

Supervisión de las acciones esenciales de seguridad del paciente en las unidades médicas en una institución de salud

Supervision of essential patient safety actions in medical units in a health institution

Miguel A. Serrano-Berrones*, Sergio B. Barragán-Padilla y María T. García-Avelino

Dirección Normativa de Supervisión y Calidad, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Ciudad de México, México

Resumen

Objetivo: Determinar la importancia de la supervisión de las acciones esenciales de seguridad del paciente (AESP) en las diferentes unidades médicas de los distintos niveles de atención en la Ciudad de México. **Método:** La preocupación por la calidad en la atención de salud, entendida como la seguridad de los pacientes, es un aspecto fundamental que involucra a las autoridades y al personal operativo. Se realizaron supervisiones en las diferentes unidades médicas de la Ciudad de México. **Resultados:** Se observaron correlaciones positivas entre la supervisión de las AESP y el número de daños, incidentes, eventos y errores existentes en las unidades médicas. **Conclusiones:** La supervisión del programa de AESP debe estar destinado a la prevención y gestión de los riesgos en la atención de salud, reconociendo la ocurrencia de eventos adversos como una realidad producto de un trabajo paulatino de todo un proceso de mejora continua.

Palabras clave: Acciones esenciales. Seguridad. Paciente.

Abstract

Objective: To determine the importance of the supervision of the essential patient safety actions (AESP) in the different Medical Units of the different levels of care in Mexico City. **Method:** The concern for quality in health care, understood as the safety of patients, is a fundamental aspect that involves the authorities and operational personnel. Supervisions were carried out in the different medical units of Mexico City. **Results:** Positive correlations were observed between the implementation of the AESP and the number of damages, incidents, events and errors existing in the medical units. **Conclusions:** The supervision of the AESP program should be aimed at the prevention and management of risks in health care, recognizing the occurrence of adverse events as a reality resulting from a gradual work of a whole process of continuous improvement.

Keywords: Essential actions. Safety. Patient.

*Correspondencia:

Miguel A. Serrano-Berrones

E-mail: miguelsberrones@gmail.com

0009-7411/© 2023 Academia Mexicana de Cirugía. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 16-02-2023

Fecha de aceptación: 13-05-2023

DOI: 10.24875/CIRU.23000075

Cir Cir. 2024;92(2):236-241

Contents available at PubMed

www.cirugiaycirujanos.com

Introducción

Es una realidad que la falta de seguridad en el proceso de atención a la salud produce daño a los pacientes, que en algunas ocasiones ha llegado a cobrar vidas y en otras ha dejado secuelas que llegan a ser muy graves, generando afectaciones, personales, familiares y laborales, cuya remediación representa un alto costo¹.

Los datos más recientes publicados muestran que la falta de seguridad del paciente en los Estados Unidos de América es la tercera causa de muerte en ese país, apoderándose de 220,000 vidas cada año, y en términos económicos se estima un costo de entre 17,000 y 29,000 millones de dólares anuales por eventos adversos prevenibles².

En México se estima que un 8% de los pacientes hospitalizados sufren algún tipo de daño y un 2% mueren, siendo la población más afectada la que se encuentra económicamente activa, situación que pone de manifiesto el hueco económico y las repercusiones sociales que tiene y que pocas veces nos detenemos a mirar. La ventana de oportunidad se encuentra en un 62% de los eventos adversos que son prevenibles, y es en ellos en los que se debe incidir para brindar una atención médica más segura.

Para atender este problema se han impulsado diversas acciones en el ámbito internacional, pero no se ha logrado avanzar lo suficiente, a pesar de las campañas, acciones, metas y demás estrategias que se han puesto en marcha^{3,4}.

La seguridad para el paciente durante los procesos de atención a la salud es prioritaria. De acuerdo con las estimaciones, en México, el 2% de los pacientes hospitalizados mueren y el 8% sufren algún daño a causa de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente⁵. Sin embargo, se calcula que un 62% de este tipo de eventos adversos son prevenibles, lo que plantea un área de oportunidad para brindar atención médica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, a escala mundial, cada año decenas de millones de pacientes sufren lesiones incapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura⁶.

De acuerdo con los National Institutes of Health de los Estados Unidos de América, la seguridad del paciente se define como la atención libre de daño accidental, asegurando el establecimiento de sistemas y

procesos operativos que minimicen la probabilidad del error y se maximice la probabilidad de su impedimento⁷.

La OMS, en 2007, lanzó las soluciones para la seguridad del paciente, con la finalidad de ayudar a reducir el riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria, mediante la reformulación de los procedimientos de asistencia al enfermo para evitar los errores humanos y hacerlos más seguros. En los países desarrollados se estima que hasta uno de cada 10 pacientes hospitalizados sufre daños asociados al proceso de atención recibida, y en los países en desarrollo la cifra probablemente sea mucho mayor. Lo más importante en materia de seguridad de los pacientes es evitar que sufran daños durante el tratamiento y la atención^{8,9}.

La Joint Commission International (JCI) identifica, mide y comparte las mejores prácticas relacionadas con la calidad y la seguridad de los pacientes, y establece objetivos internacionales que ayudan a las organizaciones a abordar las áreas más problemáticas relacionadas con la seguridad de los pacientes¹⁰⁻¹².

El Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM) del Consejo de Salubridad General promovió en 2009 las entonces Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, las cuales son prioridad para la certificación de establecimientos de atención médica hasta la fecha. El trabajo conjunto con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) y las diferentes instituciones de salud generó las actuales ocho acciones esenciales para la seguridad del paciente (AESP). La seguridad del paciente es una premisa fundamental de la calidad de la atención y se ha convertido en una estrategia prioritaria del Sistema Nacional de Salud.

Con el propósito de disminuir la ocurrencia de daños evitables en la atención médica, surge la estrategia «Seguridad del Paciente» establecida por la OMS, y en México se publicó en el Diario Oficial de la Federación del 8 de septiembre de 2017, determinando la obligatoriedad de la implementación para todos los integrantes del Sistema de Salud.

La selección de las acciones es resultado de la evaluación de años de implementación con excelentes resultados en el cuidado de los pacientes, el aprendizaje a base del análisis de los errores y la medición de la percepción de la cultura de seguridad del paciente.

En el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado consideramos que

la calidad es la esencia de cualquier tipo de acción o actividad y la encontramos implícita en todas las áreas del desarrollo del individuo y de la sociedad, de tal modo que la salud y el acceso efectivo a los seguros, prestaciones y servicios no es una excepción. A pesar de todos los conocimientos, avances y esfuerzos realizados por la sociedad, la deficiencia de calidad o de garantía de la calidad es una constante que representa un reto para la sociedad misma, pero sobre todo para aquellos países cuyos niveles de desarrollo no han alcanzado estándares deseables y sostenidos que repercutan en su progreso sanitario y social. En contraparte, la ausencia de calidad se manifiesta de diferentes maneras: servicios inefectivos e ineficientes, acceso limitado a los servicios de salud, prestaciones y servicios, incremento de costos, quejas médicas y administrativas, insatisfacción de la población usuaria y de los profesionales de la salud, afectación de la credibilidad en la prestación de servicios por parte de los usuarios, deficiente imagen institucional y, lo peor, pérdidas humanas y financieras.

Las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, actualmente conocidas como Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente (AESP) son:

- Correcta identificación del paciente.
- Comunicación efectiva.
- Seguridad en el proceso de medicación.
- Seguridad en los procedimientos.
- Reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud.
- Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas.
- Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas.
- Cultura de seguridad del paciente.

Método

Estudio descriptivo, transversal, para verificar la aplicación de las AESP en las unidades médicas de la Ciudad de México en beneficio de los derechohabientes y del propio personal de salud. Se estandarizaron los elementos medibles de verificación de aplicación de las AESP:

- Correcta identificación del paciente.
- Comunicación efectiva.
- Seguridad de los procesos de medicación.
- Seguridad en los procedimientos.
- Reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención.

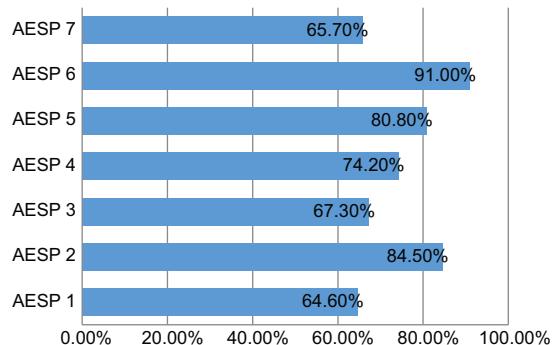


Figura 1. Apego en clínicas de medicina familiar.

- Reducción del riesgo de caídas.
- Registro y análisis de eventos adversos.
- Medición de la cultura de seguridad del paciente.

Como estrategia para la supervisión de las AESP, la Subdirección de Calidad de la Dirección Normativa de Supervisión y Calidad realizó la supervisión del personal operativo de las diferentes unidades en el primero, segundo y tercer nivel de atención de las cuatro delegaciones de la Ciudad de México. La primera ronda de seguridad se realizó durante el mes de enero, concluyendo el 31 de diciembre de 2021.

Se siguió una metodología estandarizada durante el trabajo en los procesos y las rondas de seguridad realizadas en las diferentes unidades médicas

Resultados

Al 31 de diciembre de 2021, la totalidad de las unidades médicas de la Ciudad de México concluyeron sus reportes, logrando sensibilizar a la totalidad de su población.

Se observaron correlaciones positivas entre la complejidad de la unidad médica y el apego a las AESP. El grado de apego es inversamente proporcional al nivel de atención médica y no necesariamente por la cantidad de recurso humano.

Los principales factores asociados a la falta de apego fueron la ausencia de supervisión y la carencia de una cultura de seguridad.

Los principales factores asociados a la letalidad fueron la falta de acceso a los servicios de salud, la vulnerabilidad por ingreso y la carencia social.

La evidencia generada debe llevar a decisiones tendentes al mejoramiento de la calidad de vida de la población con carencias y vulnerabilidades sociales, que necesita ser protegida contra las consecuencias de la pandemia de COVID-19.

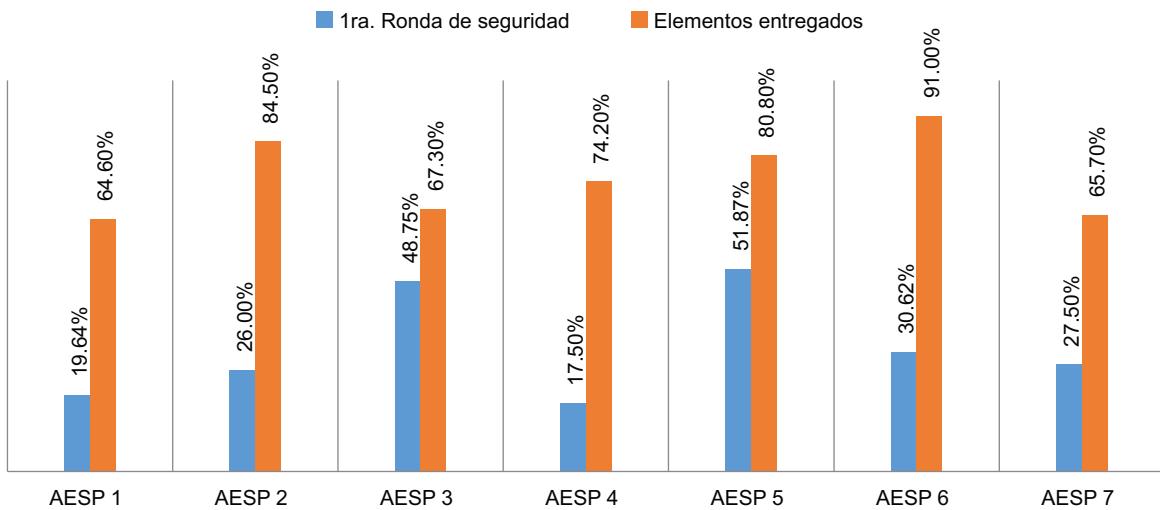


Figura 2. Porcentaje de cumplimiento de elementos medibles y primera ronda de seguridad.

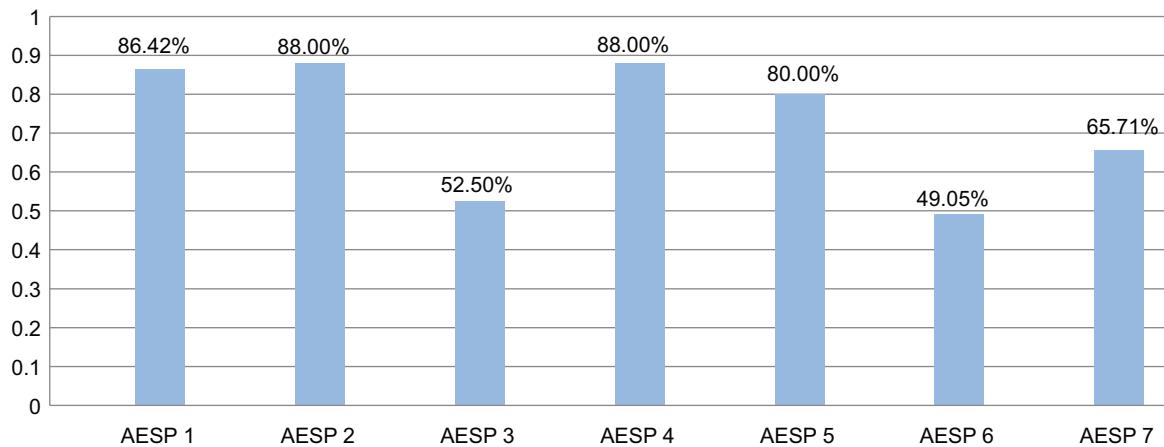


Figura 3. Porcentaje de apego de clínicas de especialidad y hospitales generales.

Referente al apego en las diversas clínicas de medicina familiar, en la figura 1 puede verse el porcentaje que alcanzó cada AESP derivado del cumplimiento por cada elemento medible, de lo cual destaca la reducción del riesgo de caídas (AESP 6), seguida por la comunicación efectiva (AESP 2) y la reducción del riesgo de infecciones en la atención a la salud con el programa de higiene de manos (AESP 5), dando un porcentaje por arriba del 80%; el resto de las acciones se estiman en una ascendencia por arriba del 60%.

El porcentaje de cumplimiento de elementos medibles y primera ronda de seguridad (Fig. 2) representó un avance importante, como lo demuestra el avance que se obtuvo tras la implementación del programa

de las AESP, donde se observa de manera notoria un incremento significativo por arriba del 50% en cuatro de las acciones (identificación correcta del paciente, comunicación efectiva, procedimientos seguros y reducción de riesgo de caídas) y de un 35% las tres restantes (medicación segura, higiene de manos y notificación de eventos adversos), de acuerdo con los elementos que se deben cumplir por cada acción.

Al analizar el porcentaje de apego de clínicas de especialidad y hospitales generales (Fig. 3), observamos que aún existe un porcentaje inferior al 60% en riesgo de caídas y medicación segura, mientras que el incremento se presenta en un 80% en identificación correcta del paciente, comunicación efectiva,

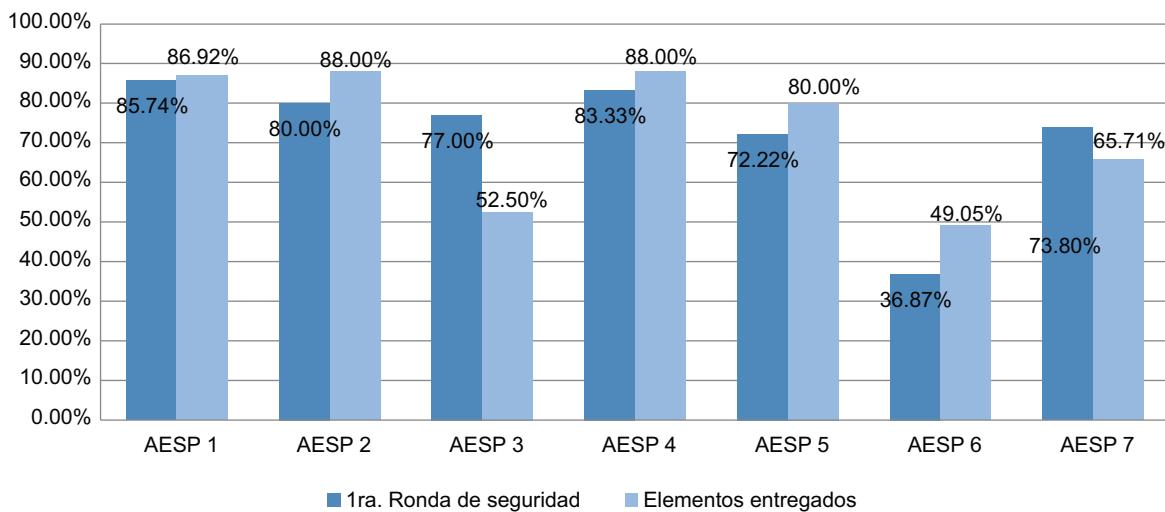


Figura 4. Porcentaje de cumplimiento de elementos medibles y primera ronda de seguridad.

procedimientos seguros y reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención a la salud. En un punto intermedio se encuentra la notificación de eventos adversos.

En cuanto a los avances obtenidos posterior a la implementación de las AESP con elementos medibles (Fig. 4), se observa un porcentaje de cumplimiento de elementos medibles y la primera ronda de seguridad por debajo del 90%, teniendo un incremento de un 8%, dado que en la primera ronda de seguridad se encontraban por arriba del 60% y del 80%.

Discusión

El presente trabajo de investigación fue diseñado para enmarcar que las unidades médicas y los profesionales de la salud requieren políticas de salud basadas en la calidad y la seguridad de los pacientes con continuos períodos de monitoreo para valorar los avances obtenidos e instaurar medidas de mejoramiento de la calidad, además de fomentar el desarrollo de una cultura de calidad y seguridad con el fin de concientizar sobre la necesidad de generar un ambiente seguro de calidad en todas las unidades.

Podemos decir que las acciones y los objetivos de la implementación de la AESP son:

- Identificación del paciente: mejorar la precisión de la identificación de pacientes, unificando este proceso en los establecimientos del sector salud, utilizando al menos dos datos que permitan prevenir errores que involucren al paciente equivocado.

- Comunicación efectiva: mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, los pacientes y los familiares, con el fin de obtener información correcta, oportuna y completa durante el proceso de atención y así reducir los errores relacionados con la emisión de órdenes verbales o telefónicas.
- Seguridad en el proceso de medicación: fortalecer las acciones relacionadas con el almacenamiento, la prescripción, la transcripción, la dispensación y la administración de medicamentos, para prevenir errores que puedan dañar a los pacientes.
- Seguridad en los procedimientos: 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 de procedimientos de alto riesgo fuera del quirófano.
- Reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud: ayudar a reducirlas mediante la implementación de un programa integral de higiene de manos durante el proceso de atención.
- Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas: prevenir el daño al paciente asociado a las caídas en los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud mediante la evaluación y la reducción del riesgo de caídas.
- Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas. Generar información sobre cuasi fallas, eventos adversos y centinela, mediante una herramienta de registro que permita el análisis y favorezca la toma de decisiones para que en el ámbito local se prevenga su ocurrencia.

- Cultura de seguridad del paciente: 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.

Conclusiones

Se hace necesario desarrollar e implementar programas continuos e inquebrantables de educación y capacitación, con el objetivo de contar con personal capacitado y entrenado que disponga de conocimientos y formación, actualizando a todos los profesionales de la salud en los procesos de atención de la salud de calidad y seguridad bajo estándares que permitan desarrollar competencias evitando eventos adversos, en un ambiente de confianza en el sistema y de mejora de la comunicación. Resulta evidente que los compromisos de la institución con la calidad son ineludibles, por lo que la implementación de las AESP debe ocupar un lugar relevante en nuestro trabajo diario.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Rosenthal MM, Sutcliffe KM. Medical error. What do we know? San Francisco: Jossey-Bass, Library of Congress; 2002. p. 3-35
2. Brennan TA, Leape LL, Laird N, Hebert L, Locadio AR, Barnes BA, et al. Incidence of adverse effects and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med.* 1991;324:377-84.
3. Merry S, Mc Call A. Errors, medicine and law. Cambridge: Cambridge University Press; 2001.
4. Aranaz JM, Aibar C, Gea MT, Leon MT. Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. *Med Clin (Barc).* 2004;123:21-5.
5. Makary MA. Medical error — the third leading cause of death in the US. *BMJ.* 2016;353:2139.
6. Aranaz JM, Aibar C, Villater J, Ruiz P. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Informe Ministerio de Sanidad; Madrid, España. 2006.
7. El Jardali F, Dimassi H, Jamal D, Jaafar M, Hemadeth N. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:45.
8. Ruelas E, Sarabia O, Tovar W. Seguridad del paciente hospitalizado. México: Instituto de Salud Pública, Médica Panamericana; 2007.
9. Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, Pföh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2013;158:369-74.
10. Nora CRD, Beghetto MG. Patient safety challenges in primary health care: a scoping review. *Rev Bras Enferm.* 2020;73:e20190209.
11. Rosen CB, Kelz RR. Processes to create a culture of surgical patient safety. *Surg Clin North Am.* 2021;101:29-36.
12. Wu AW, Busch IM. Patient safety: a new basic science for professional education. *GMS J Med Educ.* 2019;36:Doc21.