de tránsito, o existe un riesgo menor el trabajar en una planta nuclear o en un portaaviones de EEUU, superando este riesgo, solo actividades como saltar en paracaídas o una escalada extrema de montaña.



Australian Patient Safety Foundation. Dept. of Health. 2000

## ¿De que estamos hablando?

*Ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, de riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria.*

Según la agencia para la calidad e investigación en salud de los estados unidos se entiende por seguridad del paciente al conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reduce la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos. ¿A que se refiere este concepto? Si queremos dar una atención segura no podemos separar el qué, quién, y cómo, siendo necesario inclusive en algunas ocasiones incluir el cuando. El qué y el quién nos hablan de estructura, con que infraestructura con que material vamos hacer un procedimiento, en que momento. El diseño tanto estructural como el de

los procesos debe ser pensado para poder contener los riesgos y de esta manera reducir la probabilidad de que se presente un evento adverso. ¿y que es un evento adverso? Para el centro nacional de seguridad del paciente de EEUU es aquel incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado que ocurre en asociación directa con la prestación de atención.

## Ejercicio 5



De las imágenes expuestas: ¿Cree usted que haya un patrón? Si es el caso, ¿Cree usted que es peligroso? ¿Por qué? Haga sus observaciones y compárelas con nosotros en el siguiente número.



### RESULTADO DEL EJERCICIO 4

El "CARRO ROJO" es un equipo de uso no demasiado frecuente, pero en el momento en que se necesita debe ser posible trasladarlo y ser utilizado sin demora ni complicación alguna; en la imagen podemos observar que el carro tiene descansando sobre el desfibrilador una caja voluminosa de suministros hospitalarios, situación que demorará su traslado, además, hay dos cajones semiabiertos, lo cual puede redundar en exposición al polvo y a la luz de medicamentos, finalmente se puede inferir que si una pieza tan importante del equipo no está en condiciones operativas idóneas, otras áreas tampoco mantendrán condiciones de seguridad, y lo mismo podemos concluir de los procedimientos internos.

#### Recomendaciones

1. Mantenga el carro rojo en buenas condiciones.
2. Verifique cotidianamente
  - a) Que no tenga obstáculos para su adecuado desplazamiento o utilización.
  - b) Que su contenido esté completo y vigente (reemplazar medicamentos caducados).
  - c) Que los medicamentos puedan identificarse fácilmente.



# Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente

Gustavo Portillo

Es conocer las barreras y oportunidades que los profesionales de medicina detectan en su práctica clínica para el pleno desarrollo de la cultura de la Seguridad del Paciente que permite identificar posibles líneas de investigación futuras.

En lo que respecta a las amenazas se encuentran algunas barreras identificadas que giran en torno a:

- 1) la posición corporativa de los profesionales;
- 2) la organización e infraestructura con una gran variabilidad;
- 3) la gran presión asistencial;
- 4) la escasa protocolización y ausencia de un liderazgo auténtico en seguridad;
- 5) la falta de indicadores fiables y aceptados;
- 6) la falta de comunicación y de cultura de seguridad

Es muy necesario también mencionar las fortalezas y oportunidades:

- 1) cambio organizacional;
- 2) fomento de la cultura de seguridad;
- 3) formación y desarrollo profesional;
- 4) relación con los pacientes,
- 5) investigación;
- 6) planificación estratégica.

La medicina está consciente de la complejidad y del desafío que desprende la disposición para asumir el liderazgo en seguridad, teniendo como elementos imprescindibles la formación, la investigación, la práctica basada en evidencias y la idea de que la seguridad del paciente es la seguridad de todos nosotros.



# ¿Como construir una nueva cultura?

Wendi Ramos

*Los médicos deben tomar en cuenta que para establecer una nueva cultura se debe tratar la manera de observar que lo que separa a los pacientes del "mejor cuidado en salud" no es una pequeña zanja, sino una gran grieta.*

Grieta que busca soluciones urgentes que en parte dependen de cómo los médicos, enfermeros y otros trabajadores de la salud diseñan, los procesos y los recursos. A veces se usa poco lo que sirve (sub-utilización), se usa demasiado lo que no sirve (sobre-utilización) o no ponen los recursos en quienes los necesitan (uso inadecuado).

Es necesario que se identifique el primer problema que en este caso somos nosotros mismos; cuesta mucho modificar nuestras creencias personales. Y muchas personas pueden no estar de acuerdo en la necesidad de abandonar la medicina artesanal basada en la experiencia y el conocimiento personal para adoptar la medicina profesional, basada en la experiencia y con medición de resultados.

El segundo problema es que la evidencia está pero: 1) No hay evidencia para todo, 2) De modo que "la mejor evidencia" está al alcance de la mano, el problema está en cómo llevarla a la

población. Este es el desafío de la mejora de los procesos clínicos, en el que se deben involucrar a los que directamente participan en la atención de los pacientes.

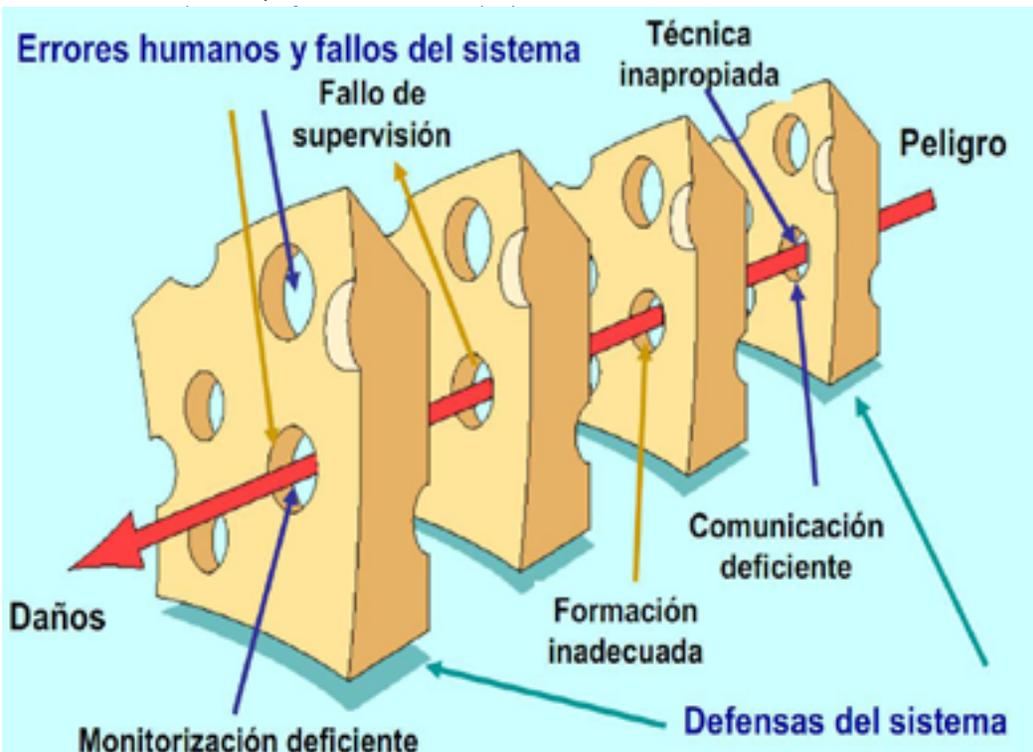
Este proyecto, que se lleva a cabo en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom forma parte de mejoras en calidad de la asistencia clínica ofrecer el "mejor cuidado en salud" a nuestros pacientes no debe ser sólo un deseo, sino una estrategia. Existen herramientas de "Mejora Continua de la Calidad" que, aplicadas en los servicios de salud, llevan a que el personal involucrado trabaje cada día mejor (haciendo que sea fácil que las cosas se hagan bien). Queremos generar en nuestra institución el cambio cultural necesario para optimizar los procesos médicos, la calidad asistencial y la satisfacción del paciente, convirtiendo al Hospital Bloom en un centro asistencial efectivo, seguro y prestadores en salud.

# El error humano no es una causa sino una consecuencia

*Al considerar el mecanismo de ocurrencia de un error, éste es inducido por algo, por lo tanto hay que tener en cuenta, no el hecho del "descuido" sino "la causa por qué ocurrió tal descuido".*

Cada agujero del queso esta ocupando un lugar donde debería haber queso, cada agujero significa menos queso si añadiéramos mas queso como consecuencia también añadiéramos más agujeros, vivimos en un Gran Queso Agujerado que por convención será llamado El Gran Queso del Universo. El sentido de nuestra existencia podrá ser encontrado una vez descubiertos todos los agujeros del Gran Queso del Univer-

posibles. Pero ¿seríamos capaces de soportar todo? Y de así serlo ¿seríamos capaces de soportar el verdadero sentido de nuestra existencia? Pues es esta una impresión jamás antes experimentada en todo el Gran Queso, el cual podría provocar un nuevo agujero donde se concentraría, en un pequeño espacio, la sensación de una verdadera felicidad.



“

La seguridad del paciente es algo que tiene que estar en la mira de todo el personal del hospital”

Karla Panameño

*Realizamos una entrevista con el Dr. Carlos Alvarenga, cirujano pediatra que actualmente esta promoviendo el tema de la Seguridad del Paciente en el-Hospital Benjamin Bloom*

## PERFIL

Dr. Carlos Gabriel Alvarenga es Cirujano Pediatra, graduado de la Universidad Evangélica en 1990, tiene trabajando en el hospital 19 años, posee una Maestría en Gestion de la Calidad, y diferentes diplomados en Administracion Hospitalaria, Educacion en Salud, Bioetica y Afectividad, actualmente tiene a su cargo la Unidad de Comunicaciones y Asistencia Social del Hospital Bloom.

¿Cómo nace el proyecto en Hospital Bloom?

El proyecto tiene muchos años de estar en el ámbito mundial, en nuestro caso, hace algunos años, tuve la oportunidad de viajar a Japón y tuve la suerte de compartir con Kagano, nos cuenta su historia, era un controlador aéreo en el aeropuerto de Tokio, que erróneamente proporciono coordenadas erróneas que estuvieron a punto de causar un accidente aéreo, a partir de esa experiencia renuncio y estudio profundamente las raíces del error humano, esto hizo que se convirtiera un experto en el tema, trabajo en la industria y luego en salud, allí se dio cuenta se dio cuenta de los grandes riesgos en el tema de la seguridad del paciente.



¿Trabajan otros hospitales nacionales con el mismo tema?

Si, entiendo que hay otros hospitales como el Seguro Social, el Ministerio de Salud también lo tiene en agenda, hay una mayor necesidad de implementar ese tema en nuestros hospitales.

¿Cómo se pretende capacitar a todos los empleados del hospital? La seguridad del paciente es algo que tiene que estar en la mira de todo el personal del hospital, en cuanto a la capacitación tiene que ser un esfuerzo integral entre todos estos sectores para poder desarrollar una cultura.

¿Cuáles son los costos de este proyecto para el hospital?

Los costos son variables en la medida en que nosotros vayamos implementando el programa, lo que se realizan son capacitaciones al personal que tienen mas relación con los pacientes. En la medida que nosotros vayamos capacitando vamos a encontrar mayor sensibilización.

¿En cuanto tiempo piensan implementar este proyecto?

El proyecto tiene que iniciar y quedar permanente, hay que sistematizarlo en el tiempo, yo considero que en el transcurso de los próximos meses vamos a iniciar con algunos servicios principalmente con la sala de operaciones, la unidad de emergencia por ser

áreas donde existen mas riesgos.

¿Quiénes más están involucrados?

Las autoridades principales, la unidad de capacitación y las jefaturas estaríamos iniciando el proyecto.

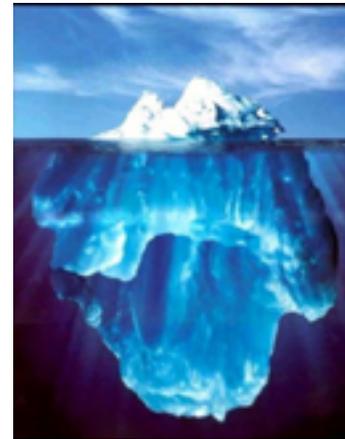
¿De qué países se tomaron las ideas?

Hay muchos países que tienen experiencias en este tema como Estados Unidos, España, también México, Costa Rica y de igual manera hemos tenido la oportunidad de conocer las experiencias que Japón tiene con la Seguridad del Paciente, de hecho algunos ejemplos que nosotros brindamos en las capacitaciones son directamente del sistema implementado por Japón.

Que comentarios hay sobre Alianza mundial de seguridad al paciente

Es una iniciativa muy buena porque esta promoviendo el tema mundialmente a través de los Ministerios de Salud en todos los países, abriendo las puertas y adquiriendo experiencias para aplicarlas, lo que se esta pretendiendo hacer son estrategias globales y sistemáticamente implementadas en la mayoría de centros hospitalarios.

# Frecuencia y proporción de los efectos adversos



*El tema de seguridad del paciente, es un problema oculto en las instituciones de salud, esto podría considerarse un efecto iceberg. Los estudios han establecido que por cada Efecto Adverso Grave, existen 30 Efectos Adversos Leves y 300 Incidentes, es decir errores que no provocaron daño alguno. Un efecto adverso grave, es por ejemplo, realizar un procedimiento en paciente equivocado, que resulte en daño o incluso la muerte, por el contrario efecto adverso leve, es tal vez una alergia provocada por un medicamento erróneamente administrado.*

*Se estima que el 95% de Efectos Adversos quedan ocultos., debido a lo siguiente:*

- + Falta de conciencia de que un error ha ocurrido
- + Miedo a las acciones disciplinarias o denuncias
- + Perdida de la autoestima
- + Los profesionales sienten que están demasiado ocupados para documentar
- + Falta de conciencia de qué se debe documentar y porqué
- + Falta de "feedback" cuando se produce un registro