



Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud Licenciatura en Instrumentación Quirúrgica

Año 2021
Trabajo Final de Carrera

Errores en el quirófano y seguridad del paciente en Argentina

Errors in the operating room and patient safety in Argentina

Alumna:

Anahí Aranda

anahiarabela.aranda@alumnos.uai.edu.ar
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Universidad Abierta Interamericana

Tutora:

Patricia Barroetaveña

patriciaveronica.barroetavena@uai.edu.ar
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Universidad Abierta Interamericana

Agradecimientos:

A mi familia y amigos, por el apoyo incondicional.

Errores en el quirófano y seguridad del paciente en Argentina

Errors in the operating room and patient safety in Argentina

Autores: Aranda Anahí Arabela, Barroetaveña Patricia.

Resumen

Introducción: Las organizaciones de salud son responsables de garantizar la seguridad de los pacientes a los que se les brinda tratamiento y atención.

Los quirófanos son áreas de atención médica con alto riesgo de cometer errores y su prevención es una cuestión fundamental para las prácticas seguras en quirófano.

Para la seguridad del paciente, es importante aceptarla como un tema principal y un valor común de la organización.

Conocer cuáles son los valores, opiniones y actitudes de los profesionales de salud sobre la seguridad del paciente ayudará a reducir y prevenir los errores. El presente estudio se planificó para investigar los errores en el quirófano y sus causas, las actitudes de los profesionales de la salud en caso de que ocurran y para conocer si existen necesidades educativas o acciones que puedan implementarse para evitarlos. **Material y métodos:** Este es un estudio descriptivo de corte transversal se realizó en Argentina de mayo de 2021 a noviembre de 2021, y estuvo compuesto por 50 cuestionarios cerrados, administrados de forma online realizados a profesionales de la salud (médico/a cirujano/a, anestesiólogo/a, instrumentador/a) que trabajan en planta quirúrgica en Clínicas, Sanatorios y Hospitales CABA y PBA. **Resultados:** El 90% de los participantes presenciaron errores en su vida profesional. El 100% indicaron que toman acciones y responsabilidad en la prevención de errores que afectan la seguridad del paciente pero ante una situación de error el 15% no tomó ninguna acción. **Conclusión:** La seguridad del paciente y los errores que ocurren en quirófano pueden disminuirse si se realiza una relevación de datos para conocer las necesidades de cada institución y se capacita al personal para identificar errores, reportarlos y tomar las acciones correctas frente a ellos.

Palabras Clave: Actitud del personal de salud; Errores médicos; Quirófanos / estándares; Seguridad del paciente / estándares; Hospital / educación.

Abstract

Background: Healthcare organizations are responsible for ensuring the safety of patients receiving treatment and care.

Operating rooms are areas of medical care with a high risk of making mistakes and their prevention is a fundamental issue for safe practices in the operating room.

For patient safety, it is important to accept it as a main theme and a common value of the organization.

Knowing what the values, opinions and attitudes of health professionals are about patient safety will help reduce and prevent errors. The present study was planned to investigate errors in the operating room and their causes, the attitudes of health professionals if they occur, and to find out if there are educational needs or actions that can be implemented to avoid them. **Material and methods:** This is a descriptive cross-sectional study, it was made in Argentina from September 2021 to November 2021, and was composed of 50 online questionnaires to health professionals (surgeon, anesthesiologist, surgical nurse) who work in the surgical area at Clinics, Sanatoriums and Hospitals in CABA and PBA. **Results:** 90% of the participants witnessed errors in their professional life. 100% indicated that they take actions and responsibility to prevent errors that affect patient safety, but in the event of an error, 15% did not take any action. **Conclusion:** Patient safety and errors that occur in the operating room can be reduced if research is done to understand the needs of each institution and staff are trained to identify errors, report them, and take the correct actions upon them.

Keywords: Attitude of Health Personnel; Medical Errors; Operating Rooms / standards; Patient Safety / standards; Hospital / education.

INTRODUCCIÓN

La ciencia de la medicina se basa en el principio "primum non nocere" que significa lo primero es no hacer daño, sin embargo, los avances tecnológicos en medicina no son suficientes para evitar los errores que se cometen en las prácticas sanitarias y que afectan directamente la seguridad del paciente.

La seguridad del paciente significa por un lado la ausencia de eventos no deseados, por otro lado acciones para evitarlos. (1)

Los quirófanos se consideran escenarios de alto riesgo, susceptibles a errores en la práctica asistencial. Éstos provocan daños, tanto temporales como permanentes, y son considerados evitables.

En octubre de 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en respuesta a la Resolución 55.18 de la Asamblea Mundial de la Salud, en la que se instaba a la OMS y a los Estados Miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad de los pacientes (2). Por esta razón, lanzó una campaña titulada "Cirugías seguras salva vidas", con el objetivo de despertar la conciencia profesional y el compromiso político para mejorar la atención de la salud, apoyar el desarrollo de políticas públicas e inducción de buenas prácticas de cuidado.

El presente estudio tiene como objetivo conocer cuáles son los errores que se cometen en la tarea diaria en el quirófano, determinar sus posibles causas y conocer que actitudes toman los profesionales frente a estos para reducirlos. Investigar sobre esto permitirá tomar acciones para evitar que ocurran y conocer si existen necesidades educativas o algún proceso nuevo de verificación que pueda implementarse para los profesionales en favor de mejorar la seguridad del paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS

El siguiente estudio es descriptivo de corte transversal, se tomó una muestra aleatoria de 50 profesionales de la salud (médico/a cirujano/a, anestesiólogo/a, instrumentador/a) que trabajaran en plantas quirúrgicas de Clínicas, Sanatorios y Hospitales de C.A.B.A y P.B.A y se les solicitó que tuvieran título habilitante y al menos un año de experiencia en su labor.

Se utilizó un cuestionario autoadministrado de forma online para conocer si los profesionales participantes habrían presenciado errores durante su carrera, de qué tipo, las posibles causas, frecuencia y las acciones que tomaron frente a estos errores. Por otra parte, se indagó sobre la formación sobre seguridad del paciente, en dónde la recibieron y la efectividad de esta.

Los resultados de los cuestionarios serán analizados mediante tablas y gráficos realizados en Excel.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 50 cuestionarios. Los profesionales de la salud participantes fueron 44 instrumentadores quirúrgicos (88%), 3 anestesiólogos (6%) y 3 médicos cirujanos (6%). La edad promedio de la población fue de 39 (21-55). La experiencia laboral promedio de la población fue de 14.2 años (1-37). (Ver TABLA 1).

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES

Características	Resultados (n = 50)
PROFESIÓN	
Cirujano/a	3
Anestesiólogo/a	3
Instrumentador/a	44
EDAD (promedio en años)	39
EXPERIENCIA LABORAL (promedio en años)	14

PRÁCTICAS SEGURAS EN QUIRÓFANO

Al ser consultados si recibieron capacitación sobre la seguridad del paciente en su lugar de trabajo el 58% indicó que no y por fuera del lugar de trabajo el 22%. Se indagó sobre si la capacitación se consideraba suficiente para realizar su tarea diaria y el 80% indicó que sí.

En cuanto a la tarea diaria, se consultó a los participantes si tomaban acción y responsabilidad en la prevención de los errores que afectan a la seguridad del paciente, obteniendo un 100% de respuestas afirmativas.

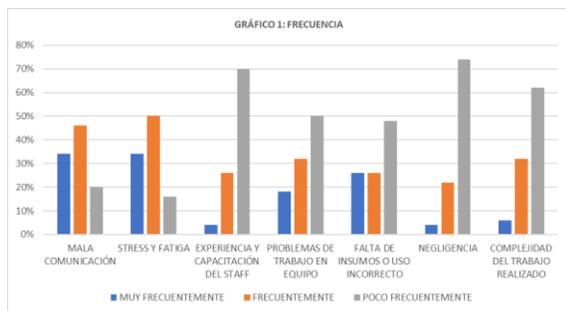
Por último se consultó si habían reportado durante el último año algún error relacionado con la seguridad del paciente, el 46% (23) había reportado entre 1-2 eventos, el 38% (19) ninguno, el 8% (4) de 3-5 eventos, y el 8% (4) más de 5.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Los participantes fueron consultados si habían presenciado en algún momento de su vida algún error que atentaba contra la seguridad del paciente, el 90% (45) indicó que sí, al preguntar que tipo de error, las respuestas fueron: 23% relacionados al equipamiento o a los insumos (falta de los mismos o mal funcionamiento), 21% relacionado con la comunicación o información, 16% relacionado a toma de muestras (toma o manipulación incorrecta), 11% caída del paciente, 11% identificación del paciente, 7% lugar incorrecto de cirugía, 7% administración de drogas incorrecta, 2% relacionados a la medicación de alto riesgo, 2% relacionados a la sangre o transfusiones.

Consultados por las causas posibles de los errores que afectan la seguridad del paciente indicaron: 24% mala comunicación, 19% stress y fatiga, 16% experiencia y capacitación del staff, 16% problemas de trabajo en equipo, 13% falta de insumos o uso incorrecto, 11% negligencia, 2% complejidad del trabajo realizado.

Por último, se consultó por la frecuencia de estas causas, y se presentaron en una escala que toma los valores de poco frecuentemente, frecuentemente y muy frecuentemente (Ver Gráfico 1).



ACCIONES A FAVOR DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Sobre las acciones tomadas en el pasado en el caso de haber presenciado un error el 3% no hizo nada, el 12% reflexionó sobre la causa del error, el 26% notificó a su supervisor directo, el 11% llenó un registro advirtiendo el error, el 30% advirtió el error verbalmente, el 18% reportó el error al supervisor del área quirúrgica.

Por último, se consultó la opinión de los profesionales sobre las acciones a tomar frente a un error y respondieron: 51% se debería investigar la causa del error y tomar acciones para que no se repita, 16% los pacientes deberían recibir una explicación y compensación, 22% los problemas deberían ser resueltos sin involucrar al paciente y su familia, 11% deberían disculparse con el paciente.

DISCUSIÓN

La seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. Su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. Una piedra angular de la disciplina es la mejora continua basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos (3).

En Argentina la formación continua, si bien es necesaria, no es obligatoria para los profesionales de la salud, al analizar los resultados de los cuestionarios se puede observar que la mayoría de los profesionales no fueron

capacitados sobre la seguridad del paciente en su lugar de trabajo y sólo el 22% de ellos buscaron capacitación por fuera del mismo.

Cada año, millones de pacientes sufren lesiones o mueren a causa de una atención sanitaria poco segura y de mala calidad. Muchas prácticas médicas y riesgos relacionados con la atención sanitaria se están convirtiendo en problemas importantes para la seguridad de los pacientes y contribuyen significativamente a la carga de daños por atención poco segura (2).

Los procedimientos quirúrgicos poco seguros provocan complicaciones en hasta el 25% de los pacientes. Anualmente, casi siete millones de pacientes quirúrgicos sufren complicaciones significativas, de los que un millón fallece durante la intervención o inmediatamente después de ella (3).

Aunque el propósito de la cirugía es salvar vidas, la falta de seguridad de la atención quirúrgica puede provocar daños considerables, lo cual tiene repercusiones importantes en la salud pública, dada la ubicuidad de la cirugía. Por ejemplo, hasta un 25% de los pacientes quirúrgicos hospitalizados sufren complicaciones postoperatorias, la tasa bruta de mortalidad registrada tras la cirugía mayor es del 0,5–5%, en los países industrializados, casi la mitad de los eventos adversos en pacientes hospitalizados están relacionados con la atención quirúrgica, el daño ocasionado por la cirugía se considera evitable al menos en la mitad de los casos, los principios reconocidos de seguridad de la cirugía se aplican de forma irregular, incluso en los entornos más avanzados.(2)

El 90% de los profesionales consultados indicaron que han reportado algún error durante su vida profesional y en cuanto al último año, el 62% indicó que presenció al menos un error en quirófano.

El problema de la seguridad de la cirugía está ampliamente reconocido. En el mundo en desarrollo, el mal estado de las infraestructuras y del equipo, la irregularidad del suministro y de la calidad de los medicamentos, las deficiencias en la gestión organizativa y en la lucha contra las infecciones, la deficiente capacidad y formación del personal y la grave escasez de recursos financieros son factores que contribuyen a aumentar las dificultades (2).

En la actualidad, se comprende que los errores que puedan ocurrir en el quirófano tienen distintas causas y que probablemente no se puedan eliminar de forma definitiva, porque es inherente al ser humano, pero sí tratar de reducirlos al máximo.

Acorde a esta investigación, los errores que ocurren en quirófano en Argentina son, en primer lugar, por el equipamiento y los insumos, luego por falta de estos o mal funcionamiento, por falta de información o comunicación y relacionados a la toma de muestras, por toma o incorrecta manipulación.

Las causas de los errores que se presentan con mayor frecuencia son la mala comunicación, el stress y fatiga y por falta de insumos o uso incorrecto de los mismos.

En la Argentina, hay pocos datos estadísticos confiables ya que en muchos establecimientos existe una cultura del ocultamiento, por temor a las consecuencias, sanciones y juicios que puedan devenir de cometer ciertos errores.

Según el Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS) realizado entre 2007 y 2008 por la OPS y el Ministerio de Salud de la Nación Argentina, el 10% de los pacientes internados sufre de uno o más eventos adversos durante la atención. Pero en Argentina la cifra hallada fue más alta: 12,1% (4).

Se realizó la siguiente investigación apelando a la transparencia de los profesionales participantes, la validez está sujeta a su capacidad de percibir, reconocer un error y ser honestos en cuanto a las acciones que suelen tomar frente a los errores que pudieran presenciar.

Se pudo relevar que al haber presenciado un error, el 55% notificó a la institución o a personal jerárquico, 30% de los profesionales advirtió el error verbalmente, y el 15% reflexionó o no tomó ninguna acción al respecto.

El personal de quirófano se desempeña en escenarios laborales adversos en múltiples aspectos, factores como el agotamiento laboral y la falta de recursos técnicos generan situaciones propicias para que ocurran errores. Es necesario que las instituciones sean seguras y confiables para los pacientes. Para esto, se debería medir el desempeño al menos de forma anual, para compartirlo con la población.

En Argentina la acreditación de los establecimientos de salud, que consiste en el procedimiento de evaluación de la calidad institucional a través del cumplimiento de ciertos estándares y normativas, no es obligatoria.

En base a los resultados obtenidos en los cuestionarios, es inevitable pensar que para lograr una mejora en la seguridad del paciente y disminuir estos errores que se dan en la tarea diaria, se necesitan recolectar datos a nivel país del estado de las instituciones, para conocer las necesidades de cada una y poder trabajar en aquellas debilidades que presentan.

Poder relevar esta información permitirá conocer si es necesario implementar un plan educativo, con que frecuencia debe hacerse, unificar criterios y evaluar al personal para saber que dichas capacitaciones fueron efectivas.

Como se mencionó anteriormente, el 22% de los participantes indicó que los problemas en quirófano deberían ser resueltos sin involucrar al paciente y sus familiares.

Por lo cual, es necesario un proceso de cambio basado en cuestionamientos que ayuden a mejorar el sistema en lugar de castigar a los profesionales, ya que probablemente las actitudes de castigo son causas por las cuales no se reportan los problemas relacionados con la seguridad del paciente en quirófano. Es fundamental incentivar y alentar a los profesionales a reportar errores, entendiendo que esta acción es en beneficio del paciente.

Por otra parte, la información que manejan los pacientes hace que puedan contribuir a reducir los errores y mejorar la asistencia sanitaria. En la actualidad existen dos programas apuntados al rol de los pacientes, el primero es "Pacientes en defensa de su seguridad" que tiene como objetivo mejorar la seguridad en todos los ámbitos de la atención sanitaria mundial, fomentando la participación de los pacientes y el segundo "Speak Up" de The Joint Commission que anima a los pacientes a tomar un rol activo en la prevención de los errores emanados del cuidado de su salud, involucrándose en éste y estando informados.

Por parte del paciente es fundamental el compromiso que pueda tener con su seguridad, ya que le brinda la oportunidad de evaluar la atención que recibe, pero sólo podrá tomar un rol activo, si cuenta con la información suficiente, entiende cómo utilizarla y está convencido de tener el derecho de participar en el proceso de su cuidado. Los errores en quirófano que afectan la seguridad del paciente pueden ser disminuidos cuando el personal sanitario está entrenado correctamente y continuamente. La información disponible y actualizada tiene un rol fundamental para la prevención de errores tanto para el paciente como para el equipo quirúrgico y es un punto que podría mejorarse fácilmente con la tecnología para difundirla que existe hoy en día.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés y no haber participado en los cuestionarios que fueron la fuente de esta investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Katja Wipfler, Johanna Elisabeth Hoffmann, Anika Mitzkat, Cornelia Mahler, Susanne Frankenhauser, 2019, Patient safety – Development, implementation and evaluation of an interprofessional teaching concept, GermanyGMS J Med Educ <https://www.egms.de/static/en/journals/zma/2019-36/zma001221.shtml>
2. Organización Mundial de la Salud, 2008, La cirugía segura salva vidas, WHO/IER/PSP/2008.07 <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-IER-PSP-2008.07>
3. Organización Mundial de la Salud, 2019, Seguridad del Paciente. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/patient-safety>
4. Estudio IBEAS, 2010, Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Informe de resultados Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/3-informe-ibeas-argentina.pdf>
5. Ministerio de Salud y Desarrollo Social – Presidencia de la Nación, Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria, septiembre 2019. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/acciones-seguridad-pacientes.pdf>