

## Seguridad del paciente: glosario

### *Patient safety. Glossary*

*Subcomisión de Calidad en Salud y Seguridad del Paciente*

*Sociedad Argentina de Pediatría*

*Dra. Verónica Sabio Paz<sup>a</sup>, Dr. Néstor D. Panattieri<sup>b</sup>, Farmacéutica Cristina Godio<sup>c</sup>,*

*Dra. María E. Ratto<sup>d</sup>, Dra. Lucrecia Arpí<sup>e</sup> y Dra. Nora Dackiewicz<sup>e</sup>*

#### RESUMEN

La calidad de la atención médica y la seguridad del paciente se han convertido en una preocupación creciente, constituyendo un reto en todos los sistemas de salud. La conciencia de que la atención sanitaria es una actividad cada vez más compleja y con numerosos riesgos, devenidos de la conjunción de acciones humanas, tecnológicas y procedimientos organizativos complejos ha puesto de manifiesto la necesidad de adoptar medidas eficaces para reducir los eventos adversos derivados de la atención sanitaria y sus repercusiones.

Consideramos que es necesario poner en claro un conjunto de términos que unifiquen significados y permitan tener un lenguaje común a la hora de interpretar los hechos y desarrollar estrategias. Este glosario constituye una adaptación local de los términos y conceptos claves hallados en las fuentes bibliográficas internacionales, con el objetivo de aunar criterios para evaluar procesos, introducir mejoras y medirlas con un lenguaje común que permita comparaciones.

**Palabras clave:** glosario, seguridad del paciente.

#### ABSTRACT

Patient safety and quality of care has become a challenge for health systems.

Health care is an increasingly complex and risky activity, as it represents a combination of human, technological and organizational processes.

It is necessary, therefore, to take effective actions to reduce the adverse events and mitigate its impact.

This glossary is a local adaptation of key terms and concepts from the international bibliographic sources. The aim is providing a common language for assessing patient safety processes and compare them.

**Key words:** glossary, patient safety.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2015.469>

#### INTRODUCCIÓN

En los últimos años la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente se han convertido en una preocupación creciente, constituyendo un reto prácticamente en todos los sistemas de salud en el mundo. La relevancia de la seguridad del paciente

se puso de manifiesto cuando en 1999 el Instituto de Medicina (IOM) de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos publicó el informe "Errar es humano" ("To err is human") en el que, según las estadísticas, cada año en Estados Unidos los errores médicos ocasionaban la muerte de 45000 a 98000 pacientes, cifra superior a la de las muertes por accidentes de tránsito, cáncer de mama o sida. A las consecuencias directas en la asistencia y al propio dolor de los pacientes y sus familias, se suman las repercusiones económicas: hospitalizaciones adicionales, demandas judiciales, infecciones intrahospitalarias, pérdida de ingresos, discapacidades y gastos médicos.

La conciencia de que la atención sanitaria es una actividad cada vez más compleja y con numerosos riesgos, devenidos de la conjunción de acciones humanas, tecnológicas, procedimientos organizativos complejos, etc., ha puesto de manifiesto la absoluta necesidad de adoptar medidas eficaces para reducir el creciente número de eventos adversos derivados de la atención sanitaria y sus repercusiones en la vida de los pacientes.

Cuando se detecta un problema lo primero que debe quedar claro es su definición y los conceptos para posibilitar la puesta en marcha de evaluación y medidas de mejora. Un glosario es, según la definición del diccionario de la RAE: "un catálogo de palabras de una misma disciplina, de un mismo campo de estudio, etc., definidas o comentadas". Consideramos que es necesario poner en claro un conjunto de términos

- a. Hospital Alemán.
- b. Hospital Universitario Austral.
- c. Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.
- d. Hospital de Niños Sor María Ludovica.
- e. Hospital Nacional de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan.

**Correspondencia:**  
Dra. Nora Dackiewicz:  
noradack@gmail.com;  
noradack@garrahan.gov.ar

**Financiamiento:**  
Ninguno.

**Conflicto de intereses:**  
Ninguno que declarar.

Recibido: 9-2-2015  
Aceptado: 3-6-2015

que unifiquen significados y permitan tener un lenguaje común que aporte claridad a la hora de interpretar los hechos y desarrollar estrategias, medir su impacto y compararlas.

## OBJETIVOS

Elaborar un glosario de Seguridad de Paciente, que contribuya a clarificar conceptos y aunar el vocabulario.

Facilitar la comparación de las instituciones en relación a la Seguridad de los Pacientes, evaluar las dificultades y medir las acciones de mejora.

## Descripción de la metodología

Se seleccionaron los términos relacionados específicamente con la disciplina de Seguridad de Paciente, para trabajar sobre las definiciones propuestas por los grupos pioneros en el tema, tanto en idioma inglés –el grupo americano y el grupo europeo–, como en español, idioma en el que se tomaron los términos propuestos por la OMS.

Las explicaciones de cada uno de los términos fueron elaboradas por consenso a partir de las definiciones de dichos grupos.

La OMS recomienda que para cada idioma, –y para cada región–, se elabore un glosario, de manera de clarificar los términos y evitar connotaciones legales.

Los términos incluidos en el glosario por los miembros de esta Subcomisión son los propios y particulares de la disciplina de la Seguridad de Paciente.

## GLOSARIO

### Seguridad del paciente (*patient safety*)

Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que velan por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de la atención de salud y/o de mitigar sus consecuencias.

### Error (*error*)

Es la falla para completar una acción tal como fue planeada o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo; no siempre provocan un daño o lesión.

Por Acción: Resultante de “hacer lo que no había que hacer”.

Por Omisión: Causado por “No hacer lo que había que hacer”.

### Incidente de seguridad (*patient safety incident*)

Evento o circunstancia que ha ocasionado o

podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.

### Error latente (*latent error*)

Son las fallas en el diseño, organización, entrenamiento o mantenimiento de los sistemas, que pasan inadvertidas en condiciones habituales. Pueden o no conducir a errores operativos si se dan las condiciones necesarias. Tienen alta potencialidad de generar daño. Ejemplo: coexistencia en el casillero de medicación del paciente de dos frascos iguales, uno conteniendo dipirona jarabe incoloro y otro conteniendo acetona, ambos con sus rótulos.

### Casi-falla (*near miss o close call*)

Incidente en el proceso asistencial que no alcanza al paciente. Ejemplo: la madre de un paciente detecta que el color del medicamento que le van a administrar a su hijo es diferente. Al avisarle a la enfermera, ésta lo constata, revisa la indicación y detecta el error. El medicamento no fue administrado y se cambió por el correcto.

### Evento sin daño (*no harm incident o harmless hit*)

Incidente en el proceso asistencial que alcanza al paciente pero no causa un daño. Ejemplo: misma situación que el caso anterior, pero la madre, a pesar de haber detectado un cambio en el color, no le avisa a la enfermera y el niño recibe el medicamento sin que se produzcan complicaciones.

### Evento adverso (*adverse event*)

Incidente que provoca injuria o daño al paciente, no intencional, consecuencia del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma. Siguiendo con el ejemplo anterior, la enfermera administra un medicamento equivocado por error (frascos con aspecto semejante en el casillero del paciente) y el paciente presenta como consecuencia vómitos y dolor abdominal.

### Evento centinela (*sentinel event*)

Es un evento adverso que genera la muerte o lesiones físicas o psicológicas graves. La lesión física grave específicamente incluye la pérdida de un miembro o una función.

Dichos eventos se llaman centinela porque indican la necesidad de una investigación y respuesta inmediata para evitar su recurrencia.

Cada hospital establece una definición operativa de un evento centinela que incluye por lo menos:

- a) una muerte imprevista, –incluye pero no se limita 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 bebe a término completo, 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 bebe o entrega de un bebe 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.

#### **Infracción (*violation*)**

Desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos operativos. Ejemplo: un paciente está recibiendo quimioterapia endovenosa de alto riesgo y se le permite concurrir a la Sala de Juegos, sin supervisión de enfermería, y continuar ahí la infusión.

#### **Complicación (*complication*)**

Resultado clínico desfavorable e inherente a las condiciones propias del paciente o de su enfermedad. Ejemplo: un paciente que recibe quimioterapia con mielo-toxicidad presenta en el tiempo esperable neutropenia.

#### **Análisis de la causa raíz (*root cause analysis*)**

Proceso sistemático y reiterativo mediante el cual se identifican los factores que contribuyen a un incidente reconstruyendo la secuencia cronológica de los sucesos preguntándose repetidamente por qué, hasta que se hayan elucidado las causas raíz subyacentes. El objetivo principal del Análisis de Causa Raíz (ACR) es reflexionar sobre un evento adverso

para buscar entre todos los participantes en la atención, las posibles causas que contribuyeron a su ocurrencia, para priorizarlas, y tratar de identificar barreras que impidan su reiteración en el futuro.

#### **DISCUSIÓN**

La necesidad de un Glosario surge de las diferencias observadas entre países y regiones en relación con la terminología utilizada. Estas variaciones entorpecen los esfuerzos para extraer enseñanzas de los datos disponibles, ya se refieran al ámbito nacional o a diversos países.

Por otra parte, por tratarse de un tema que tiene aristas especiales con connotaciones que podrían tener implicancias médico-legales, se impone la necesidad de aclarar los términos, de modo que se facilite el reporte y de esta manera puedan conocerse las debilidades del sistema de salud y sus procesos.

Por ello, un paso importante para el desarrollo de una adecuada estrategia de seguridad del paciente es obtener consenso alrededor de los conceptos y los términos utilizados más frecuentemente, y aclarar su alcance.

El glosario consiste por lo tanto en una adaptación local de los términos y conceptos claves hallados en las fuentes bibliográficas consultadas, con el objetivo de aunar conceptos.

Nuestra Sociedad ha creado la Subcomisión de Calidad en Salud y Seguridad del Paciente, con el objetivo de difundir conocimientos y estrategias relativos a la calidad de la atención y seguridad del paciente, y contribuir a mejorar la cultura y generar la toma de conciencia, tanto a nivel de las instituciones como de la asistencia ambulatoria, para lograr una atención más segura en Pediatría.

Esperamos que este trabajo contribuya a clarificar la información sobre seguridad del paciente en pediatría, y aporte a promover un aprendizaje más efectivo en el tema. ■

#### **Agradecimientos**

Al Dr. José María Ceriani Cernadas, por su opinión como Consultor de la Subcomisión; al Lic. Ariel Palacios, por los aportes realizados en la discusión de alguno de los términos.

#### **REFERENCIAS**

1. Organización Mundial de la Salud. Guía Curricular sobre Seguridad del Paciente. Edición Multiprofesional. Buenos Aires: Universidad del Salvador; 2012. [Acceso: 3 de junio de 2015]. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/curriculum-guide\\_SP.pdf](http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/curriculum-guide_SP.pdf).
2. Organización Mundial de la Salud. Marco conceptual de la

- Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1. Informe técnico definitivo. OMS; 2009. [Acceso: 3 de junio de 2015]. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf).
3. Glosario de términos. Comité de Expertos en Gestión de Seguridad y Calidad de Atención Sanitaria. Grupo de Expertos en Prácticas de Medicación Segura. Seguridad del Paciente y error en medicina. Instituto de Investigaciones epidemiológicas. Academia Nacional de Medicina. Argentina. 2005. [Acceso: 3 de junio de 2015]. Disponible en: <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/glosario.asp>.
  4. Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). Sistema Nacional de Salud. Reino Unido (NHS). La seguridad del paciente en siete pasos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Noviembre 2005.
  5. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. [Acceso: 3 de junio de 2015]. Disponible en: <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>.
  6. Argentina. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Garantías de Calidad de la Atención Médica. Glosario de términos en Seguridad del Paciente. [Acceso: 3 de junio de 2015]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/pngcam/pdf/Glosario-de-Terminos-en-Seguridad-del-Paciente.pdf>
  7. México. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Glosario de términos aplicados a Seguridad del Paciente. [Acceso: 3 de junio de 2015]. Disponible en: [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dsp-sp\\_00F.pdf](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dsp-sp_00F.pdf).
  8. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud. Bogotá: Fundación Fitec; 2007.
  9. España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. [Acceso: 3 de junio de 2015]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio\\_apeas.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf).
  10. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Seguridad del paciente en las consultas de Atención Primaria. Barcelona: SEMFYC; 2012. [Acceso: 3 de junio de 2015]. Disponible en: [http://www.semfyce.es/pfw\\_files/cma/Agenda/Sesiones\\_clinicas/Documentos/Cuaderno\\_asistente\\_seguridad.pdf](http://www.semfyce.es/pfw_files/cma/Agenda/Sesiones_clinicas/Documentos/Cuaderno_asistente_seguridad.pdf).
  11. Institute for Healthcare Improvement. Quality Improvement and Patient Safety Glossary. [Acceso: 3 de junio de 2015]. Disponible en: <http://www.ihf.org/education/IHIOpenSchool/resources/Pages/Tools/QualityImprovementAndPatientSafetyGlossary.aspx>.
  12. Standard QPS.7: The hospital uses a defined process for identifying and managing sentinel events. En: Joint Commission International Accreditation standards for hospitals. 5<sup>th</sup> ed. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources; 2013. Pág.145.
  13. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001;322(7285):517-9.
  14. Leape LI, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*. 1991;324(6): 377-84.