

LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS EVENTOS ADVERSOS Y CUASIFALLAS

Víctor Manuel López Ramírez, Dr.

Susana Araceli Sánchez Nájera, M. en C.

Magdalena López Bucio, LEO.

Instituto Politécnico Nacional

UPIBI

UPIITA

IMSS

vlopezr@live.com

susanchez@ipn.mx

magda_lopezbucio@outlook.com

RESUMEN

El presente trabajo de consiste en la descripción y análisis del impacto de madurez de la cultura de seguridad del paciente en la reducción de eventos adversos y cuasifallas.

En México se estima la muerte del 2% de pacientes hospitalizados y 8% sufre algún daño por eventos adversos que están relacionados con la seguridad del paciente. Sin embargo, 62% de ellos son prevenibles. Por lo cual, en los últimos años se han creado diversos estándares y protocolos de certificación que puedan fomentar y tratar de garantizar una cultura de calidad y seguridad del paciente.

La cultura de seguridad del paciente se refiere al conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo a perseguir; donde la seguridad del paciente se define como “la ausencia de daño prevenible al paciente durante el proceso de la atención a la salud.

Es importante considerar la adopción de una cultura de seguridad cuya finalidad es detectar, analizar y mitigar las consecuencias de fallos y errores en atención médica.

Para el desarrollo del análisis, se tomó como muestra los reportes de eventos adversos y cuasifallas de dos unidades médicas con certificación vigente por un período de 5 meses.

La premisa esperada como resultado de ésta investigación es observar un menor reporte de Eventos Adversos y Cuasifallas de acuerdo al aumento de cultura de seguridad del paciente establecida en la unidad médica analizada.

Introducción

En años recientes se ha dado un importante análisis de cómo la atención médica en los hospitales está impactando como causa de mortalidad o discapacidad.

Esta investigación describe la creación de diversas normas y protocolos de certificación, que han ayudado a establecer como objetivo una cultura de calidad en la seguridad al paciente. Se mencionan algunos estudios importantes que han determinado éstas normas y estándares.

En México se estima la muerte del 2% de pacientes hospitalizados y 8% sufre algún daño por eventos adversos que están relacionados con la seguridad del paciente. Sin embargo, más del 50% de ellos se pueden prevenir.

Asimismo, se estima que los costos derivados de incidentes imprevistos surgidos como consecuencia de un tratamiento o por una complicación médica y que da como resultado una hospitalización prolongada o una discapacidad, son muy altos. Estos incidentes se han convertido en la octava causa de muerte nacionalmente, por encima del cáncer de mama, accidentes de vehículos y el SIDA y la sexta causa de mortalidad en hospitales.

Ante esta problemática, las instituciones que conforman al Sistema Nacional de Salud han comenzado a implementar Estándares para Certificar y garantizar la seguridad del paciente, que se aprenda de los errores y se evite al máximo la ocurrencia de éstos mediante la implementación de barreras de seguridad.

El objetivo general de esta investigación es Analizar el impacto de madurez de la cultura de seguridad del paciente en la reducción de eventos adversos y cuasifallas.

Desarrollo

En la Asamblea Mundial del 2004 se acordó organizar una Alianza Internacional para La Seguridad de los Pacientes que fue puesta en marcha el 27 de octubre de ese mismo año.

La OMS estableció medidas orientadas para la prevención, exposición pública y mitigación de los EA con la finalidad de mejorar la atención que reciben los pacientes en las instituciones de salud dado que estima que millones de pacientes padecen consecuencias derivadas de atención insegura. (Zarate, y otros, 2017, pág. 279).

El Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad general (CSG) está alineado con lo establecido en el Artículo Cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el cual establece el derecho de toda persona a la protección de la salud. Además de seguir los objetivos y líneas de acción, tanto del PND 2013-2018, específicamente el objetivo 2.3 “Asegurar el acceso a los servicios de salud”, y la estrategia 2.3.4. “Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad”, así como del Programa Sectorial de Salud 2013-2018, el cual define en su segundo objetivo “Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad”. (PND, 2013, PNS, 2013).

Los estándares para la certificación de hospitales que establece el CSG se dividen en 5 secciones, como se muestra en la siguiente fig. 1.

Figura 1. Representación esquemática de los 5 Bloques que integran el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG.9



De acuerdo a dichos Estándares emitidos por el CSG, en el apartado “Mejora de la Calidad y Seguridad de los Pacientes (QPS)” de los Estándares para Certificar Hospitales versión 2015, estándares QPS.4, 4.1 y 4.2, señalan que se debe realizar la búsqueda intencionada de eventos centinela, adversos y cuasifallas como prioridad para la mejora de los procesos, la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes; dichos estándares son indispensables para que un establecimiento de atención médica se pueda certificar ante el CSG. (Estándares para Certificar Hospitales, CSG, 2015).

Cabe señalar, que para el CSG según los Estándares para Certificar Hospitales 2015 del Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad, un Evento Centinela debe incluir al menos:

- Muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente.
- Pérdida permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente.
- Cirugía en el lugar incorrecto con el procedimiento incorrecto o al paciente equivocado.
- Muerte materna.
- Transmisión de una enfermedad o afección crónica como resultado de una transfusión de sangre, hemocomponentes o trasplante de Órganos o tejidos.

Por el impacto que provoca un evento centinela y por cada reporte de este tipo de evento se debe de realizar un análisis causa-raíz, lo anterior, acorde a dicho modelo. Por lo que para efectos del presente trabajo solo se incluyó el reporte de los eventos adversos y cuasifallas.

Metodología

Se realizó un estudio retrospectivo, teniendo en cuenta que los datos fueron captados al interior de las instituciones en el año previo a la investigación. El corte de la investigación fue transversal ya que se llevó a cabo en un momento único, considerando los reportes

proporcionados por ambas instituciones de acuerdo al sistema implementado en cada una de ellas, lo que sí es que dichos datos correspondieron a los mismos meses de reportes obtenidos al interior de cada institución.

Resultados

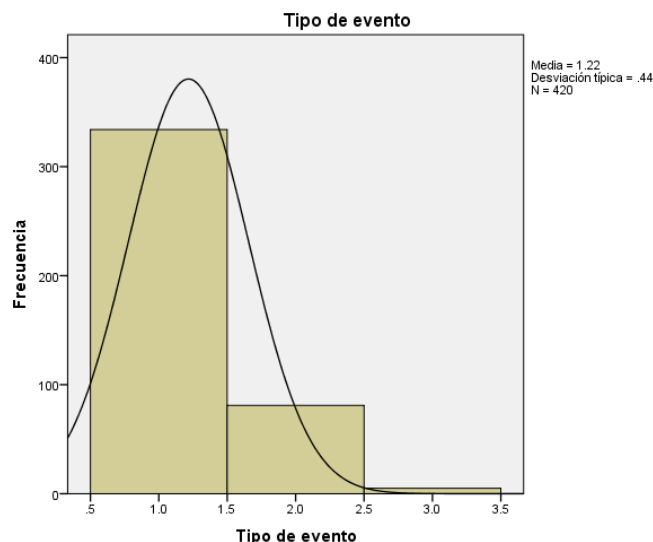
En la tabla 1 se puede observar los eventos que se presentaron durante 5 meses en las instituciones de salud caso de estudio.

Tabla 4. Frecuencia y porcentaje por tipo de evento del reporte de eventos adversos y cuasifallas de 5 meses

Tipo de evento		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Evento Adverso	334	79.5	79.5	79.5
	Cuasifalla	81	19.3	19.3	98.8
	Sin reporte	5	1.2	1.2	100.0
	Total	420	100.0	100.0	

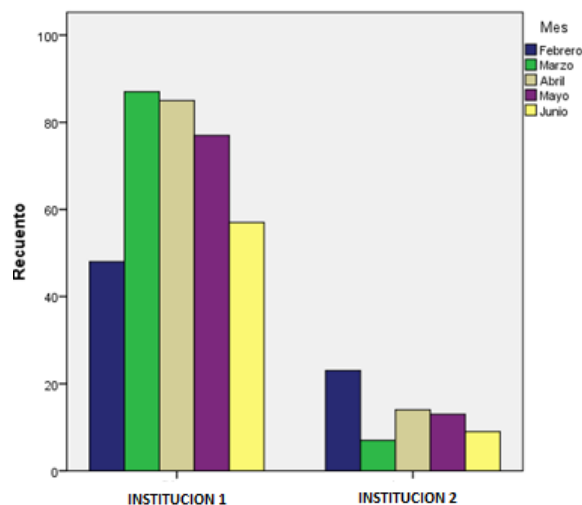
De igual forma, se presentan estos datos en una gráfica mostrada en la figura 2.

Fig 2. Frecuencia del reporte de eventos adversos y cuasifallas de 5 meses



En la figura 3 se muestran los eventos por institución y por mes.

Fig 3. Frecuencia por institución y mes



Conclusiones

De acuerdo al planteamiento obtenido de los resultados de la muestra analizada, se concluye que sí existe impacto positivo en la seguridad del paciente cuando en las instituciones de salud existen estándares de certificación acerca de cultura de calidad en seguridad.

El impacto se observa en el número de reportes obtenidos en ambas instituciones, el tiempo que se ha trabajado en instaurar estándares de certificación en la institución 1 impacta en la cultura de reportar los incidentes y dar tratamiento a la información para aprender de los errores; a diferencia de la institución 2, donde se percibe que es necesario reforzar la cultura para dar tratamiento a los reportes, pues en el resultado se observa que hay algunos sin clasificar.

Para un análisis más detallado sería conveniente contar con mayor información para profundizar en el tema, por ejemplo, el análisis sobre qué tipo de eventos adversos y cuasifallas son más frecuente en cada institución e investigar si hay similitudes.

Referencias

Estándares para la certificación de hospitales del CSG. Disponible en: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/estandares/2aEdicion-EstandaresHospitales2015_SE.pdf

Plan Nacional de Desarrollo 2013 - 2018, Gobierno de la República. Disponible en: <http://pnd.gob.mx/>.

Programa Nacional de Salud 2013 - 2018. Secretaría de Salud. Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/prosesa.html.

Zarate, R., Salcedo, R., Olvera, S., Hernández, S., Barrientos, J., Pérez, M., . . . Terrazas, C. (octubre-diciembre de 2017). ScienceDirect. Obtenido de Enfermería Universitaria, Vol. 14: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706317300659>