



Enfermería Universitaria

ISSN: 1665-7063

rev.enfermeriauniversitaria@gmail.com

Universidad Nacional Autónoma de
México
México

Vázquez C., Evangelina
Seguridad del paciente. Una necesidad para el cuidado
Enfermería Universitaria, vol. 5, núm. 1, enero-marzo, 2008, pp. 30-34
Universidad Nacional Autónoma de México
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741824005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Seguridad del paciente. Una necesidad para el cuidado

Evangelina Vázquez C.*

* Campeona de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, de la Organización Mundial de la Salud.

Resumen

Reducir los eventos adversos y errores médicos se ha convertido en un asunto de interés Internacional, por tal motivo en octubre del 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la alianza por la seguridad del paciente, realizando un primer taller en el cual se establecieron seis áreas de acción, una de ellas; los pacientes en defensa de su seguridad realizada en noviembre del 2005 en Londres, con 24 asistentes mujeres de Sudan, Australia y México se presentó la llamada Declaración de Londres en donde se destaca la perspectiva de los pacientes como agentes de cambio activos en la mejora de la calidad de los servicios de salud, en especial los derechos a la salud materno infantil, exponiendo sus propias historias de vida uno de los puntos principales y de mayor relevancia fue el de enfocar la atención a los grupos mas desprotegidos y discriminados por lo que se propuso crear redes con las Instituciones, grupos y Asociaciones civiles con EE.UU, Canadá para trabajar a nivel regional y mundial en forma conjunta con la OMS.

Palabras Clave: Enfermería / Seguridad del paciente / eventos adversos/

Abstract

Decreasing adverse events and medical errors has become an international health issue, therefore in October 2004 the WHO (World Health Organization) established the Alliance for Patient Safety by performing one first workshop in which 6 action areas were set; 1. the campaign for nosocomial infections prevention, 2. Patient safety investigation, 3. Patient safety taxonomy, 4. Reporting and Learning for Patient Safety, 5. Solutions for Reducing Risks, and the 6th "Patients for the Defense of their Safety" that was developed through families and was pushed out by people who suffered damage by medical errors and that have worked to improve health services quality. With this in mind in November 2005 in London with 24 female attendants from Sudan, Australia, and Mexico, the so called London Statement was presented, where the perspective of patient as an active change agent for improving health service quality was highlighted, specially the rights for mother-child health, by means of exposing their own life stories. One of the main issues and with mayor relevance was to focus attention on assistance for the less protected and discriminated groups, and it was proposed to create networks bonds with those institutions, associations, and groups, and civil associations that work at regional and world levels such as those in the USA and Canada, and that work jointly with the WHO.

Key words. Nursing, patient safety, adverse events.

INTRODUCCIÓN

Reducir los errores médicos o eventos adversos ha sido una preocupación que se está convirtiendo en un asunto de interés internacional.

(Basado en estudios de varios países se ha demostrado que existe un gran porcentaje de daños por error médico). De acuerdo con datos obtenidos en algunos países, por ejemplo en Australia, ocurren eventos adversos entre 10.6 a 16.6%¹ de las hospitalizaciones, en Canadá la tasa es de alrededor de 7.5%² y en Estados Unidos entre 3.2 y 5.4%³⁻⁵. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la situación en los países en desarrollo amerita especial atención debido a que la falta de recursos humanos y materiales hacen que la probabilidad de eventos adversos sea mucho más alta que en las naciones industrializadas.⁶ En México, como en la mayoría de los países en desarrollo no se han implementado sistemas de reportes sobre eventos adversos en la atención a la salud, por ello no existen datos al respecto.

En respuesta, a la situación en octubre de 2004, la OMS estableció la alianza para la Seguridad del Paciente, para mejorar la seguridad de éste, tanto en países desarrollados, como en vías de desarrollo.

Pacientes en Defensa de su Seguridad

La Alianza para la Seguridad del Paciente estableció seis áreas de acción⁶. Los Pacientes en Defensa de su Seguridad es una de éstas¹ y tiene como objetivo asegurar que los pacientes y sus familias sean la parte central de los esfuerzos internacionales para mejorar la seguridad del paciente. La Alianza para la Seguridad del Paciente, es impulsada por personas como Susan Sheridan, ella sufrió la pérdida de su esposo debido a cáncer no diagnosticado a tiempo y su hijo, Cal, sufrió ictericia no tratada y padece lesión cerebral por hiperbilirrubinemia (kernicterus).

El primer taller de los Pacientes en Defensa de su Seguridad reunió a 24 personas que sufrieron daño por error médico y que han trabajado para mejorar la calidad en los servicios de salud. Ellos fueron seleccionados de diferentes partes del mundo para discutir la mejora en la seguridad del paciente a través del planeta.

En ese taller se consideró una nueva perspectiva del papel de los pacientes como agentes de cambio activos en la mejora de la calidad de los servicios de salud, lo cual puede ser considerado de gran relevancia histórica.

De las 24 personas asistentes, cinco fueron mujeres, tres personas de Sudán, una de persona Australia y una de México participaron para proponer mecanismos que garanticen se respete el derecho a la salud materno-infantil.

Las participantes de Sudán trabajan por resolver la fuerte problemática de una razón de mortalidad materna de 509 por 100 000 nacidos vivos, una de las más altas en el mundo.

En el caso de Australia y México se observó, de acuerdo a la experiencia que compartieron, un problema sistemático de los sistemas de salud que llevan a causar daño por trabajo de parto prolongado, llevando a la muerte o a una lesión cerebral en el producto.

En el caso que expuso la autora de este ensayo referente a su propia historia, se observó que un error no corregido a tiempo, puede llevar a una especie de reacción en cadena, lo cual puede considerarse negligencia y no un simple error, su hijo, tuvo lesión cerebral por sufrimiento fetal, de forma que el caso del hijo de Susan Sheridan, en el cual se cometieron los mismos errores, sufrió ictericia desatendida en el momento indicado, por lo que padece también kernicterus. Durante su estancia en el hospital niño padeció dos cuadros de septicemia, lo anterior por una valoración limitada que no apreció oportunamente su tipo de sangre, en un estudio de otro laboratorio

El problema de una atención adecuada en el embarazo, parto y puerperio es como una moneda de dos caras, con la que está en juego la salud y vida de la madre y el hijo. La cifra de mortalidad materna en México es de 64.2 por cada 100,000 nacimientos vivos registrados (datos del 2004), de acuerdo a una estimación del Consejo Nacional de Población (CONAPO)⁷, las cifras varían substancialmente cuando se comparan las áreas rural y urbanas, obviamente, las mujeres rurales presentan más riesgo de muerte materna.^{8 y 9} Las causas de la mortalidad materna están directamente relacionadas con la accesibilidad de los servicios de salud, con la oportunidad de las intervenciones, los costos implícitos y la calidad de los servicios obstétricos y perinatales. Así, las causas más importantes de muerte materna en el anteparto, parto y postparto⁷ (datos de 2004), fueron las hemorragias (24.8%), la hipertensión arterial (28.6%) y el aborto (6.9%). En el alumbramiento, a las dos primeras complicaciones se agrega el parto prolongado. Además, durante el puerperio, las mujeres fallecen por infección,^{7,10} generalmente debida a una atención de parto no higiénica.

Cuando la mujer tiene acceso a un sistema de atención con capacidad de evaluarla, apresurar el nacimiento o realizar una operación cesárea, el parto deja de ser una causa de muerte. Las complicaciones del puerperio son, casi sin excepción, consecuencias de una atención inadecuada.¹⁰ De acuerdo al Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) la mortalidad materna es reconocida como un problema multifactorial que contempla la inequidad social y de género, la corresponsabilidad no sólo institucional, sino, familiar y comunitaria frente a la muerte materna, la falta de información efectiva sobre los cuidados de la mujer embarazada y de su hijo, y la necesidad de reforzar programas educativos para construir una cultura de la prevención de la muerte materna a todos los niveles.. La mortalidad materna continúa siendo un problema prioritario en México y su importancia está subestimada; la mayoría de muertes son evitables con la atención médica adecuada; la misma organización propone como una de las estrategias la promoción de la perspectiva infantil del derecho a tener una madre sana y viva que asegure su supervivencia, su crecimiento y desarrollo. Aunque las cifras de muerte infantil han disminuido en México, aún, en la mayoría de casos esas muertes son prevenibles, situación que carece de justificación técnica o moral.¹¹⁻¹³ En este caso también se observan las diferencias regionales. A pesar de la disminución mencionada, México aún está lejos de las naciones desarrolladas, y el porcentaje de niños con discapacidad debida a una lesión al no recibir la atención adecuada en el nacimiento es desconocido. Más aún, los casos de kernicterus, el cual frecuentemente se confunde con otro tipo de parálisis cerebral, no están cuantificados y afectan al bebé causándole daño cerebral irreversible. La madre también puede ser afectada de forma indirecta pues, sino, es atendida adecuadamente, un nuevo embarazo puede ser de alto riesgo. Lo extraño es que a pesar de que la afectación es grande y los costos para evitar ese daño son mucho menores, no sea digno de mayor atención. Además las mujeres no cuentan con la información adecuada para saber que el kernicterus empieza con ictericia unos días después del parto, generalmente cuando la madre y el bebé han sido dados de alta y quedan sin observación médica, y se le indican sólo baños de sol, cuando ya el bebé inicia el proceso de daño cerebral irreversible.

El problema de generar discapacitados por una mala atención repercute en la persona de forma inconmensurable por cuanto no sólo existe el daño por la discapacidad, por el cual el niño sufre limitaciones físicas, sociales y psicológicas inherentes, sino que, de acuerdo al Consejo Nacional

para Prevenir la Discriminación (CONAPRED). sólo 2% de niños y niñas con discapacidad asiste a la escuela por falta de infraestructura y personal adecuado, negándoseles así el derecho a la educación. De acuerdo con un reporte del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), en el período de 2001-2005, sólo se adoptaron seis menores con discapacidad, lo que refleja prejuicios y escasa cultura en materia de adopción, además de grave problema de la discriminación a los discapacitados, a los que se les condena a mala calidad de vida, a la segregación, se les niegan derechos elementales como el de la educación y de poder integrarse a la sociedad como parte productiva y activa de la misma.

Afortunadamente, el tema de la mejora en la calidad de los servicios de salud está siendo promovido de tal forma que permitirá, aunque sea a largo plazo, evitar en la medida de lo posible, casos de discapacidades por mala atención médica. El taller de Pacientes en Defensa de su Seguridad ha sido uno de esos trabajos.

Declaración de Londres

Como resultado del taller realizado en Noviembre del 2005 por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, se escribió la llamada declaración de Londres, que resume el trabajo del Taller, en el cual, Los Pacientes en Defensa de su Seguridad se comprometen a trabajar para crear conciencia en todas las partes involucradas en el mejoramiento en la calidad de los servicios de salud, enfatizando la participación de los pacientes en ese trabajo. Uno de los asuntos más importantes que fue discutido fue el de enfocar la atención a los grupos más desprotegidos y discriminados como una lucha contra las desigualdades sanitarias y se propuso crear redes con las instituciones, asociaciones y grupos que trabajan para ellos a nivel regional y mundial. Se asumieron retos, y se analizaron las prioridades, como la necesidad de iniciar sistemas de reportes lo más pronto posible, en las naciones en las cuales no han sido implementados. Una de las propuestas interesantes fue el estimular la creación de asociaciones civiles de pacientes como en algunos países como Estados Unidos y Canadá, que trabajan fuerte y conjuntamente con la OMS y otras organizaciones e instituciones involucradas en ese trabajo. A su vez se expusieron algunos trabajos realizados en México, como el Tribunal de los Derechos Reproductivos, en mayo de 1996, encabezado por la Red de Salud por las Mujeres del D.F., y Salud Integral para la Mujer (SIPAM), donde participaron mujeres pacientes, como la autora de este trabajo, defendiendo el derecho materno infantil, representantes de UNICEF y UNIFEM, así como expertos en el tema.

Para concluir el trabajo del Taller de Pacientes en Defensa de su Seguridad, redactaron la declaración de Londres que dice:

“Pacientes en Defensa de su Seguridad Alianza Mundial de la OMS para la Seguridad del Paciente”.

Nosotros, Pacientes en defensa de su seguridad, prometemos ayudar a crear un mundo en el cual los errores de la atención de salud dañen a un menor número de personas. Nos hemos reunido en Londres del 27 al 30 de noviembre de 2005, para establecer una alianza, en un esfuerzo por reducir la enorme carga de daños evitables de la atención de salud. Nos acompañan constantemente riesgos e incertidumbres. Así pues, dialogamos y participamos en la atención de salud junto a los proveedores de ésta. Aunamos nuestras fuerzas como defensores de una atención de salud que cause menos daños, tanto en el mundo en desarrollo, como en el mundo desarrollado.

Nosotros asumimos el compromiso de propagar nuestro mensaje de una persona a otra, de una ciudad a otra y de un país a otro. Tenemos derecho a una atención de salud segura, y no dejaremos que continúe la cultura actual del error y la negación. Pedimos honradez, franqueza y transparencia. Convertiremos la reducción de los errores de la atención de salud en un derecho humano básico que proteja la vida humana en todo el mundo.

Nosotros, Pacientes en defensa de su seguridad, seremos la voz de todos los pacientes, pero especialmente de aquellos a los que no se oye. Juntos, como aliados, colaboraremos para:

- Concebir y fomentar programas a favor de la seguridad del paciente y la capacitación de los pacientes.
- Mantener e impulsar un diálogo constructivo con todos los asociados implicados en la seguridad de los pacientes.
- Establecer sistemas para informar sobre los daños relacionados con la atención de salud y ocuparnos de ellos, en todo el mundo.
- Definir prácticas óptimas relacionadas con los daños de todo tipo, causados por la atención de salud y promover estas prácticas en el pleno mundial.

En honor de quienes han fallecido, de quienes han quedado discapacitados de nuestros seres queridos, pondremos el máximo empeño en lograr que todas las personas que reciben atención de salud gocen de la máxima seguridad posible, lo antes posible. Así se concreta nuestro compromiso de colaboración. 17 de enero de 2006 (versión en español, realizada por la Organización Panamericana de Salud).

Recientemente se realizó un segundo taller, a nivel regional, donde discutieron puntos en concreto para las Américas. En este taller se reunieron, además de pacientes, otros profesionistas relacionados con el tema. En él se discutieron también los retos y prioridades para la región, se reflejó la misma necesidad que en taller de Londres, de transparencia en los sistemas de salud, respecto a la frecuencia de eventos adversos. Este taller fue un primer paso de encuentros de pacientes y asociaciones de éstos con otras personas que trabajan en la seguridad del paciente, como representantes de instituciones, asociaciones de abogados, y otros grupos, lo cual resultó enriquecedor y que sentó las bases para una interacción y dialogo más general sobre este tema.

CONCLUSIONES

Existe la necesidad de crear propuestas que permitan cambios en la Atención a la salud, presento algunas de ellas: La Seguridad del Paciente debe ser una cátedra obligatoria en la carrera de Medicina y las relacionadas con el área de la salud que incluya Bioética, Responsabilidad legal ante la violación de los derechos de los pacientes, entre otros temas.

Solicitar apoyo e información a las diferentes instancias gubernamentales como el Consejo Nacional para prevenir la discriminación (CONAPRED) Comisión Nacional de los derechos Humanos y a **Organizaciones de la Sociedad Civil** que han jugado un papel fundamental en los avances observados a la fecha en el país. Existen más de 800 organizaciones de y para personas con discapacidad que ofrecen diversos servicios, quienes han suplido la falta de responsabilidad Gubernamental. Los que durante esta investigación se observó son quienes conocen el tema y están interesados en desarrollar indicadores de calidad con mayor apertura para considerar que el papel de los pacientes como agentes activos en la mejora de la calidad de los servicios de salud permitirá un enfoque más amplio de la problemática y permitirá encontrar soluciones más realistas. Los pacientes, más aún los que han sufrido un daño tienen una visión distinta al médico de lo ocurrido en una situación adversa y suele percatarse de detalles que el personal médico a veces no percibe. Un análisis desde una visión más general, aprovechando la experiencia conjunta, puede ser reflejado en la mejora en la calidad de los servicios médicos.

Considerar que el deterioro en la calidad de los servicios de salud afecta a los grupos más vulnerables como mujeres, niños, grupos étnicos, gente de bajos recursos, y que la inequidad de género y discriminación son factores importantes a trabajar para solucionar este grave problema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD, et al. *The Quality in Australia Health Care Study*. Med J. Aust; 1995; 163(9): 458-71.
2. Baker GR, Norton PG, Flintolf V, Blais R, Brown A, Cox J. et al. *The Canadian Adverse Events Study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canadá*. Can Med Assoc J 2004; 179(11):1678-86
3. Brennan TA, Leape LL, Laird N M, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG et al. *Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study*. N. Engl J Med 1991;324(6): 370-7.
4. Leape LL, Brennan TA, Lair N, Hebert L, Newhouse JP, 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.
5. Thomas EJ, Studdert DM, Runciman WB, Webb RK, Sexton E, Wilson RM et al. *A comparison of iatronic injury studies in Australia and the USA I: Context, method, casemix, population, patient and hospital characteristics*. Int J Qual Health Care 2000;2(5):371-8.
6. World Alliance for Patient Safety. *Forward Programme 2005, Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2004*.
7. Lozano-Ascencio R, Nuñez-Urquiza RM, Duarte-Gómez MB, Torres-Palacios LM. *Evolución y tendencias de largo plazo de la mortalidad materna en México: análisis de factibilidad y de efecto potencial de intervenciones seleccionadas para el cumplimiento de las metas del milenio*. México, D.F.; Consejo Nacional de Población; 2005.
8. Godínez-Leal L. *Persisten índices de mortalidad materna en México*, México, D.F., CIMAC; mayo de 2004.
9. Castañeda M, Díaz D, Espinosa G, Freyermutg G. Sánchez-Hidalgo D, de la Torre C. *La mortalidad materna en México: cuatro visiones críticas*. México, D.F., FUNDAR; 2004.
10. Langer-Glas Ana. *La mortalidad materna en México; la contribución del aborto inducido*. En: Ortíz A, ed. Razones y pasiones en torno al aborto. México, D.F: Edamex/Population Council; 1994: 149-53.
11. Lattes AE, Farren M. McDonald J, comp. *Salud, enfermedades y muerte de los niños de América Latina*. Buenos Aires, Argentina: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales CLACSO, IDRC; 1989.
12. Hernández-Bringas HH. *La mortalidad infantil en México durante los años de crisis*. Cuernavaca, Morelos, México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. UNAM; 2001.
13. Rice-Buffer R, Serrano CV. *Características de la mortalidad en la niñez. Informe de la Investigación Interamericana de Mortalidad en la niñez*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1973.

http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/regional_champions/en/index.html

Boletín de prensa 064/2007

Presidente del consejo Nacional para prevenir la discriminación Gilberto Rincón Gallardo

www.conapred.org.mx

* http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/regional_champions/en/index.html

Las otras cinco áreas son: 1. Desafío mundial (campaña de prevención de infecciones nosocomiales). 2. Investigación de la seguridad de paciente. 3. Taxonomía de la seguridad del Paciente. 4. Reportando y aprendiendo para mejorar la seguridad del paciente y 5. Soluciones para reducir riesgos. En el siguiente periodo (2006-2007) se preparan 10 áreas de acción donde el desafío será sobre campañas por cirugías más seguras.

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA

Evangelina Vázquez C. Calle Coapa N° 179, Col. Toriello Guerra, Tlalpan, 14050, México, D.F. México.

