

ERASE  
UNA  
VEZ....  
en la  
seguridad  
del  
paciente



Desde hace más de 30 años se vienen realizando distintos estudios para analizar el impacto que tienen los errores de la asistencia sanitaria en la seguridad de los pacientes.

En realidad si quisieramos documentar desde cuando empiezan las observaciones del daño provocado a los pacientes tengamos que remontarnos a los orígenes de la medicina.

En la época de las antiguas civilizaciones, el texto mas conocido es el Código de Hamurabi. Un tratado escrito que contiene 282 leyes, de las cuales 11 se refieren al acto médico. En particular la más conocida como Ley de Talión (la número 218) que intenta establecer una proporcionalidad entre el daño producido entre el acto y el castigo.

La medicina tradicional China también recibe una gran influencia de Confucio (551-479 a. C.), quien en sus seis libros clásicos destaca cinco virtudes: la humanidad; la justicia; la conducta correcta y protocolaria; la sabiduría, y la confiabilidad, cuyos conceptos se trasladaron a la atención del enfermo.

Los primeros indicios de la civilización helénica datan de unos 1200 a. C. Uno de sus mayores aportes a la humanidad es haber logrado que la medicina dejara de lado la magia, la religión y el misticismo para buscar en la razón las causas de la enfermedad y su mejor tratamiento, a partir del examen físico del enfermo y el estudio racional de sus síntomas y signos, lo que contribuyó, sin dudas, a la seguridad del paciente.

La sabiduría de Hipócrates de Cos (c. 460 -370 a. C.) y su escuela, con su máxima *Primum Non Nocere*, donde se establece que el acto médico no debe causar daño al paciente. Destaquemos del juramento hipocrático lo siguiente: "Dirigir el tratamiento con los ojos puestos en la recuperación de los pacientes, en la medida de mis fuerzas y de mi juicio, y abstenerme de toda maldad y daño". Allí se estableció el imperativo ético de la seguridad del paciente.

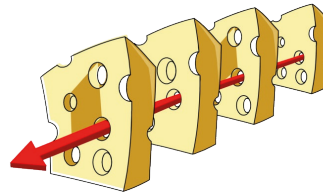
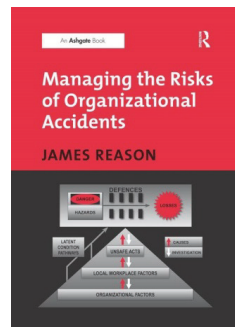
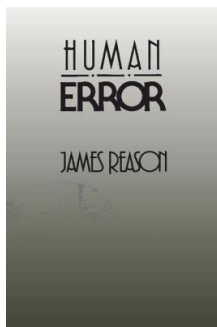
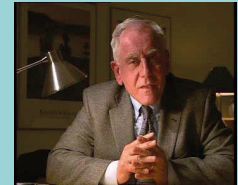
Los médicos, cada vez con mejor formación, toman nota y corrigen los errores que pueden documentar en su práctica. Se retoma entonces, el rumbo de la medicina hacia la ciencia, y se abren los caminos hacia la fisiología, la histología, la patología y otras disciplinas médicas.

Y desde allí surgen personas comprometidas con el ejercicio del arte de cuidar. Algunas que recordaremos a continuación. Se van armando grupos de trabajo, asociaciones, expertos, y se continúa con investigaciones, para documentar y corregir.

“Puede parecer un principio extraño, pero el primer requisito en un Hospital debería ser no dañar a los enfermos” decía en sus **NOTAS DE HOSPITAL** en 1959 Florence Nightingale (la dama de la lámpara). Ella logró hacer caer la tasa de mortalidad de 40% al 2% en la guerra de Crimea, solamente con limpieza del hospital y algunas reformas hospitalarias.



En 1990 James Reason publica **ERRORES HUMANOS** y 7 años después **GESTIONANDO LOS RIESGOS DE LOS ACCIDENTES ORGANIZACIONALES**. Allí presenta la nueva Teoría del error como resultado de fallas del sistema. Conocida mas comunmente como la teoria del queso suizo o gruyere.



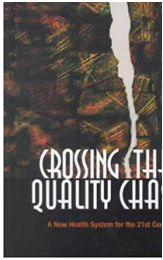
En 1994, Lucian Leape graduado con honores en Harvard en 1959, cirujano especialista en cirugía general y tórax en el Hospital de Masachusetts y cirujano pediátrico en el Hospital de niños de Boston, publica en el Journal of American Assoc. su artículo **ERROR EN MEDICINA**, donde resume que la mayoría de los grandes errores ocurren en un muy bajo porcentaje pero le ocurren a los profesionales mas experimentados o formados. Responsabilizando a los procesos los que predisponen a cometer errores.



En 1995 Australia presenta su primer trabajo en The Medical Journal of Australia sobre la **CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA** de la mano de Ross McL Wilson y col. Encuentran entonces que de un total de 14000 admisiones hospitalarias, la ocurrencia del error representó el 16,6%, con 13,7% de incapacidad permanente y un 4,9% de muertes debido a errores en la atención sanitaria. Y más del 50% eran prevenibles.

En 1999, el Institute of Medicine de los Estados Unidos publica su informe “To err is human”, que se ha convertido en un pilar de la difusión de los eventos adversos prevenibles. En este estudio se describe el impacto económico por fallas en la seguridad de la atención médica y se menciona por primera vez que muchas personas mueren por año por diferentes tipos de errores. Ese estudio reveló entre 48000 y 98000 personas. El número actual, por supuesto es mucho más.





En el año 2001 publica el mismo instituto **CRUZANDO EL ABISMO DE LA SEGURIDAD**. Allí determina 6 objetivos o dimensiones de la calidad. Y la primera es la seguridad del paciente.

También en el 2002 la Joint Commission International publica por primera vez los 6 objetivos de la seguridad del paciente, que después se convertirían en las 6 metas internacionales de seguridad.



En el año 2002, el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido por intermedio de Liam Donalson publica Una Organización con Memoria, donde establece que el 11% de eventos adversos prevenibles se presentan en sus hospitales.

El Foro de Calidad Nacional de EEUU (NQF) lanza su primera lista de Never Events (eventos graves reportables) que luego serían la base de los programas de reporte público y de los sistemas “no pago” de Medicare.



La Organización Mundial de la Salud crea en octubre de 2004 la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente,

que tiene por objeto coordinar, difundir y acelerar la mejora de la seguridad del paciente en todo el mundo. Es un medio que propicia la colaboración internacional y adopción de medidas entre los estados miembros. Su creación pone de relieve la importancia de la seguridad del paciente a escala mundial. Lanza así su 1º Campaña mundial: Manos Limpias Salvan Vidas.

La OMS también ha impulsado la iniciativa de Pacientes por seguridad de pacientes con el fin de ayudar a evitar que los errores médicos se repitan. Esta iniciativa pone a los pacientes en colaboración con el sistema de salud.

En el año 2005, el Intitute for Healthcare Improvement (IHI) lanza su campaña 100.000 vidas. las 3/4 partes de los hospitales se inscribieron en la misma. La iniciativa era trabajar en disminuir las muertes innecesarias en 100.000 en 18 meses. Se tomó como fecha limite el 1 de junio de 2006- El IHI realizó orientación experta a quienes lo solicitaran, dando materiales y apoyo sin costo alguno. El equipo viajó por todo el país visitando y ayudando a los hospitales participantes.

El 14 de junio de 2006 celebraron 122.000 muertes innecesarias evitables, medidas como complicaciones que no sucedieron.



En el año 2006, Peter Pronovost, es responsable de mejorar el valor en todo el sistema de salud de EEUU, reporta en The New England Journal of Medicine, los resultados del Proyecto Keystone. Baja en manera espectacular las tasas de infecciones asociadas al uso de cateter venoso central en las terapia intensivas en el Estado de Michigan, destacando por primera vez el valor de los Check List (listas de verificación) en la seguridad de pacientes. Incorpora el concepto de Paquete de Medidas o Bundles.

Este año, España publica el estudio ENEAS, retrospectivo de cohorte en el que participan 24 hospitales. Analizan los eventos adversos relacionados con la atención médica, clasificandolos en leves, moderado y graves. Los clasifica también en función a procedimiento y terapéutica. La conclusión final es que el 48% de éstos eran evitables.

En el año 2007 la OMS lanza las 9 soluciones para la Seguridad del paciente. Muchas de estas 9 soluciones son la base de las metas internacionales de seguridad.

En el año 2008 Medicare lanza el programa de “castigos financieros” para complicaciones que predetermina como evitables.

En el 2009 se publica el estudio IBEAS, estudios de prevalencia de daños evitables a los pacientes en Latinoamérica, donde participan 5 países, uno de ellos Argentina.

En ese año la OMS lanza su segunda campaña mundial: Cirujías Seguras Salvan Vidas. Atul Gawande lidera la confección y aplicación del Check List quirúrgico en distintos países de distinto desarrollo económico. Y logra demostrar la disminución de la mortalidad secundaria a complicaciones quirúrgicas.

En el año 2010, España publica su estudio EVADUR: Eventos adversos ligados a la atención en servicios de urgencia. Sus conclusiones: el 70% de los eventos encontrados eran evitables.

En el año 2017 la OMS lanza su 3° campaña mundial: Medicación sin daño. El objetivo es reducir el daño evitable relacionado con la medicación en un 50% en los siguientes 5 años. Las 3 áreas de acción clave son: 1) La polifarmacia a la que son sometidos los pacientes, 2) Situaciones de riesgo y 3) Transiciones de la atención.

En el año 2019 aparece un nuevo virus que rápidamente se disemina a todo el mundo, determinando una Pandemia. Surgen Programas de seguridad para el personal de salud y para la población en general. Aparece Ser+contra Covid, que es una web y una App para profesionales de salud frente a la pandemia, de origen España.

La Organización Panamericana de la Salud lanza el 17 de septiembre del 2019 una Campaña Regional de Seguridad de los trabajadores de la salud especialmente frente a la pandemia del Covid, en el día Mundial de la Seguridad (que se celebra desde el 2017). “El personal de salud y quienes cuidan a los pacientes han sido la piedra angular de esta respuesta. Muchos han arriesgado sus propias vidas para cuidar a sus pacientes. Después de meses de operar en modo crisis, están en mayor riesgo de depresión, ansiedad y agotamiento”, dijo la Directora de la OPS, Carissa F. Etienne.

Desde años remotos la seguridad del paciente y el error médico ocupan el centro de la escena en cada época y en cada contexto. Mucho se ha hecho, pero mucho más queda por realizar.

No lograremos los cambios necesarios si no trabajamos pensando en la seguridad de cada uno de nuestros pacientes.

Hasta la próxima!