

Evento Centinela en la atención obstétrica: prevención de caídas

Telles-Tamez Ma. Elena

Licenciada en Enfermería, UMAE. Hospital de Ginecología y Obstetricia N° 23, Instituto Mexicano del Seguro Social. Monterrey, Nuevo León. México

Palabras clave

- Evento centinela
- Atención a paciente obstétrica

Resumen

Introducción: La seguridad de los pacientes es un aspecto que ha cobrado importancia para los sistemas de salud a nivel mundial. La atención médica y de enfermería en el ámbito ambulatorio y hospitalario, así como la prestación de algunos otros servicios de salud, se están tornando inseguros y agregando riesgos innecesarios a los pacientes.

Objetivo: Vigilar y sistematizar el indicador "caída en paciente obstétrica" (evento centinela) para evaluar la calidad del proceso de atención en enfermería.

Desarrollo: Ante este panorama, el personal de enfermería adscrito a la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 23 del Instituto Mexicano del Seguro Social, preocupado por la seguridad de las pacientes, diseñó y aplicó un índice de seguridad para reducir o evitar las caídas (evento centinela). El instrumento "lista de verificación" fue validado por expertos en la materia; posteriormente en las sesiones clínicas y departamentales se presentó y capacitó al personal en el llenado y recolección de la información. La información fue analizada aplicando estadística descriptiva. La lista de verificación que consta de siete preguntas que la enfermera responsable debe responder antes de movilizar a la paciente fuera de cama por primera vez. Este instrumento fue incluido como parte de la hoja de indicaciones médicas.

Conclusiones: Desde la implementación de esta estrategia, el número de caídas de pacientes ha disminuido considerablemente. Por lo que la medición y seguimiento de esta estrategia ha sido determinante para mejorar la calidad de la atención de enfermería. Además la lista de verificación ha sido utilizada como un instrumento que documenta que el procedimiento se realizó.

Abstract

Introduction: The patient safety is one aspect that has gained importance for health systems globally. Health care and nursing in the hospital and ambulatory settings, as well as the provision of some other health services are being rendered unsafe and adding unnecessary risks to patients.

Objective: Monitor and systematize the indicator "fallen in obstetric patient" (sentinel event) to assess the quality of care in nursing.

Description: Against this background, the nursing staff assigned to Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 23 del Instituto Mexicano del Seguro Social, concerned about the safety of patients, design and apply a safety index to reduce or avoid falls (sentinel event). The instrument "checklist" was validated by experts; later in the clinical and departmental meetings will be introduced and trained staff in the filling and collection of information. The information was analyzed by applying descriptive statistics. The checklist consists of seven questions that the nurse responsible must answer before mobilizing the patient out of bed for the first time. This instrument was included as part of the blade of medical indications.

Conclusions: Since implementing this strategy, the number of falls in patients has decreased significantly. Therefore the measurement and monitoring of this strategy has been determined to improve the quality of nursing care. Besides the checklist has been used as an instrument evidence that procedure was performed.

Key words

- Sentinel health event
- Patient care obstetric

Correspondencia:

Calle Morelos 117, Col. Piedra de Fierros, Santiago Nuevo León C.P. 67330.

Monterrey, N.L. México. Tel. (81) 8150 3132 Ext. 41354, 41355

Dirección electrónica: tellestam@yahoo.com.mx

Introducción

La seguridad de los pacientes se ha tornado un tema importante para los sistemas de salud a nivel mundial como un componente que garantice sus expectativas y necesidades durante el proceso de atención. En octubre de 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) conjuntamente con líderes mundiales de salud, presentaron una alianza para reducir el número de enfermedades, lesiones y muertes derivadas de errores en la atención de la salud.¹ Un estudio de la Universidad de Harvard reportó que 70% de los efectos adversos, producto de errores en la atención médica deriva en discapacidades temporales y 14% en la muerte del paciente, teniendo un impacto económico importante. Pero también puede sufrir otro tipo de afectaciones como las de carácter social, familiar y emocional.² Otros estudios mencionan como consecuencia la prolongación de días estancia hospitalaria, demandas judiciales, infecciones intrahospitalarias, discapacidad y el incremento del costo de gastos médicos, que de acuerdo al país oscila entre 6 y 29 mil millones de dólares al año.³

La atención médica y de enfermería en los espacios ambulatorios, hospitalarios, y de algunos otros servicios de salud se han tornado inseguros e innecesarios para los pacientes. Las consecuencias de una práctica insegura incluyen desde las más leves que pasan inadvertidas por el personal de salud o desapercibidas por los propios pacientes, hasta las más graves que terminan en lesiones, discapacidad o muerte de los pacientes.⁴

Para tratar el tema de los errores humanos existen dos abordajes: el humano y el del sistema. En el primero se sostiene que el error tiene su origen en acciones inseguras y en violaciones a los procedimientos que el personal de salud comete como consecuencia de problemas de motivación, sobrecarga de

trabajo, cansancio, estrés, falta de atención y negligencia. Bajo este abordaje la literatura señala como estrategias aquellas que se generan para disminuir el riesgo a través de campañas de difusión con carteles y mensajes.

En el abordaje del sistema, la premisa básica es que los humanos son susceptibles de cometer errores, aun cuando trabajen en la mejor organización. De tal forma que el sistema debe crear barreras de defensa que eviten los errores. Bajo este contexto cuando un evento adverso tiene lugar lo importante de la estrategia no es buscar al culpable sino buscar el cómo y por qué las barreras fallaron.⁵

De acuerdo al modelo del queso suizo utilizado por Reason, en la organización deben establecerse defensas, barreras y puestos de seguridad que prevengan la ocurrencia de los errores.

La existencia de estas barreras defensivas en el sistema de salud incluyen: barreras tecnológicas (alarmas, barreras físicas, apagadores automáticos, etc); barreras formadas por los proveedores (cirujanos, anestesiólogos, enfermeras, etc) y barreras o controles administrativos.

En un mundo ideal estas barreras defensivas deben permanecer intactas, pero en realidad cada una de éstas son como rebanadas de queso suizo que tiene varios orificios. A diferencia del queso, estos orificios se encuentran en continuo movimiento, cerrándose y abriéndose en diferentes momentos. Aunque la presencia de estos orificios no es a menudo la causa de los errores, sino cuando una serie de orificios momentáneamente se alinean en una misma trayectoria y como resultado es posible que ocurra un evento adverso.⁶

Los orificios en las barreras aparecen por dos razones: fallas activas y condiciones latentes. Las *fallas activas* son actos inseguros cometidos por la gente que está en contacto directo con el

paciente. Éstas toman una variedad de formas: deslíz, torpezas, equivocaciones y violaciones de los procesos. Por lo general tienen corta vida en la integridad de las barreras de defensa. Las *condiciones latentes* son las inevitables "huésped patógeno" dentro del sistema.

Se originan de las decisiones tomadas por diseñadores, constructores, procedimientos y directivos de la organización. Cada decisión puede convertirse en una equivocación. Todas las decisiones tienen la capacidad de introducir patógenos en el sistema. Las *condiciones latentes* tienen efectos adversos: pueden traducirse en errores provocados por las condiciones del lugar de trabajo (por ejemplo: presión de tiempo, falta de personal, equipo inadecuado, etc).

Ésto puede producir orificios o debilidades duraderas en las barreras de defensa, indicadores y alarmas no confiables, procedimientos inoperantes, diseño y construcciones deficientes, etc. Las condiciones latentes, como su nombre lo indica, pueden permanecer dentro del sistema por muchos años antes de que su alineación con las fallas activas puedan crear una oportunidad para que suceda un accidente.⁷

La seguridad de los pacientes, que se ha definido como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro de los servicios de salud, está en la agenda de los principales organismos internacionales que promueven la salud de la población. Aun cuando no se trata de un fenómeno nuevo, las evidencias científicas documentadas en los últimos años, han obligado a los tomadores de decisiones a establecer políticas relacionadas con la prevención, medición y evaluación de lo que comúnmente se ha conocido como errores de la práctica médica. En este sentido, en México, la Subsecretaría de Innovación y Calidad de la Secretaría de Salud, en el Marco de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud estableció un grupo de trabajo con la responsabili-

dad de diseñar e implantar estrategias que promuevan la seguridad de los pacientes. El grupo diseña propuestas y líneas de acción sobre la adecuación de los sistemas de información, vigilancia, monitoreo y evaluación de la seguridad del paciente a fin de que sean establecidas en todas las instituciones de salud del país.⁸

En efecto el ingreso del paciente en cualquier institución de salud supone siempre un riesgo, independiente del proceso por el que ingresa. Durante este paso por las instalaciones de la institución pueden suceder incidentes que originen lesiones y entre éstos se destacan por su morbilidad y secuelas las caídas.

Los pacientes que sufren una caída incurrir en lesiones físicas, psicológicas y en tiempos prolongados de hospitalización. Este evento por sí solo incrementa significativamente la morbilidad y los costos económicos derivadas de las complicaciones inherentes.

Las causas que provocan las caídas son múltiples y se pueden agrupar en factores intrínsecos (o propios de la persona) y extrínsecos o ambientales.

El índice de caídas es considerado uno de los indicadores que evalúa la calidad de los cuidados, es por ello que se retoma y se promueve entre el personal de enfermería el aceptar y tomar conciencia que uno de los aspectos importantes en los programas de prevención de caídas es la correcta "identificación de los pacientes en riesgo".⁹

Es así, como el Instituto Mexicano del Seguro Social, estableció desde finales del 2005 el Sistema de Vigilancia "Evento Centinela y Riesgos" (VEN-CER), con el propósito de sistematizar el manejo de los eventos centinela en los hospitales y aprovechar el aprendizaje de la Institución para mejorar la seguridad de los derechohabientes. El "evento centinela" es considerado como un hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente, una lesión física o psicológica grave o el

riesgo de sufrirlas a futuro. Se le llama "centinela" porque emite una señal que advierte acerca de algo que requiere atención inmediata. Hasta la fecha los reportes analizados indican que el mayor porcentaje de eventos centinela son las caídas de pacientes y éstas generan a la institución costos adicionales por estudios radiológicos, medicamentos y estancia hospitalaria prolongada por mencionar algunos. Los resultados de los registros de evento centinela reportados en 2006 en la UMAE No. 23 muestran que 53 eventos fueron caídas de pacientes adultas hospitalizadas en ginecología y obstetricia 62.3% (figura 1); llama la atención que es en el servicio de puerperio de bajo riesgo en el que se inicia la movilización temprana (seis horas posterior al evento obstétrico). Ante esta circunstancia y la preocupación por la seguridad de las pacientes el objetivo de este trabajo fue contar con un índice de seguridad, definido como "aquél que mide, identifica situaciones, hechos graves, no deseables o que nunca debieron ocurrir", sí ocurren; obligan al equipo de salud a... detenerse y... evaluar. El índice de seguridad fue incluido en la hoja de indicaciones médicas y tiene la finalidad de ser utilizado por la enfermera cuando moviliza fuera de cama por primera vez a las pacientes hospitalizadas en los servicios de ginecología y obstetricia, así como reducir o evitar el evento centinela por caídas.

Desarrollo

El personal de enfermería adscrito a la UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 23 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Monterrey, Nuevo León, participó en la elaboración de un índice de seguridad para reducir o evitar el riesgo de caídas en pacientes obstétricas, éste fue estructurado apegado a los criterios marcados en el Sistema de Vigilancia de Eventos Centinela y Riesgos del Instituto Mexi-

cano del Seguro Social y basado en el análisis de los motivos que incidieron en la ocurrencia del evento reportado; el instrumento se conformó con una serie de preguntas validadas por expertos en la materia; posteriormente se dio a conocer y se difundió a todo el personal de enfermería del hospital a través de las sesiones clínicas y departamentales.

Por último, en los servicios la enfermera responsable de la paciente llenó con un "Si" o "No" según el caso, antes de movilizar a la paciente fuera de cama por primera vez (cuadro I).

Cabe mencionar que las primeras aplicaciones del índice diseñado no reunió los criterios para ser considerado como herramienta de trabajo, esto únicamente dio indicios que la cultura del reporte estaba en desarrollo, conforme pasó el tiempo se mejoró la implementación y su análisis motivó la necesidad de generar acciones para revertir la tendencia.

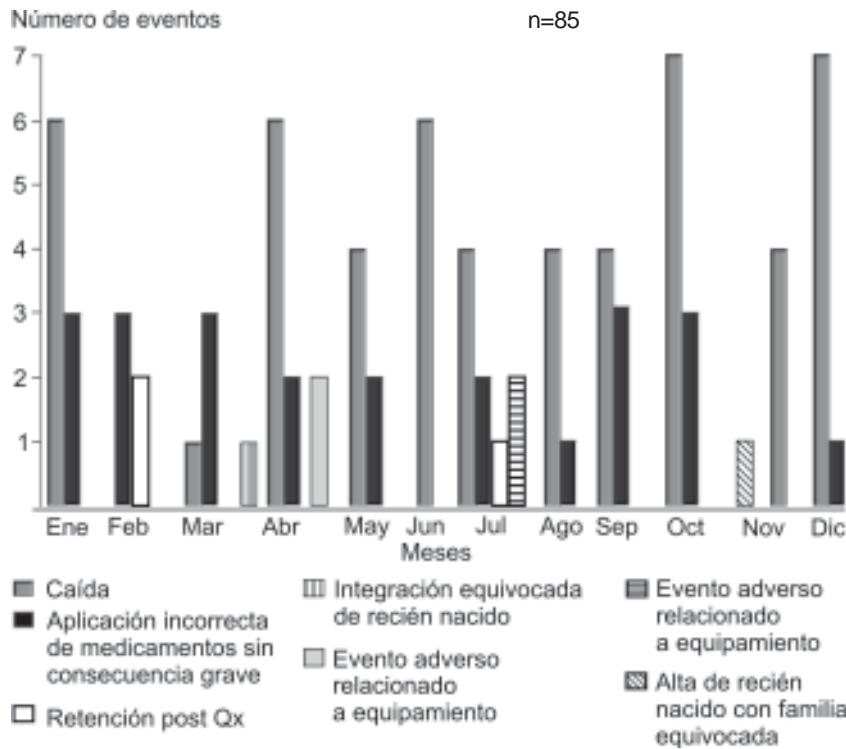
Conclusiones

Uno de los retos que enfrentan los servicios de salud en el rubro de la seguridad de los pacientes es el establecimiento de un sistema de registro oportuno y completo de los eventos adversos a fin de que se pueda realizar el análisis pertinente y la toma de decisiones para prevenir la ocurrencia de los mismos. Si no se miden y aprenden las lecciones derivadas del análisis de los errores, no se puede asegurar a los pacientes la confianza y lealtad en los servicios de salud.

Para enfrentar la epidemia del error en medicina primero hay que reconocer que existe, segundo determinar dónde empezó el error, ya que puede ser consecuencia de la falta de formación profesional, de entrenamiento o por incapacidad en concentrarse en la atención de los pacientes.

Lograr que una organización acepte y cuantifique los errores es difícil.

Figura 1. Eventos centinela reportados en el Hospital de Ginecología y Obstetricia N° 23 del Intituto Mexicano del Seguro social. Monterrey, Nuevo León 2006



En el caso de la UMAE en la medida que se fue sensibilizando al personal, se fue generando la cultura de comprobar el procedimiento y notificar los eventos; el personal operativo percibió que estas acciones no fueron punitivas, sino el establecimiento de medi-

das preventivas que reforzaran la seguridad de las pacientes. Ésto dio pie a la continuidad del ciclo de mejora y del análisis de cada reporte.

Desde la implementación del índice de seguridad que no solamente sirvió para evitar caídas de las pacientes sino

además comprobar el cumplimiento del procedimiento. El número de caídas disminuyó considerablemente (98%), proporcionando mayor seguridad a las pacientes que se atienden en el hospital.

En este continuo, corresponde trabajar un plan de acción, producto del análisis causal a fin de desarrollar estrategias para reducir el riesgo de que eventos similares ocurran en el futuro.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Noticias e Información Pública. Líderes de salud lanzarán alianza global por seguridad del paciente [en línea] <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps041026.htm> [Consultado 15/11/07]
2. Navarro C, Domínguez M, Cuesta F, Roitz H, Lazaro M, Ribera JM. Caídas en el anciano. JANO 1998; 55 (1263):36-9.
3. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A new health system for the 21st century. Washington D.C. Institute of Medicine, 2001.
4. Tapia VM, del Carmen Salazar CM, Tapia CL, Olivares RC. Prevención de caídas. Indicador de calidad del cuidado enfermero. Rev Mex Enf Cardiol 2003; 11 (2): 51-57.
5. Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320(7237):768-70.
6. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington D.C, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, 1999.
7. Agra Y, Terol E. La seguridad del paciente: una estrategia del Sistema Nacional de Salud. An sis San Navarra 2006; 29(3):319-323.
8. Secretaría de Salud. México. Seguridad del paciente en la atención médica. [en líneas] <http://www.innovaciony calidad.salud.gob.mx/10pasos.php> [Consultado 30/04/07]
9. Bueno-Cavanillas A, Padilla-Ruiz F, Peinado-Alonso C, Espigares-García M, Gálvez-Vargas R. Factores de riesgo de caídas en una población anciana institucionalizada. Estudio de cohortes prospective. Med Clin (Barc) 1999; 112(1): 10-5.

Cuadro I. Índice de seguridad para la movilización de la paciente hospitalizada en los servicios de ginecología y obstetricia

Marque con una "x" (según corresponda) antes de movilizar a la paciente fuera de cama por primera vez	Si	No
1. ¿La indicación está escrita?		
2. ¿Han transcurrido 6 horas después del parto?		
3. ¿La paciente toleró vía oral?		
4. ¿El sangrado transvaginal de la paciente es normal?		
5. ¿La presión arterial diastólica de la paciente es mayor a 60 mmHg?		
6. ¿Son antes de 24 horas o después de 5 horas de transcurrido el parto?		
7. ¿Sentó a la paciente al borde de la cama cuando menos 15 minutos antes de movilizarla?		

Si respondió afirmativamente a todas las preguntas: acompañe a la paciente a la regadera.