

Editorial

REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS, NUESTRO COMPROMISO CON LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES. ADVERSE EVENTS REPORT, OUR COMMITMENT TO PATIENT SAFETY

Kelly Estrada-Orozco MD, MSc

*Coordinador unidad de investigación sobre seguridad del paciente
Grupo de Evaluación de Tecnologías y Políticas en Salud
Universidad Nacional de Colombia
DOI: 10.26852/01234250.1*

A

un cuando han transcurrido ya casi dos décadas desde la publicación del reporte “Errar es humano: construyendo un sistema de salud más seguro” (1), y a pesar de las numerosas recomendaciones desde entidades como la Organización Mundial de la Salud (OMS) quien en 2004 como parte de un ambicioso programa de trabajo: “La alianza mundial para la seguridad del paciente”, adoptó como prioridad el objetivo de facilitar y estimular el aprendizaje global a través de las mejoras en reportes de incidentes relacionados con seguridad del paciente. De igual forma, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y en el ámbito local por el Ministerio de salud y protección social, se han realizado recomendaciones sobre las acciones que se deben fortalecer en seguridad del paciente; sin embargo, éste continúa siendo un tema con necesidades y retos por afrontar.

La ocurrencia de eventos adversos e incidentes clínicos en general pasa desapercibida por la falta de un reporte efectivo, la falta de extracción del aprendizaje y la comunicación y transferencia del conocimiento adecuados.

Las dificultades en el reporte de eventos adversos, principalmente en el reporte voluntario, se traducen en el subregistro de los mismos, lo cual impacta en el reconocimiento y análisis de los factores asociados a su aparición y no permite la comprensión ni el planteamiento de acciones secundarias para su gestión.

El papel fundamental de los sistemas de reporte es mejorar la seguridad del paciente aprendiendo de las fallas de la atención médica. Los errores en el cuidado de la salud a menudo son provocados por sistemas débiles y, por lo general, tienen

causas y soluciones comunes que pueden generalizarse. Hay varias maneras en que los sistemas de reporte voluntario pueden contribuir a mejorar la seguridad del paciente, su capacidad para detectar eventos inusuales o problemas emergentes, además, permiten una respuesta rápida a un problema, ya que los informes llegan espontáneamente cuando ocurre un evento lo que favorece la reacción oportuna.

El volumen de los informes está influenciado por más factores que simplemente si el reporte es voluntario. Algunas de las razones que se han sugerido son: el miedo a ser penalizados, culpados o señalados por la ocurrencia del evento, el desconocimiento de los procesos de reporte, la falta de conocimiento sobre qué reportar y la escasa estandarización de los términos, factores que se suman a la falta de tiempo y falta de interés de algunos trabajadores del área de la salud.

Otro conjunto de factores que afecta el volumen de informes se relaciona con la ausencia de retroalimentación a quienes reportan, ya que existe una creencia en el medio de que la información que se proporciona en el reporte no es usada en realidad, lo que les hace cuestionarse si el tiempo invertido en la presentación de un informe vale la pena.

Para que el reporte de eventos adversos sea efectivo, es necesario que haya una clara conciencia de su importancia y propósito entre las instituciones de la salud y la sociedad. Los médicos y todos aquellos potencialmente involucrados en el suministro de reportes, incluidos pacientes y familiares, deben conocer sobre la cultura de seguridad y mejora para aumentar su disposición a

describir con objetividad y detalle las circunstancias y las consecuencias que condujeron a un evento dañino.

Una vez descubiertos los eventos adversos se convierten en una realidad incómoda pero, como todos los otros lados oscuros de la realidad, requiere ser entendido y confrontado, para poder mitigar el impacto sobre las víctimas, y para evitar que los eventos vuelvan a suceder. Por lo tanto, documentar los hechos cuando ocurren es primordial, aunque también lo es estudiar, analizar y retroalimentar a los que participan en el reporte.

Si bien se ha logrado implementar gradualmente diversas políticas y prácticas en pro del bienestar y la seguridad del paciente, todavía queda mucho por hacer. Además de desarrollar prácticas seguras e innovadoras, es menester garantizar que estas prácticas sean adoptadas por los profesionales de la salud y también por aquellas instituciones dedicadas a la prestación de servicios en salud. En muchos casos, las soluciones propuestas deben ser personalizadas y dirigidas con el fin de mantener su eficacia. Esto implica que un cuidado cada vez más seguro requiera abordajes sistemáticos de gran calidad metodológica para su implementación.

Todos los trabajadores de las instituciones de salud, sin importar la labor que desempeñemos, estamos en la obligación de conocer sobre los sistemas de reporte de eventos adversos en la institución, así como existe la obligación de las instituciones de proveer la información sobre el reporte a sus trabajadores, pacientes y familiares, con el fin de alcanzar una mayor comprensión de la naturaleza y la magnitud de los eventos que se presentan en nuestro entorno.

REFERENCIAS

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington (DC); 2000.