

LIBRO PARA LA FORMACIÓN DE LOS RESIDENTES EN OFTALMOLOGÍA

GESTIÓN CLÍNICA
3. Calidad asistencial

3F
**Seguridad del paciente en la práctica
clínica**

Luis Cadarso Suárez¹, Francisco Ramón Santamaría²

¹ Jefe de Servicio Hospital Meixoeiro. EOXI de Vigo.

² FEA Hospital Meixoeiro. EOXI de Vigo.



SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE OFTALMOLOGÍA

INTRODUCCIÓN

En los últimos 40 años la Oftalmología ha experimentado grandes innovaciones tecnológicas y terapéuticas. Estos cambios, junto con la introducción de vías clínicas, reducción en los tiempos de espera y el aumento de la esperanza de vida, han promovido un incremento importante en el número de procedimientos médicos y quirúrgicos que han supuesto una importante mejora en la calidad de vida de los pacientes.

Este aumento notable de actos médicos, en general, no ha supuesto un incremento en las plantillas, lo que ha originado una sobrecarga asistencial en nuestros servicios, con numerosos procedimientos en la jornada de cada facultativo con pacientes con perfil de riesgo más elevado, que potencialmente puede afectar la calidad de la atención médica. Calidad y seguridad van indisolublemente unidas y esta situación, inevitablemente, puede poner en riesgo la seguridad del paciente ya sea por la aparición de efectos adversos como de errores médicos.

Es por tanto necesario, especialmente hoy en día, enfatizar nuestra obligación de buscar la seguridad de los pacientes, aunque ya se mencionaba hace más de 25 siglos en el Corpus Hipocrático donde la misión del médico es «para ayudar, o por lo menos no hacer daño».

Podemos definir la **Seguridad del Paciente** como la ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidos como consecuencia de la atención sanitaria (1).

La seguridad de los pacientes es uno de los marcadores de primer nivel de la calidad de la atención sanitaria y, aunque mejorarla no es tarea fácil, debe de ser una preocupación constante tanto para los gestores clínicos como para el personal sanitario en contacto con el paciente. La seguridad es una responsabilidad de todos: Autoridades Políticas, Sanitarias, Instituciones, Gestores Clínicos, Médicos y Pacientes.

Por tanto, se hace necesario instaurar una cultura de seguridad en la práctica oftalmológica que se debe de impartir a todos los profesionales, sanitarios y no sanitarios, para minimizar los errores médicos y daños a nuestros pacientes al mismo tiempo que proporcione una atención de la máxima calidad, seguridad en el lugar de trabajo y de los profesionales del cuidado oftalmológico (1-4).

SUCESOS ADVERSOS

Los **Sucesos Adversos** se definen como acontecimientos relacionados con la asistencia sanitaria y que tienen consecuencias negativas para el paciente. Se clasifican en evitables (tales como equivocación en el ojo intervenido o energía inadecuada en un tratamiento laser) e inevitables (como desprendimiento de retina tras capsulotomía con láser Yag). Notificar estos eventos es fundamental para conocer sus causas e iniciar los procesos que nos permitan prevenir los sucesos evitables y disminuir la incidencia de los inevitables. Si estos sucesos inesperados no producen daños ni pérdidas al paciente se denominan incidentes.

3F. Seguridad del paciente en la práctica clínica

Luis Cadarso Suárez, Francisco Ramón Santamaría

Para instaurar una cultura de seguridad es fundamental reportar y *monitorizar los sucesos adversos* que ocurren en un servicio y para esto es necesario definir un listado de **Eventos Centinela** (fig. 1). Los Eventos Centinela son sucesos adversos lo suficientemente graves como para producir consecuencias serias en el paciente (muerte, lesiones físicas o psíquicas graves) no derivadas de su enfermedad primaria. Estos eventos se denominan «centinela» porque avisan de la necesidad de una investigación y una respuesta inmediata. Existen listados de estos eventos específicos para oftalmología como los del Royal College of Ophthalmologists (5) (tablas 1-4) o la autoridad hospitalaria de Hong-Kong (6).



Figura 1: Reporte de Eventos Centinela para mejorar seguridad del paciente.

Tabla 1. Incidentes de seguridad del paciente en el quirófano

- i. Muerte perioperatoria inesperada
- ii. Operación en el ojo equivocado o en el paciente equivocado
- iii. Operación equivocada en el ojo correcto (se incluye implante equivocado)
- iv. Perforación del globo ocular en inyecciones periorbitales
- v. Hemorragia expansiva durante cirugía ocular
- vi. Endoftalmítis en las 6 semanas siguientes de la cirugía ocular
- vii. Colapso del paciente durante la cirugía ocular que requiere resucitación
- viii. Reintervenciones o readmisiones
- ix. Fallo del dispositivo quirúrgico
- x. Pérdida de registros clínicos en el quirófano
- xi. Categoría abierta (incidentes adversos que causan preocupación en el staff o en el paciente)

Tabla 2. Incidentes de seguridad del paciente en la clínica

- i. Retraso en el diagnóstico de cuerpo extraño intraocular
- ii. Retraso/ausencia de diagnóstico de tumor intracraneal
- iii. Retraso en el diagnóstico de desgarro retiniano
- iv. Ausencia de despistaje de ROP que origine pérdida visual
- v. Pérdida de documentación clínica o errores en la transcripción de los datos
- vi. Queratitis relacionada con uso de lentes de contacto o solución de lentes de contacto
- vii. Lentes intraoculares defectuosas u opacificaciones
- viii. Alta no indicada o falta de seguimiento de la UCMA o de la ausencia a las revisiones

3F. Seguridad del paciente en la práctica clínica

Luis Cadarso Suárez, Francisco Ramón Santamaría

Tabla 3. Incidentes de seguridad del paciente con la medicación

- i. Equivocación en los medicamentos instilados o dispensados
- ii. Medicamentos prescritos no proporcionados
- iii. Prescripción equivocada
- iv. Error en la dosis, método o forma de aplicación
- v. Suceso adverso grave relacionado con medicamentos
- vi. Cualquier suceso adverso relacionado con medicamentos con triángulo negro (VGF, biológicos)

Tabla 4. Incidentes de seguridad del paciente en la planta de hospitalización

- i. Paciente en planta equivocada
- ii. Identificación errónea del paciente
- iii. Mal control médico de los pacientes de Oftalmología (por ejemplo: Diabetes M.)
- iv. Categoría abierta (incidentes adversos que causan preocupación en el staff o en el paciente)

ERRORES MÉDICOS

En la práctica clínica podemos definir al **Error Médico** como un acto de equivocación por comisión u omisión en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que ocurra un suceso adverso (7,8). Aunque los errores por comisión (Activos, Sharp Edge) son muy evidentes y generalmente atribuidos al ser humano, son los errores por omisión (Latentes, Blunt Edge) los que representan generalmente un problema de mayor gravedad por su dificultad para ser detectados y ser defectos de organización o planificación. Como ya es sabido es más fácil echarle la culpa al individuo que poner el foco en las instituciones.

Si analizamos las equivocaciones desde el punto de vista del individuo podemos clasificarlos en Errores e Infracciones de las reglas o protocolos:

- 1) El *Error* pueden definirse como el fallo de las acciones planificadas para conseguir un fin deseado. Según Jack Reason (9) debe distinguirse entre:
 - a) *Los Despistes u Olvidos (Slips)* que son errores que ocurren cuando se realizan inadecuadamente actividades cotidianas de forma rutinaria o inconsciente, en estos casos los protocolos y los checklists ayudan a su reducción.
 - b) *Los Errores propiamente dichos (Mistakes)* que suponen que de forma consciente hemos realizado una acción que no era la adecuada a la situación bien sea por no aplicar las normas adecuadas o por falta de conocimiento.
- 2) Las *Infracciones e Incumplimientos de normas* o procedimientos suponen la modificación intencionada de la forma más adecuada o protocolizada para realizar una actividad. Estas pueden ser *rutinarias* (creemos que por nuestra experiencia o categoría podemos obviarlas), *circunstanciales* cuando ocurren en determinadas situaciones (urgencias u otras prioridades) y *excepcionales* cuando se dan en condiciones que hacen inaplicable las normas existentes.

La atención sanitaria es compleja y como profesionales podemos equivocarnos siendo esto más probable en especialidades, como la Oftalmología, donde tenemos que manejar técnicas complejas, realizamos intervenciones quirúrgicas y atención en urgencias. Es por ello necesario establecer una serie de medidas englobadas en la práctica segura para conseguir evitar los errores evitables y disminuir los inevitables.

SEGURIDAD EN EL ÁMBITO QUIRÚRGICO

El quirófano es un medio donde los errores pueden tener especial relevancia por los procedimientos complejos que se realizan pudiendo provocar daños considerables.

Lista de Verificación Quirúrgica (Checklist)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publica en 2008 «La Cirugía segura salva vidas», la finalidad de esta iniciativa era aumentar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas, enfocando la seguridad del paciente como una prioridad de salud pública (10). En esta publicación se definen unas normas de seguridad, que fueran aplicables en todos los países miembros, estimando que se evitarían al menos el 50% de los casos. Estas medidas no son exclusivamente responsabilidad del cirujano, sino que dependen de todo el equipo sanitario que trabaja en el área quirúrgica, debidamente respaldado por el sistema de salud.

La OMS fija diez objetivos esenciales para la seguridad en la cirugía (tabla 5). Con tal motivo se elaboró una lista de comprobación quirúrgica (checklist); la finalidad es proporcionar una herramienta práctica y fácil de usar para mejorar la seguridad en el ámbito quirúrgico bajo los principios de simplicidad, amplio rango de aplicación y capacidad de medir el impacto de estas medidas (fig. 2).

Tabla 5. Objetivos esenciales para la seguridad en cirugía

- i. El equipo quirúrgico operará al paciente correcto en el sitio anatómico correcto
- ii. El equipo utilizará métodos que se sabe que previenen los daños derivados de la administración de la anestesia al tiempo que protegen al paciente del dolor
- iii. El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida de la función respiratoria o del acceso a la vía aérea, y reconocerá esas situaciones
- iv. El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida considerable de sangre, y reconocerá esas situaciones
- v. El equipo evitará provocar reacciones alérgicas o reacciones adversas a fármacos que se sabe que suponen un riesgo importante para el paciente
- vi. El equipo utilizará sistemáticamente métodos reconocidos para minimizar el riesgo de infección de la herida quirúrgica.
- vii. El equipo evitará dejar accidentalmente gasas o instrumentos en la herida quirúrgica
- viii. El equipo guardará e identificará con precisión todas las muestras quirúrgicas
- ix. El equipo se comunicará eficazmente e intercambiará información sobre el paciente fundamental para que la operación se desarrolle de forma segura
- x. Los hospitales y sistemas de salud públicos establecerá una vigilancia sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos

La lista de verificación debe de ser dirigida por una sola persona, generalmente de enfermería, y consta de tres fases: la entrada (Antes de la aplicación de la anestesia), la pausa quirúrgica (Antes de la incisión quirúrgica) y la salida (Al terminar la intervención). Esta lista es genérica para poder ser aplicada en cualquier quirófano y especialidad. En Oftalmología ha sido modificada en muchos centros para hacerla más práctica y adap-

Protocolo Prevención TASS

Los quirófanos de Oftalmología, generalmente, son de muy alta rotación con numerosos ciclos de esterilización durante la jornada. Es por ello que se precisa un protocolo riguroso del tratamiento, limpieza y esterilización del material quirúrgico para evitar la ocurrencia de endoftalmitis y del síndrome tóxico de segmento anterior (TASS). Es muy importante el manejo exquisito del instrumental durante la esterilización, la preparación y administración de medicaciones intraoculares preferiblemente comercializadas y de un solo uso para mejorar trazabilidad, minimizar el uso de material no desechable y un adecuado mantenimiento de los equipos de esterilización. Con estas medidas se evitarán brotes de esta peligrosa complicación (12,13).

Movilización de pacientes en las salas de UCMA

Otro aspecto importante es la prevención de caídas en las unidades de cirugía ambulatoria. El flujo de pacientes discurre por una sala de preparación, sala quirúrgica y sala de habituación al medio. El traslado de los pacientes de una sala a otra expone al paciente al riesgo de caídas especialmente en la población más anciana. Una solución muy habitual es asignar al paciente una silla que servirá de medio de transporte y reposo en todas las salas incluido el quirófano obviando la necesidad de cambios.

SEGURIDAD EN EL ÁMBITO CLÍNICO

En nuestras consultas en donde tienen lugar la mayoría de nuestros actos médicos. Aunque generalmente son lugares seguros, conviene tomar una serie de medidas para minimizar la aparición de sucesos adversos.

- Higiene y prevención transmisibilidad de infecciones: En esta época de pandemia que nos ha tocado vivir, se deben incrementar las medidas para prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas. La Sociedad Española de Oftalmología ha elaborado un protocolo riguroso para disminuir el riesgo de contagio de pacientes y de los profesionales implicados en su cuidado (14).
- Seguimiento de protocolos y guías clínicas que ayudan a reducir la variabilidad clínica y homogeneizan de una forma segura el diagnóstico y los cuidados del paciente.
- Seguridad en la Transcripción de datos clínicos. Una fuente de errores nada desdeñable es el manejo de la ingente información clínica que manejamos en nuestra práctica diaria. Se favorecerá el uso de listas de trabajo y la transmisión automática de los datos clínicos de paciente a su historia clínica informatizada para evitar errores de escritura o adjudicación equivocada de pruebas de otros pacientes.
- Prevención de caídas. Nuestras clínicas disponen de numerosos equipos de diagnóstico que requieren la movilización del paciente entre aparatos. Esto origina un

riesgo potencial de caídas especialmente en pacientes de edad avanzada e infantil. Se recomiendan el uso de estaciones de diagnóstico con varios equipos que reducen el número de traslados del paciente y evitar en lo posible exploraciones innecesarias.

CONCLUSIONES

Mejorar la seguridad de nuestros pacientes debe ser una preocupación constante en nuestra práctica clínica. No se puede tener una medicina de calidad si no es segura. Para ello se debe facilitar la formación continuada para minimizar los errores médicos evitables y estimular una cultura de seguridad como eje de nuestra actividad. El seguimiento de protocolos y guías clínicas en nuestras consultas y la promoción del uso de la lista de comprobación quirúrgica en el quirófano disminuirán el número de eventos adversos en beneficio de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vincent C. Patient Safety. London: Churchill-Livingston, 2006.
2. González-López JJ, et al. El error médico y la seguridad del paciente en Oftalmología. Arch Soc Esp Oftalmol. 2017. doi:10.1016/j.oftal.2017.01.009.
3. Custer PL, Fitzgerald ME, Herman DC, Lee PP, Cowan CL, Cantor LB, et al. Building a culture of safety in Ophthalmology. Ophthalmology. 2016; 123 9 Suppl: S40-5.4
4. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. To err is human: Building a safer health system, XXI. Washington, D.C: National Academy Press; 2000. p. 287.
5. Kelly SP. Guidance on patient safety in ophthalmology from the Royal College of Ophthalmologists. Eye, 23(12), 2143–2151. doi:10.1038/eye.2009.168.
6. Mak ST. Sentinel events in ophthalmology: Experience from Hong Kong. J Ophthalmol. 2015; 2015: 454096.
7. Aibar Remón C. Aranaz Andrés J. <https://cursos.seguridaddelpaciente.es/formacion-seguridad-paciente-prevencion-eventos-adversos-asistencia-sanitaria/>.
8. Hofer TP, Kerr EM, Hayward RA. What is an error?. Eff Clin Pract 2000; 3: 1-10.
9. Reason J. Human Error: models and management. BMJ 2000; 320. doi: 10.1136/bmj.320.7237.768.
10. https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf.
11. <https://www.omic.com/wp-content/uploads/2016/02/Ophthalmic-Surgery-Checklist.pdf>.
12. Park et al. Toxic anterior segment syndrome - an updated review. BMC Ophthalmology (2018) 18: 276. <https://doi.org/10.1186/s12886-018-0939-3>.
13. Moya Romero J O, Morfín Avilés L, Salazar López E, Arrazola Vázquez JC. Síndrome tóxico de segmento anterior; informe de un caso y revisión de la bibliografía. Revista Mexicana de Oftalmología 2011 85(3)161 166.
14. Gegúndez-Fernández JA y col. Recomendaciones para la atención oftalmológica durante la fase de retorno escalonado tras el final del confinamiento por la pandemia COVID-19. Arch Soc Esp Oftalmol. 2020 Jun; 95(6): 300-310. También accesible en internet <https://www.oftalmoseo.com/documentacion/retorno-escalonado2.pdf>.