

SEGURIDAD DEL PACIENTE

No. 1 Septiembre 2005

BOLETÍN

• OTRAS INICIATIVAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

• CONCEPTOS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

1

*acciones
para seguridad
del paciente*



Subsecretaría de Innovación y Calidad



DIRECTORIO

Dr. Julio Frenk Mora
Secretario de Salud

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Subsecretario de Innovación y Calidad

Coordinación de Asesores de la Subsecretaría de
Innovación y Calidad

Dr. Francisco Bañuelos Téllez

Dra. Patricia Pérez Casso

Dra. Odet Sarabia González

Ing. Walter Tovar Vera

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Dra. Patricia Pérez Casso

Ing. Walter Tovar Vera

Directores de Hospitales Capacitados

Líderes de Calidad Edos. Participantes

EDITORES

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Dra. Odet Sarabia González

COORDINADOR EDITORIAL

Dra. Patricia Pérez Casso

*Porque errar es de humanos
asegurar es de sabios*

Odet Sarabia González

Diseño

Medios alterados

índice

□ Presentación	1
□ Conceptos en Seguridad del Paciente	2
□ Otras iniciativas para la seguridad del paciente	3
□ Diez acciones para mejorar la seguridad del paciente	4

PRESENTACIÓN

Hablar de Seguridad del Paciente más que hablar de un concepto es hablar de un movimiento que surge a nivel internacional como una reflexión sobre el tipo de atención médica que proporcionamos. A raíz de la publicación del libro ***Errar es Humano*** en 1999 por el Instituto de Medicina de los EEUU en el que se publicó que entre 44000 y 98000 americanos mueren cada año por errores atribuibles a la atención médica, todos ellos prevenibles, surge una gran inquietud por parte de los prestadores de la atención en materia de salud en todos los niveles, desde los tomadores de decisiones hasta quienes se encuentran en la línea frontal atendiendo pacientes. La realidad es que los sistemas de salud pueden ocasionar daño, y este daño se ocasiona al paciente, a quienes atendieron al paciente, a la institución y al sistema de salud mismo. El daño ocasionado se presenta cuando una serie de factores y circunstancias confluyen y surge el error. Partimos de la idea que ninguna persona dentro de las que nos dedicamos a prestar la atención a la salud, desde dondequiera que sea nuestro trabajo, lo hace con la intención de ocasionar daño, sin embargo poniendo las circunstancias adecuadas para que se propicie el error, este lo puede ocasionar hasta la persona mejor entrenada, sin que esto signifique que esta persona es culpable de haber cometido el error o peor aún el daño ocasionado y más si es un daño grave. Al analizar los diferentes casos en los que la seguridad del paciente se ha quebrantado y el daño ha sido inminente, nos damos cuenta que no es una sola causa la que provoca que se produzca el daño sino varias, de tal forma que de una u otra manera todo el sistema está involucrado y todos somos co-responsables. La buena noticia es que estos errores y por ende los daños pueden ser prevenibles, sin duda no será una tarea fácil pero si es posible, si ponemos la mirada en otras industrias como la aviación nos damos cuenta que la seguridad se puede mejorar exponencialmente si

ponemos en marcha algunas medidas. Lo primero sin duda es aceptar que somos humanos y cometemos errores. Lo segundo es que trabajamos en un sistema complejo en el que hay muchas variables que cuidar. Y tercero sin que sea lo último que debemos hacer: trabajar en equipo y ver con quienes nos enlazamos en la cadena de atención médica. Por todo lo antes mencionado en la Secretaría de Salud como una iniciativa más a favor de la seguridad del paciente a través de la Subsecretaría de Innovación y Calidad surge este boletín mismo que será publicado trimestralmente con la finalidad de difundir los conceptos de seguridad del paciente, poner a su disposición artículos internacionales relacionados con el tema de seguridad del paciente, traducidos al español para su mejor comprensión, mantener a los interesados informados sobre las acciones que se estén realizando en esta materia a nivel nacional e invitar a los lectores a empaparse del tema y contagiarnos del entusiasmo para sumarse a este movimiento y construir un sistema de salud más seguro en nuestro país.

Dra. Odet Sarabia González

CONCEPTOS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Según la Agencia para la Calidad e Investigación en Salud de los Estados Unidos se entiende por Seguridad del Paciente al "Conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reduce la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos".

¿A qué se refiere este concepto? Si queremos dar una atención segura no podemos separar el qué, quién, y cómo, siendo necesario inclusive en algunas ocasiones incluir el cuándo. El qué y el quién nos hablan de estructura, con qué infraestructura con qué material vamos a hacer un procedimiento, que recursos humanos necesito para ello, por ejemplo, y el cómo y cuándo nos hablan del proceso, cómo vamos a hacer ese procedimiento, en que momento. El diseño tanto estructural como el de los procesos debe ser pensado para poder contener los riesgos y de esta manera reducir la probabilidad de que se presente un evento adverso.

¿Y qué es un Evento Adverso?

Para el Centro Nacional de Seguridad del Paciente de EEUU es "Aquel incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado que ocurre en asociación directa con la prestación de atención.

En este sentido cabe hacer la diferencia con lo que es Evento Centinela, el cual ya involucra la presencia de la muerte inesperada, herida física o psicológica grave

o el riesgo potencial de que esto ocurra. De tal forma que podemos decir que todos los eventos centinela son eventos adversos (graves) pero no todos los eventos adversos llegan a ser eventos centinela.

Otro concepto de suma importancia es la *quasi falla* que, según el Centro Nacional de Seguridad del Paciente de EEUU es aquél "Acontecimiento o situación que podría haber tenido como resultado un accidente, herida o enfermedad, pero no lo tuvo por casualidad o por una intervención oportuna".

Lo más interesante de las *quasi fallas* es que sin que tengamos que pagar por el error cometido por que no se produjo daño, si podemos obtener la ganancia del aprendizaje, de tal forma que nos sale barato y podemos prevenir errores futuros que en una siguiente ocasión si pueden llegar a ocasionar daño a otro paciente. Por eso debemos poner atención a las *quasi fallas*, compartirlas y tomar en cuenta la oportunidad de mejora que representan.

En el siguiente boletín continuaremos con otros conceptos relacionados con la seguridad del paciente que podrán ser de su utilidad.

Dra. Odet Sarabia González

**Asesora del subsecretario de Innovación y Calidad
Subsecretaría de Innovación y Calidad
Secretaría de Salud**

OTRAS INICIATIVAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



Hasta este momento se han sensibilizado y capacitado 10 hospitales generales y uno de especialidad en 5 Estados de la República, 1 hospital de especialidad de uno de los Estados de la República, 2 Hospitales Generales Federales y un Instituto Nacional en materia de Seguridad del Paciente.

Se ha creado el Sistema Nacional de Registro y Aprendizaje de Eventos Centinela en el cuál los prestadores de servicio de salud pueden ingresar a través de internet <http://dgces.salud.gob.mx/centinela> o bien marcando a CALIDATEL al 01800 10 888 69 y compartir eventos adversos, *quasi fallas* o eventos centinela con la única finalidad de aprender de los errores y evitar que alguien más

pueda cometerlos. Para tranquilidad de los usuarios, los registros pueden ser anónimos.

Nos encontramos haciendo benchmarking en la industria aérea para aprender sobre medidas que puedan aplicarse a la medicina para fortalecer el sistema de salud.

Hemos desarrollado 10 acciones básicas para la seguridad del paciente mismas que expondremos en este boletín. Estas 10 acciones también se han realizado en una versión corta y práctica que previa solicitud al departamento de Seguridad del Paciente de la Subsecretaría de Innovación y Calidad con la Dra. Odet Sarabia González o bien con el Ing. Walter Tovar Vera podrán ser enviadas.

Ya familiarizados con la terminología más empleada en Seguridad del Paciente, habiendo conocido la dimensión del problema planteado a partir de datos internacionales, es posible abordar ahora una fase concreta y aplicativa:



DIEZ ACCIONES BÁSICAS PARA MEJORAR LA **SEGURIDAD DEL PACIENTE**

*Dra. Odet Sarabia González
Ing. M. Walter Tovar Vera*

1) Identificación del paciente.

En cuanto a la identificación del paciente diremos que una causa importante de la generación de incidentes es la tendencia a resumir ubicaciones, nombres completos y características de los pacientes vgr. "El niño de la 21", "la diabética que ingreso hace un rato", olvidemos esas costumbres.

Es preciso realizar este proceso (sí, esto también es un proceso) a partir de por lo menos dos datos diferentes.

Al iniciar la atención médica, el primer punto debe ser la identificación correcta del paciente. Debemos eliminar cualquier punto que vulnere dicha identificación, es decir, que dé pie a confusión. Una forma sencilla es elegir como política del hospital dos datos diferentes relacionados con el paciente. Por ejemplo, nombre completo y fecha de nacimiento, o CURP o RFC. Lo que nunca deberá utilizarse es el número de cama ni el horario de atención al paciente.

2) Manejo de medicamentos.

El manejo de medicamentos conlleva riesgos que pueden dar lugar a graves fallas en la atención médica, ¿Quién no ha sabido de algún caso de equivocación en la administración de insulina por ejemplo?

La mejor manera de resumir este punto es mediante el muy conocido método mnemotécnico de las "5 C".

Esto quiere decir:

- Paciente Correcto;
- Medicamento Correcto;
- Vía Correcta;
- Dosis Correcta;
- Rapidez Correcta.

Uno de los principales retos que enfrentamos se encuentra en el manejo de medicamentos, ya que un error en la administración de los mismos puede traducirse en daño grave. Sin embargo, algo tan sencillo como repasar a manera de lista de cotejo o letanía los siguientes cinco puntos resumidos en las "5 C" podrá contener riesgos y evitar daño.

Para cerciorarnos de que se trata del paciente correcto, debemos hacer una identificación del enfermo, como se describió en el párrafo anterior.

En cuanto a los otros cuatro puntos, debemos hacer uso de la duda recurrente a manera de sistema redundante.

Por otro lado, también es importante considerar el remover de las unidades de atención de pacientes electrolitos concentrados como el cloruro de potasio o el cloruro de sodio, ya que hay casos reportados en los que el daño ha sido letal al administrarlos en altas concentraciones.

3) Comunicación clara.

Las fallas de comunicación son un factor muy frecuente en la gestación de eventos adversos en toda actividad humana, la gama de posibilidades de error es vasta, por lo mismo nos enfocaremos a los casos más vinculados a los procesos de atención a la salud.

Esto depende de identificar claramente a la persona a quien se dirige la comunicación. Si es un médico, se podrá hablar de cierta manera y con ciertos términos; si es enfermera, con otros; y si es paciente, aún con otros.

- En primer término, hable correctamente.
- En lo posible, use terminología estandarizada.
- Sea conciso, claro, específico y oportuno.
- No utilice abreviaturas, acrónimos o símbolos, al menos que su organización cuente con estandarización de los mismos.
- Cerciórese de que se ha dado a entender (que quien recibe la orden la repita).
- Si el tiempo es un factor importante, especifique el momento en que requiere que se efectúe la acción.
- En caso de órdenes verbales o resultados críticos de exámenes, es recomendable implementar un proceso de verificación, es decir un sistema redundante para evitar malas interpretaciones, errores y posible daño.
- Dada la importancia de la comunicación en el tema de seguridad del paciente, hemos dedicado un capítulo para él. Sin embargo, a manera de resumen, resaltamos los puntos mencionados.



4) *Uso de protocolos y/o guías diagnósticas y terapéuticas.*

El no apegarse a protocolos y guías diagnósticas y terapéuticas es fácilmente origen de un incidente, de la misma manera, la ausencia de un protocolo o lineamiento aprobado puede dar lugar a efectuar un procedimiento no idóneo, es preciso en tal caso que se desarrolle un protocolo específico adecuado.

Siempre será más seguro seguir protocolos y/o guías diagnósticas y terapéuticas de acuerdo con los signos y síntomas.

Afortunadamente, se cuenta con protocolos de atención, guías diagnósticas y terapéuticas, mismos que nos ayudan a homogeneizar la atención médica. Sin embargo, cabe resaltar que la constante revisión y actualización por expertos en el ramo deberá fomentarse para poder brindar la atención más actualizada.

5) *En cirugías y procedimientos, las "C" son sólo 4.*

El llegar a un procedimiento quirúrgico sin contar con toda la información necesaria puede causar un incidente, por ello deberemos verificar una serie de datos.

Aquí será suficiente cerciorarse de que se trata de:

- El paciente **C**orrecto;
- Cirugía o procedimiento **C**orrecto;
- Sitio quirúrgico **C**orrecto;
- Momento **C**orrecto (oportuno).

Antes de iniciar una cirugía o un procedimiento, el equipo debe tomar un breve "tiempo fuera" para poder repasar, a manera de lista de cotejo, los cuatro puntos enumerados. El "tiempo fuera" invertido es un tipo de sistema redundante empleado para contener riesgos y evitar causar daño, el cual puede ser grave e incluso irreversible.

Para evitar errores en sitio quirúrgico, es útil marcar el área que se va a operar en presencia del enfermo mientras éste se encuentra todavía consciente.

Basado en:

JCAHO NP 2005

- En el siguiente número de nuestro boletín encontrará las cinco acciones que restan.

Le invitamos a que comparta sus experiencias de eventos Centinela (puede ser anónimo) por internet, puede hacerlo por dos caminos:

1.- Entre directamente a la página de reporte:

<http://dgces.salud.gob.mx/centinela>

2.- Entre a la página de la Secretaría de Salud

<http://www.salud.gob.mx>

Seleccione sitios de salud, luego seleccione programas prioritarios, vaya a Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud y finalmente seleccione Sistema Nacional de Registro y Aprendizaje de Eventos Centinela.

En la próxima edición hallará usted:

- Las cinco Acciones para la Seguridad del Paciente restantes.
- Un Ejercicio de Seguridad.
- Un resumen de un artículo de interés traducido sobre este tema.

Si desea recibir con regularidad este boletín o hacer algún comentario sobre su contenido, haga contacto con:

Dra. Odet Sarabia González
Ing. Walter Tovar Vera

Seguridad del Paciente

Subsecretaría de Innovación y Calidad

Secretaría de Salud

Lleja número 7 1^{er} piso

Coordinación de Asesores

Col. Juárez C.P. 06696 Méx. D.F.

Tel.: (55) 52 63 91 86

correo electrónico: osarabia@salud.gob.mx

Referencias Bibliográficas:

Joint Commission Sources

National Patient Safety Goals 2005

To Err is Human, Building a Safer Health System.
Institute of Medicine, 2001. pp 1,30,31,55⁷

La Seguridad del Paciente en organizaciones hospitalarias. Ruelas E, Sarabia O, FCA UNAM, 2005.

Páginas de Internet:

<http://www.patientsafety.gov/NCPShtb.pdf> The National Center for Patient Safety

<http://www.patientsafety.gov>
(V.A. National Center for Patient Safety)

<http://www.dgces.salud.gob.mx/centinela>

