

METAS INTERNACIONALES
DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

CONCEPTOS Y APLICACIÓN EN EL LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS.



Karina Fiezzoni

Bioquímica de Aseguramiento de la Calidad. Laboratorio Domecq y Lafage.
Hospital Alemán. Argentina

kfiezzoni@labdl.com.ar



Esa mañana preparaba una ponencia sobre “Seguridad del Paciente en el ámbito de los laboratorios de análisis clínicos”. Mientras buscaba en Internet artículos y experiencias acerca de organizaciones de la salud seguras, encuentro una charla TEDx del Dr. Brian Goldman “Los médicos cometen errores” (<https://www.youtube.com/watch?v=MOkECOMgLZI>)

Imperdible.

El Dr. Goldman relata cómo se sentía, en el camino del aprendizaje y luego en el ejercicio de la profesión, cuando cometía un error que comprometía a un paciente: culpable, marginal, impotente, no podía perdonarse. Se prometía estudiar más. Se prometía mayor atención. Se prometía que NUNCA más le sucedería.

Pero lo peor era sentirse absolutamente solo. Sin poder compartir con sus colegas lo que había sucedido, ni como le pesaban las decisiones tomadas ni poder revisar donde había

estado el error para que no volviera a suceder ni a él ni a otro colega. Era, sin saberlo, la segunda víctima de su propio error.

Pero el mayor problema aún era la falta de conciencia de la organización de la debilidad en sus propias prácticas.

Cuando un evento adverso llega al paciente, generalmente no sucede aislado y solo es la punta del iceberg. Por debajo, han transcurrido y se han ido acumulando incidentes y cuasi incidentes en toda la institución de salud, hasta que finalmente se hace visible el “gran error”.

Y para mitigarlos se necesita crear una CULTURA SEGURA.

Y ésta surge cuando:

1. Superamos el pensamiento de que “nosotros trabajamos bien” (sensación de falsa seguridad) y que “los demás siempre se equivocan”

2. Asumimos que, como organización de salud, debemos revisar y aprender de nuestros errores.

3. Involucrarnos a cada uno, incluyendo pacientes y familiares, proveedores, y todo el personal para encontrar la manera más segura en cada atención que brindamos.

QUÉ PODEMOS HACER

Comencemos con ampliar la mirada:

- Observar otras organizaciones de salud que ya hayan vivido el mismo proceso en el que está la nuestra.

- Basarnos en estándares nacionales o internacionales que se ocupen del tema.

- Aprender de otras industrias (como la nuclear) o servicios (como la aviación) donde sus procesos son más seguros y están más entrenados en evitar fatalidades.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS): “En los países desarrollados, se estima que hasta uno de cada 10 pacientes hospitalizados sufren daños de resultados de la atención recibida, y en el mundo en desarrollo la cifra es probablemente mucho mayor. Lo más importante en materia de seguridad de los pacientes es conseguir conocer la **manera de evitar que éstos sufran daños durante el tratamiento y la atención**”.

Buscar aliados para que sea más fácil aprender y transitar el camino tal como lo hacen las instituciones más importantes, que se unen para lograr mayor impacto con sus propuestas. Así nacen los “centros colaboradores”.

En 2005, la OMS lanzó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente desarrollando las “**Soluciones para la seguridad del paciente**”. <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf?ua=1>

En el mismo año, Joint Commission y Joint Commission International (JCI) fueron designadas como Centro Colaborador de la OMS para elaborar y difundir estas “Soluciones para la seguridad de los pacientes” que luego se transformaron en 6 Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente y acreditar aquellas organizaciones de salud que demostraran su implementación.

LAS METAS INTERNACIONALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Conocerlas, implementarlas y cumplirlas son el primer escalón para una cultura segura. Las mismas son:

1. Identificación correcta de pacientes
2. Mejorar la comunicación efectiva
3. Mejorar la seguridad de la medicación
4. Cirugía correcta, paciente correcto y procedimiento correcto
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica: Lavado de manos
6. Reducir el riesgo de caídas

Un artículo que las describe es el de “Seguridad del paciente” (Rev. Hosp. Niños (B. Aires)



2018;60(271):333-335 | 333). <http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2019/01/Numero-271-333-Seguridad-paciente.pdf>

¿QUÉ QUEREMOS DECIR CUANDO DECIMOS...? VOCABULARIO

Cuando comenzamos a hablar de seguridad del paciente uno de los aprendizajes es establecer el significado y armonizar el uso de los conceptos que utilizaremos en nuestra organización. Además, si nos encontramos en un proceso de acreditación, el vocabulario debe estar alineado con los estándares de la entidad acreditadora.

A continuación, se presentan algunas definiciones tomadas de la “Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP). 2009” de la OMS (<https://www.who.int/patientsafety/>

[implementation/icps/icps_full_report_es.pdf](https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)) y del manual “Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals” 6th Edition. 2017 que incluye “Standards for Academic Medical Center Hospitals”.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

“Reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable”.

CISP describe para “Seguridad: Grado en el que se reducen el riesgo de una intervención y el riesgo en el entorno asistencial para el paciente y para otras personas, incluidos los profesionales de la atención sanitaria.”

Y para Seguridad del Paciente, amplía: “Evitación, prevención y mejora de los resultados adversos o lesiones derivados de procesos de

atención sanitaria. Esos eventos comprenden «errores», «desvíos» y «accidentes».

La seguridad surge de la interacción entre los componentes del sistema; no reside en una persona, un dispositivo o un departamento. Mejorar la seguridad depende de que se aprenda cómo emerge esta de las interacciones entre los componentes. La seguridad del paciente es un subconjunto de la calidad de la atención sanitaria”.

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN.

“El grado en el que la atención de las personas se **coordina** entre los profesionales sanitarios, entre organizaciones y a lo largo del tiempo”.

La continuidad mejora cuando todos los profesionales que atienden al paciente tienen la **información necesaria para la toma de decisiones** a partir de las experiencias médicas anteriores hasta las actuales.

La **historia clínica** del paciente es una fuente primaria de información del proceso de atención y del progreso del paciente y, por lo tanto, es una herramienta de comunicación esencial. Debe estar **disponible** durante la atención del paciente hospitalizado, las visitas ambulatorias, y en cualquier otro momento en que sea requerida, y además se debe mantener actualizada”.

ESTÁNDAR

“Una declaración que define las expectativas de desempeño, estructuras o procesos que deben estar **establecidos** para que una organización proporcione atención, tratamiento y servicios seguros y de alta calidad”.

RIESGO

Es la probabilidad de que se produzca un incidente.

DAÑO

Alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella. Comprende los conceptos de enfermedad, lesión, sufrimiento, discapacidad y muerte.

INCIDENTE

En el contexto de la CISP: “Un incidente relacionado con la seguridad del paciente es un evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño involuntario o innecesario a una persona, y/o a una queja, una pérdida o un perjuicio”.

O sea, el término “Incidente” engloba a toda circunstancia o hecho fuera de lo previsto que le ocurre a un paciente durante la atención sanitaria.

Según los términos de CISP: “Un incidente puede ser una circunstancia notificable, un cuasi incidente, un incidente sin daños o un incidente con daños (evento adverso)”.

CIRCUNSTANCIA NOTIFICABLE

Es una situación con **gran capacidad** de causar daños, pero en la que no se produce ningún incidente. Por ejemplo, el del traslado de un desfibrilador a una urgencia y el descubrimiento de que no funciona, aunque finalmente no se necesite.



CUASI INCIDENTE

Según CISP: “Un cuasi incidente es un incidente que no alcanza al paciente (por ejemplo, se conecta una unidad de sangre a la vía de infusión intravenosa del paciente equivocado, pero se detecta el error antes de comenzar la infusión)”

Es muy importante la detección de los cuasi incidentes o “near miss”. Según JCI, la organización debe:

- “Tener un **proceso definido para la identificación y el análisis** de los incidentes de seguridad que no llegaron al paciente.
- Aprender de manera proactiva dónde pueden ser vulnerables los sistemas a la ocurrencia real de eventos adversos.
- Recoger datos e información de esos eventos identificados como incidentes de seguridad que no llegaron al paciente y evaluar para evitar su ocurrencia real”.

INCIDENTE SIN DAÑOS

“Evento que alcanza al paciente, pero no le causa ningún daño apreciable. “Por ejemplo, se infunde una unidad de sangre errónea a un paciente, pero por azar era compatible y no le generó daño”.

INCIDENTE CON DAÑOS - EVENTO ADVERSO

“Incidente que causa daño al paciente. Por ejemplo, se infunde una unidad de sangre errónea y el paciente muere de una reacción hemolítica”.

La máxima expresión de un evento adverso es el evento centinela.

EVENTO CENTINELA

Tomando la definición de JCI es “La ocurrencia de un acontecimiento **no previsto** que implica la muerte o una lesión física o psicológica grave. Dichos eventos se llaman centinela porque indican la necesidad de una **investigación y respuesta inmediata**.”

La respuesta apropiada de una organización ante un evento centinela incluye:

1. Análisis oportuno, minucioso y creíble de la causa raíz.
2. Desarrollo de un plan de acción destinado a implementar mejoras para reducir los riesgos.
3. Implementar las mejoras.
4. Monitorear la efectividad de esas mejoras.

Los términos evento centinela y error médico no son sinónimos.

No todos los eventos centinela ocurren debido a un error y no todos los errores ocasionan eventos centinela.

Cada hospital establece una definición operativa de evento centinela que incluye, al menos

- a) una muerte imprevista, incluyendo, pero sin limitarse a, muerte no relacionada con el curso natural de la enfermedad o afección subyacente del paciente (por ejemplo, muerte por una infección posoperatoria o



embolia pulmonar adquirida en el hospital); muerte de un bebé a término; y suicidio;

b) pérdida permanente de una función principal no relacionada con el curso natural o afección subyacente del paciente;

c) cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto, o al paciente equivocado;

d) transmisión de una enfermedad o afección crónica o fatal como resultado de la transfusión de sangre o hemoderivados o del trasplante de órganos o tejidos contaminados;

e) robo de un bebé o entrega de un bebé a los padres equivocados; y

f) violación, violencia en el lugar de trabajo como un asalto (que provoque la muerte o la pérdida permanente de una función corporal) o el asesinato (homicidio intencional) de un paciente, un miembro del personal, un profesional sanitario, un estudiante de medicina, un profesional en prácticas, un visitante o un proveedor en las instalaciones del hospital”.

ERROR

“El hecho de que una acción planeada no se lleve a cabo tal y como estaba previsto, o la aplicación de un plan erróneo, inadecuado o incorrecto para lograr un objetivo.”

La CISP describe varios tipos de errores como los de “Comisión” (hacer algo erróneo) o los de “Omisión” (no hacer lo correcto).



SEGUNDA VÍCTIMA

“Un profesional sanitario implicado en un evento adverso de un paciente, un error médico, y/o una lesión relacionada con un paciente, que resulta victimizado en el sentido de que **el profesional queda traumatizado por el incidente.**”

La respuesta emocional del profesional, que puede incluir remordimientos, ansiedad y angustia, puede tener un impacto en la calidad y la seguridad de la atención a los pacientes si las organizaciones sanitarias no reconocen y proporcionan apoyo para el profesional sanitario”.

La siguiente página se enfoca exclusivamente en segundas y terceras víctimas en el ámbito de la Salud y contiene recursos para quienes profundizar este tema. <http://www.segundas-victimas.es/>

¿CÓMO EMPEZAR?

Los pasos para construir la cultura que deseamos son: incorporar al trabajo cotidiano los conceptos vistos y ampliarlos con los recursos hoy disponibles, sumarnos a los equipos de mejora para buscar soluciones a los problemas aplicando las Metas Internacionales para la Seguridad de Paciente y fomentar el compromiso del entorno en que nos desempeñamos.

Es importante ser persistente en las mejoras que se implementan. Monitorearlas, estimular el cumplimiento y escuchar las dificultades. Probablemente cada uno de nosotros, interesados en la calidad y seguridad podamos soportar varios cambios simultáneos, pero no es así para muchos de los colaboradores.

METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

Cada departamento, servicio o sector de un hospital debe encontrar la mejor manera de contribuir al cuidado del paciente. El laboratorio de análisis clínicos, se encuentra fuertemente vinculado con las dos primeras metas internacionales: Identificación Correcta del Paciente y Comunicación Efectiva.

IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE Y SUS MUESTRAS

El número de pacientes que los laboratorios de análisis clínicos atienden a diario propone un gran desafío en cumplimiento de esta meta. Existe una oportunidad única e irrepetible para identificar correctamente y ese momento es en la toma y/o recepción de muestra. Además, mantener la trazabilidad a lo largo de todos los procesos hasta informar el resultado es parte de ese desafío y se encuentran descritos en la guía “GP33Ed2E - Accuracy in Patient and specimen identification” (2° ed. abril 2019) desarrollada por “Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI)” de donde se toman los siguientes conceptos.

IDENTIFICAR CORRECTAMENTE

Significa que, en cada punto de interacción entre paciente y laboratorio, deben cumplirse los siguientes ítems para obtener una “mues-

tra correcta en tubo correcto” evitando entrecruzamiento de pacientes o muestras:

IDENTIFICADOR UNÍVOCO: DATOS INEQUÍVOCOS DEL PACIENTE QUE DEBEN SER UTILIZADOS EN TODA INTERVENCIÓN CON EL MISMO.

La OMS recomienda que se adopten al menos dos, y siendo los más efectivos, según la guía “GP33Ed2E - Accuracy in Patient and specimen identification” el nombre, apellido y fecha de nacimiento. Pueden utilizarse número de documento o pasaporte siempre que sean usados en conjunto con otros datos que impliquen palabras (como nombre y apellido). Esta combinación de letras y números es más segura que cuando se utilizan exclusivamente dígitos ya que evita el automatismo de tipeo al identificar al paciente.

El identificador “nombre, apellido y fecha de nacimiento” tiene fuerza particular ya que toda persona se identifica a sí misma con ellos por ser datos importantes, muy cercanos y fáciles de recordar tanto por el propio paciente como por sus cuidadores.

PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN

Definir las instancias, de acuerdo al contexto clínico del paciente, donde es obligatorio el uso de los identificadores unívocos.

Paciente ambulatorio: si es LA PRIMERA VEZ que concurre al laboratorio se le solicita nombre, apellido, fecha de nacimiento (datos identificatorios) y un documento que acredite esos datos.

En las siguientes oportunidades debe solici-

társele los datos identificatorios, un documento que acredite los mismos, y CORROBORARLOS con los que ya se contaban en la base de datos. La verificación de la identidad debe hacerse al momento del ingreso de la orden y nuevamente en el box de extracción antes de la toma de muestra.

Paciente internado: si el paciente puede responder por sí mismo se le solicita que se identifique verbalmente y se constatan estos datos con los de la pulsera identificatoria que es recomendable que porten todos los pacientes internados.

Si el paciente no puede responder por sí mismo porque es un infante, por su estado de salud, habla un idioma diferente u otra causa, entonces se debe solicitar la identificación al cuidador más cercano, ya sea familiar o personal de salud.

El paciente no está presente en el laboratorio y solo se tiene la muestra proveniente de otro centro de salud: se debe establecer entre instituciones los identificadores que permitan trazar las muestras en todo momento en ambos lugares. Por ejemplo, el número de informe o protocolo que se asigna a los pacientes y sus muestras en cada visita al laboratorio. Si bien este número no es un identificador del paciente, puede establecerse como dato de valor para la trazabilidad de la muestra entre laboratorios.

COMUNICACIÓN EFECTIVA

La segunda Meta Internacional del Paciente enfatiza sobre todas las instancias de intercambio de información acerca de un paciente entre cuidadores.



La información debe siempre mantenerse por escrito para poder corroborar los datos y evitar errores de interpretación. Las órdenes verbales deben restringirse solo a los casos donde la urgencia es tal, que debe actuarse sin esperar al formato escrito.

Debe establecerse cuáles son las urgencias donde se permite la comunicación oral y el protocolo de transmisión segura de la información.

El laboratorio de análisis clínicos facilita el acceso, impreso o digital, a los resultados de los estudios de pacientes a los profesionales que los atienden. Solo se permite la transmisión oral frente a un valor crítico.

Se define como valor crítico aquel que indica una condición fisiopatológica que puede poner en riesgo la vida del paciente o provocar un daño irreversible si no se actúa rápidamente y para el que existe tratamiento. Por eso debe **comunicarse inmediatamente**.

Cada laboratorio debe establecer, en conjunto con los profesionales que hacen uso de sus servicios, cuales son los valores críticos que impactan a la población atendida. También debe diseñarse el protocolo de comunicación, los responsables de la misma, los tiempos máximos estipulados para que la comunicación se considere efectiva y el escalamiento cuando sea necesario. A continuación, una breve descripción de cada punto:

VALORES CRÍTICOS:

Si bien la definición es universal, el **listado** de valores que son considerados críticos es particular de cada organización. Se debe acordar entre el laboratorio y los profesionales usua-

rios del mismo y actualizar periódicamente.

COMUNICACIÓN

Los valores críticos deben informarse **inmediatamente** luego de su detección y deben cumplirse dos instancias clave para que la comunicación oral se considere segura:

- a. Usar siempre los identificadores elegidos (descritos en la Primera Meta Internacional "Identificación correcta del paciente")
- b. La repetición (read back) de los datos transmitidos.

Y para considerar que la comunicación ha sido efectiva, además de los puntos anteriores, debe haberse cumplido dentro del tiempo máximo establecido. Usualmente, hasta **media hora** para pacientes internados y hasta **dos horas** para pacientes **ambulatorios**.

El siguiente protocolo es el que JCI aconseja para garantizar la comunicación efectiva:

Emisor enuncia al receptor que: tiene un valor crítico para comunicar, que debe tomarse nota y releerlo al final. Informa **nombre, apellido y fecha de nacimiento del paciente**. Luego informa el test y el resultado. En el caso de que el paciente tenga más de un resultado crítico para esa determinación, informa fecha y hora de la muestra de la que se habla.

Solicita al receptor la **relectura de cada uno de los datos**. Esta repetición es necesaria y obligatoria para asegurar que la información se comprendió apropiadamente.

*Ejemplo:
Emisor: Habla la Dra. María Rodríguez*

*del Laboratorio Central.
Receptor: Habla la Dr. Silvia López del
Pabellón 9.
Emisor: Voy a comunicarle un valor
crítico de un paciente, por favor tome
nota y reléamelo.
José Pérez, Fecha de nacimiento
13/02/61, potasio 7.4.
Receptor: José Pérez, Fecha de
nacimiento 13/02/61, potasio 7.4.
Emisor: Correcto, muchas gracias*

RESPONSABILIDADES Y ESCALAMIENTO

Definir claramente quienes pueden emitir resultados críticos y quienes pueden recibir los mismos es parte del acuerdo entre el laboratorio y los servicios usuarios.

El protocolo de comunicación debe prever cuando no se encuentra al primer receptor válido, generalmente el profesional médico que atiende al paciente, y establecerse cómo continúa la cadena de mandos hasta lograr la notificación y, de no ser posible la misma, quien decide que la comunicación no ha sido efectiva (imposibilidad de informar el valor crítico) y no se realizan más intentos.

Pacientes ambulatorios: Se debe contactar al médico solicitante del estudio. En caso de no localizarlo dentro de la hora, se llama al paciente o a un familiar. De ser posible, solicitar el número de contacto de su médico para corroborar si el teléfono al cual se llamó previamente es correcto, y ofrecerle comunicar el resultado al médico. Caso contrario, informar al paciente el resultado resaltando que se trata de un valor crítico y que debe contactar inmediatamente a un médico o concurrir a la guardia o emergencia.

En este caso, se debe tener especial precaución de que el paciente comprenda correctamente el resultado y la importancia y urgencia del mismo.

Pacientes internados: Se debe establecer cuál es la cadena de contactos, desde el primero hasta el último. Por ejemplo, generalmente el primer contacto es el médico a cargo o personal de enfermería. Si no se logra localizar a ningún responsable, se debe contactar al superior de personal médico o de enfermería. Si tampoco se localiza al superior, se sigue escalando y se contacta al Jefe de Servicio, luego al Jefe de Departamento y por último al Director del Hospital.

CONCLUSIÓN

Abrazar las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente, aplicarlas consistentemente, apoyarnos en bibliografía reconocida y en quienes ya han recorrido el camino, colaborar con otros con el mismo objetivo, principalmente con aquellos que se inician, es participar de las soluciones para cuidar a todos nuestros pacientes.

Aspiremos a ser parte de una cultura de segura que nos beneficia a todos: pacientes, familiares, trabajadores y el propio sistema de salud.