

La seguridad del paciente, prioridad en el sistema de salud

Rosalba Gómez-Arias,⁽¹⁾ José Juan López-Cocotle⁽²⁾

j.juanlopez@hotmail.com, juan.lopezc@ujat.mx

RESUMEN

La seguridad del paciente se ha convertido en un tema de carácter mundial, su relevancia radica en que múltiples incidentes derivados de la atención que proporcionan los profesionales de la salud en las instituciones sanitarias son prevenibles. Estos incidentes o errores de comisión, generan impacto en la salud de los pacientes, en ocasiones, al grado de provocar la muerte, en muchas otras, prologan la recuperación del paciente y con ello su hospitalización. Es necesario centrar la atención en las estrategias que se han implementado a nivel mundial y nacional para disminuir el riesgo que conlleva la atención sanitaria y aumentar su calidad. Se requiere, además, del compromiso profesional y ético del equipo de salud.

Palabras clave: *Seguridad del paciente, atención a la salud, errores médicos, hospitales, calidad de la atención de salud.*

SUMMARY

Patient safety has become a global issue, its relevance lies in the fact that multiple incidents derived from the care provided by health professionals in health institutions are preventable. These incidents or errors of commission generate an impact on the health of patients, sometimes to the extent of causing death, in many others, they prolong the recovery of the patient and with it their hospitalization. It is necessary to focus attention on the strategies that have been implemented at the global and national level to reduce the risk associated with health care and increase its quality. It also requires the professional and ethical commitment of the health team.

Keywords: *Patient safety, health care, medical errors, hospitals, quality of health care.*

Lista de abreviaturas (por orden de aparición).

OMS. Organización Mundial de la Salud.

IOM. Instituto de Medicina de Estados Unidos.

CONAMED. Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

EA. Evento adverso.

LVSC. Lista de Verificación de Intervenciones Quirúrgicas.

IAAS. Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud.

INDICAS. Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud.

CISP. Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente.

ESAVI. Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación e Inmunizaciones.

AHRQ. Agencia para la Investigación Sanitaria y la Calidad.

INTRODUCCIÓN

Uno de los objetivos de quienes ofrecen atención en salud es garantizar que las intervenciones se llevan a cabo de manera precisa y objetiva para el mantenimiento y/o recuperación de la salud, Asimismo, los receptores del cuidado esperan que además, dichas intervenciones cuenten con las medidas de seguridad que no les represente un daño, que en algunos casos puede resultar irreversible.¹

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la seguridad del paciente es un problema grave de salud pública en todo el mundo, la cual se puede definir como una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en las instituciones sanitarias.² La seguridad del paciente se vuelve un tema prioritario y de real importancia, a partir del número de eventos adversos que se detectan y que son derivados de la atención médica y más aún cuando éstos no

⁽¹⁾ Egresada de la Licenciada en Enfermería de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica Multidisciplinaria de Jalpa de Méndez, Tabasco, México.

⁽²⁾ Maestro en Enfermería. Profesor investigador de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica Multidisciplinaria de Jalpa de Méndez, Tabasco, México.

son reportados. Las consecuencias para los profesionales de la salud involucrados en los fallos de la atención incluyen desde el cese o suspensión temporal de sus funciones, la reparación del daño de manera económica hasta la pérdida de la libertad, por ende, la reducción de riesgos no solo resulta en un beneficio para el paciente, sino para el personal de salud que brinda el servicio.³

Algunos datos revelan la magnitud del problema, por ejemplo, en 1999, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM) publicó el informe “To Err is Human: building a Safer Health System”, donde se estimó que derivado de los errores médicos, la mortalidad de pacientes hospitalizados era de 44,000 y 98,000 por año.⁴ Actualmente, la OMS estima que cada año, 134 millones de personas sufren de algún daño como consecuencia de la falta de seguridad en la atención hospitalaria lo que provoca 2,6 millones de defunciones anuales, además el 80% de estos casos se pueden prevenir con la adopción de medidas sencillas y de bajo costo, como el lavado de manos, la mejora de la comunicación entre profesionales y el trabajo en equipo.⁵

En México, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), en el informe anual de actividades 2019, reportó que recibió 7,358 solicitudes, de las que 2,801 se constituyeron como quejas médicas, en el 39% se ocasionó un daño permanente y 29% un daño temporal. Un 49% de un universo de 128 tuvo como resultado la muerte y 69% de estas quejas fueron condenatorias.⁶

Es así, que la seguridad del paciente en el sistema de salud representa un reto para las instituciones y los profesionales, a fin de garantizar a los pacientes, intervenciones de calidad y con el mínimo riesgo para su integridad física.

La seguridad del paciente

Diversas estrategias y acciones se han desarrollado a nivel mundial para consolidar a la seguridad del paciente como una prioridad en las instituciones sanitarias y mejorar la calidad de la atención, todas se han orientado a disminuir el daño que pueden ser provocados por una mala práctica en muchas ocasiones prevenible, una de las más importantes y que fueron punto de partida en este tema son las metas internacionales para la seguridad del paciente que enlista una serie de actividades en rubros como la identificación correcta del paciente, comunicación efectiva entre profesionales, seguridad en la administración de medicamentos y en los procedimientos, reducción del riesgo de infecciones nosocomiales y prevención de caídas. Otra de las medidas establecidas fue la instauración el Día Mundial de la seguridad del paciente, celebrado por primera vez el 17 de septiembre de 2019 como una forma de concientización de la importancia que guarda esta problemática y que se debe atender desde todos los ámbitos y sectores involucrados con la atención de la salud.

La responsabilidad y el éxito no solo es tarea del personal

de salud sino de todos los que de manera directa e indirecta participan, desde los directivos, administradores y el equipo multidisciplinario de salud, los cuales deben preocuparse por crear un entorno favorable que reduzcan en gran medida los obstáculos que interfieren con la calidad de la atención como la demanda de pacientes, la falta de recursos humanos y materiales.

Cuasifallas, eventos adversos y eventos centinela

Al hablar de la seguridad del paciente, es necesario referirse a los principales actos que pueden cometerse en el contexto hospitalario (cuasifallas, eventos adversos y centinelas), mismo que se describen a continuación.

La cuasifalla, considerada como aquel acontecimiento o situación que podría haber tenido como resultado un accidente, herida o enfermedad, pero no lo tuvo por casualidad o porque tuvo intervención oportuna, es decir que aunque existe la posibilidad de haber cometido un error con resultados desfavorables para el paciente o para el profesional, no llega a ocurrir, pero esto permite que se pueda evitar, cometer el mismo fallo y analizar las causas que lo provocaron.⁷

Un Evento Adverso (EA), como un daño no intencionado provocado por un acto médico, más que por el proceso natural de la enfermedad, es todo incidente imprevisto e inesperado que surge como consecuencia de un tratamiento o por una complicación médica y no por la enfermedad de fondo, y que da lugar a una hospitalización prolongada, a una discapacidad en el momento de la alta médica, o ambas cosas. Este incidente genera daño al paciente, se le causa después de que éste ingresa a la institución médica y está relacionado más con el cuidado proporcionado que con la enfermedad que sufría originalmente y por la cual requirió su internamiento a la unidad hospitalaria. Los eventos adversos son prevenibles si el paciente recibe la atención adecuada para la ocasión. Pueden ser leves si no se prolonga la estancia hospitalaria o grave si produce la muerte o una discapacidad.⁷

Los Eventos Centinelas, como hechos inesperados, no relacionados con la historia natural de la enfermedad, produce la muerte del paciente, una lesión física o psicológica grave o el riesgo de sufrirla a futuro. Este tipo de incidentes que suceden en la atención clínica, incorporan fallas en los procesos de atención, en algunas ocasiones por falta de responsabilidad, ética o valores. Cuando un profesional de la salud, no lleva a cabo una acción prevista según se pretendía o aplica un plan incorrecto, que sucede más a menudo de lo que se cree, está cometiendo un error por comisión, al no hacer lo correcto cuando planificó o ejecutó una acción, cometiendo una infracción, cuando de manera deliberada se desvía de las normas, reglas o procedimientos operativos. Tanto los errores como las infracciones elevan el riesgo, aunque no llegue a producirse un incidente.⁷

Acciones esenciales para la seguridad del paciente

En México, para mejorar la calidad en los procesos de atención del paciente hospitalizado y ambulatorio, se implementaron las acciones esenciales para la seguridad del paciente, mismas que fueron publicados en 2017, en cada una de ellas se describen las acciones fundamentales que deben llevarse a cabo por todo el equipo de salud que mantiene contacto directo con el paciente.

1. Identificación correcta: Esta acción evita exponer a los pacientes a riesgos innecesarios o a procedimientos no programados, que van desde incidentes menores hasta aquellos con secuelas permanentes o incluso la muerte. Su objetivo es mejorar la precisión de la identificación del paciente mediante el uso de dispositivos como brazaletes, pulseras y tarjetas de cabecera de las camas de pacientes, que permitan prevenir errores que involucran al paciente equivocado. En los establecimientos del sector salud son necesarios como mínimo dos datos, el nombre completo y fecha de nacimiento, desde el momento en que éste solicite la atención médica.⁸

2. Comunicación efectiva: Las brechas en la comunicación durante el proceso de atención médica, pueden provocar graves interrupciones en la continuidad de la atención, al proporcionar un tratamiento inadecuado y potencialmente generar daño, debido a que un paciente puede ser tratado por diversos profesionales de la salud en múltiples entornos.⁹

3. Seguridad en el proceso de medicación: Tiene como objetivo principal, prevenir errores que puedan dañar a los pacientes, derivados del proceso de medicación en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud. Se incluyen indicaciones sobre el etiquetado de medicamentos y electrolitos. También norma la aplicación de los 10 correctos en la administración de medicamentos.¹⁰

4. Seguridad en los procedimientos: Esta acción, tiene como objetivo reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas internacionalmente y reducir los eventos adversos para evitar la presencia de eventos centinela derivados de la práctica quirúrgica y procedimientos de alto riesgo fuera del quirófano por medio de la aplicación del Protocolo Universal en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.¹⁰

5. Reducción del Riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS): Esta acción coadyuva a reducir las IAAS, a través de la implementación de un programa integral de higiene de manos durante el proceso de atención.¹¹ En 2008, México se une a este reto, mediante la Campaña Sectorial “Está en tus manos”, tomando en cuenta los lineamientos propuestos por la OMS, que consisten en difundir las técnicas de higiene de manos, como son: lavado con agua y jabón, y la desinfección de manos con soluciones

alcoholadas (u otro antiséptico) en los 5 momentos esenciales de los procesos de atención a la salud.¹²

- Antes de tocar al paciente.
- Antes de realizar una tarea limpia/aséptica.
- Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
- Después de tocar al paciente.
- Después del contacto con el entorno del paciente.

6. Reducción del riesgo de daño al paciente por caídas: En el año 2008, al realizar el análisis del grado de cumplimiento de los criterios de calidad establecidos en el indicador de caídas del Sistema de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), se detectó que sólo se cumplía en un 50%, concluyendo que en las unidades hospitalarias del Sector Salud no se contaba con una herramienta técnica que permitiera su adecuada identificación.¹³

La Comisión Permanente de Enfermería, en colaboración con representantes de diversas instituciones del Sistema Nacional de Salud, coordinó los trabajos para el desarrollo de una herramienta técnica que definiera una escala para valorar el grado de riesgo de caída del paciente hospitalizado.¹⁴ Dicha escala está basada en los siguientes criterios:

- Limitación física.
- Estado mental alterado.
- Tratamiento farmacológico que implique riesgo.
- Problemas de idioma o socioculturales.
- Pacientes sin factores de riesgo evidentes.

7. Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasifallas: La Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente (CISP), coloca a la notificación del evento como el principal medio por el que se identifican los eventos adversos, con el propósito de mejorar la atención otorgada a un paciente; identificar y corregir las fallas de los sistemas; prevenir la repetición de eventos; ayudar a crear una base de datos orientada a la gestión de riesgos y la mejora de la calidad; y contribuir a ofrecer un entorno seguro para la atención de los pacientes.¹⁵ Algunos lineamientos que se deben seguirse son:

- El registro de eventos adversos se debe realizar inmediatamente cuando ocurra el evento adverso o tan pronto como sean identificados.
- Es un registro anónimo.
- Todos los eventos centinelas se debe realizar el análisis causa-raíz.
- Los resultados del registro de eventos adversos se presentarán en el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente o equivalentes, con el fin de establecer las acciones de mejora.
- Los resultados del análisis de los eventos adversos se presentarán al cuerpo directivo y al personal del hospital en una de sus sesiones generales.
- Reportar el servicio de inmunizaciones durante las primeras 24 horas los Eventos Supuestamente Atribuibles a

la Vacunación e Inmunizaciones (ESAVI).

8. Cultura de Seguridad del Paciente: Mediante esta acción se pretende medir la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario, con el propósito de favorecer la toma de decisiones para establecer acciones de mejora continua del clima de seguridad en los hospitales del Sistema Nacional de Salud.¹⁰

La Agencia para la Investigación Sanitaria y la Calidad (AHRQ) de Estados Unidos, refiere que la cultura de seguridad de una organización es el producto de los valores individuales y de grupo, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso y el tipo de gestión de una organización de salud y la seguridad de la organización.¹⁶

Mediante estas acciones, se pretenden evitar fallas o minimizar los riesgos que conlleva la atención por parte de los profesionales de la salud hacia los pacientes hospitalizados. Si bien se ha hecho un esfuerzo para que los procesos sean seguros, aun se reportan incidentes con daños para la persona hospitalizada.

CONCLUSIÓN

El ser humano no está exento de cometer algún error, precisamente la capacidad de cometer errores es lo que nos hace humanos, pero se debe tener cuidado en el contexto en que se aplica esta premisa. En la práctica hospitalaria pueden influir diversos factores para que ocurra un error, como agotamiento físico o mental, un mal clima laboral, deficiencia de conocimientos, sobrecarga de trabajo, problemas personales, falta de material y recursos indispensables, estrés, además de algunas fallas en los lineamientos y protocolos; pero esto no condiciona que los errores se repitan, pues se tiene la capacidad de aprender de ellos e implementar estrategias, que de alguna manera nos permitan mejorar la atención de salud.

Cuando se prioriza la seguridad del paciente, es posible evitar y prevenir los resultados adversos o lesiones derivados de procesos de atención sanitaria. La seguridad surge de la interacción entre los componentes del sistema; no depende solo de una persona, un dispositivo o el área de trabajo, mejorar la seguridad depende del trabajo en equipo más allá de los procesos. Es importante también no olvidar que se requiere además de un compromiso ético y profesional.

Se debe enfocar y dirigir la mirada al tema de la seguridad del paciente, a nuevas dimensiones, y adoptar una verdadera cultura de seguridad. Enfocar todos los esfuerzos a crear conciencia de la importancia que tiene el trabajo en equipo. Abandonar viejas ideologías, que impiden brindar una atención de calidad.

REFERENCIAS

1. Martín-Delgado MC, Cabré-Pericas L. Aspectos éticos y legales sobre la seguridad del paciente. *Revista de Bioética y Derecho* [Internet]. 2015 (consultado 10 enero 2021); (número extra): 146-159. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78343122016>
2. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente [Internet]. 2019 [consultado 20 enero 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
3. Mariñelarena-Mariñelarena JL. Responsabilidad Profesional Médica. *Cirujano General* [Internet]. 2011 (consultado 20 enero 2021); 33(Supl. 2): S160-S163. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cgs112m.pdf>
4. Secretaria de Salud. Metas internacionales para la seguridad del paciente [Internet]. 2015 (consultado enero 2021). Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/metas-internacionales-sobre-seguridad-del-paciente>
5. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente [Internet]. 2019 (consultado enero 2021). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
6. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Informe anual de actividades [Internet]. 2019 (consultado enero 2021). Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/541317/InformeAnualdeActividadesCONAMED_2019_1.pdf
7. Fernández-Cantón SB. Los eventos adversos y seguridad del paciente. *Boletín CONAMED-OPS* [Internet]. 2015 (consultado enero 2021); 3(noviembre-diciembre): 3-9. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos_adversos.pdf
8. Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”. Sistema de Identificación del Paciente en el Honadomani “San Bartolomé” [Internet]. 2008 (consultado enero 2021). Disponible en: <https://docplayer.es/43716142-Sistema-de-identificacion-del-paciente-en-elhonadomani.html>
9. Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente [Internet]. 2007 (consultado enero 2021). Disponible en: <http://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/PatientSolutionsSpanish.pdf>
10. Consejo de Salubridad General. Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente [Internet]. 2017 (consultado enero 2021). Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5496728&fecha=08%2F09%2F2017
11. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, World Health Organization, Patient Safety a World Alliance for Safer HealthCare. Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las

- manos [Internet]. 2009 (consultado enero 2021). Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/102536/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf?sequence=1
12. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Instrucción 175/2009 [Internet]. 2009 (consultado enero 2021). Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/instruccion/instruccion_175.pdf
13. Almazán-Castillo M. & Jiménez Sánchez J. Escala de valoración de riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2013 (consultado enero 2021); 21(1): 9-14. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2013/eim131c.pdf>
14. Diario Oficial de la Federación. Programa Sectorial de Salud. 2013-2018 [Internet]. 2013 (consultado enero 2021). Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/index/ps_2013_2018.pdf
15. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente informe de la secretaría [Internet]. 2006 (consultado enero 2021). Disponible en: https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA59/A59_22-sp.pdf
16. Kizer KW, Blum LN. Prácticas seguras para una mejor atención médica. En: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, et al., Editores. *Avances en la seguridad del paciente: de la investigación a la implementación* (Volumen 4: Programas, herramientas y productos). Rockville (MD): Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (EE. UU.); 2005 (consultado enero 2021). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20613/>