



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/113.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

<i>Título</i>	Calidad y seguridad del paciente a través de identificación de eventos adversos, centinela y cuasifalla
<i>Autores</i>	Azucena Lizalde Hernández, Ma. Martha Marín Laredo, Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz, Josefina Valenzuela Gandarilla, Ana Celia Anguiano Morán, Elizabeth Medina Castro
<i>Centro/institución</i>	Facultad de Enfermería, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH)
<i>Ciudad/país</i>	Morelia, Michoacán, México
<i>Dirección e-mail</i>	lizaldehernandez@yahoo.com.mx

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Antecedentes

En 1999 el Instituto de Medicina de los Estados Unidos publicó el libro "Errar es humano: construir un sistema más seguro de salud", el cual evidenció que los norteamericanos morían anualmente por errores prevenibles en la práctica médica. El estudio demostró que el paciente que ingresa a una institución hospitalaria se encuentra vulnerable en su entorno hospitalario y le pueden suceder incidentes durante la atención. Los errores humanos son un factor determinante en la ocurrencia de errores asociados a causas como acciones inseguras del personal de salud, cansancio, estrés, prisa, falta de atención, negligencia o insuficientes conocimientos.¹ Para minimizar estos errores humanos, en las instituciones de salud en México las jefes de enfermería, supervisoras de hospital, jefes de área o servicio, tienen como función evaluar la calidad y seguridad en la atención que otorga el profesional de enfermería a su cargo, para lo cual se aplican diversos indicadores de calidad, entre otros: el de prevención de infecciones de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada, prevención de caídas a pacientes hospitalizados, vigilancia y control de venoclisis instalada, prevención de úlceras por presión a pacientes hospitalizados de tal manera que esta medición evidencie la calidad técnica, calidad percibida y calidad sentida.² A pesar del trabajo realizado por enfermería para mejorar la calidad del cuidado que brinda, no se evidencian datos estadísticos reales de los eventos adversos, cuasifalla y eventos centinela ocurridos en muchas ocasiones durante el cuidado que proporciona.³ Esto ocurre debido a que no se tiene una cultura de calidad correctiva y preventiva por parte de las diversas áreas, y en

donde cometer un error es considerado como un problema grave que comúnmente se castiga y el profesional involucrado se evidencia ante los integrantes del comité de bioética; se le sanciona por el sindicato, es difamado; y si éste labora en una institución privada, en diversas ocasiones se le despide. En este escenario, los errores no son considerados como un área de oportunidad.

Metodología

A partir de la reflexión de una problemática observada con la calidad y seguridad en las instituciones de salud se planteó la pregunta: ¿Cómo los directivos de enfermería contribuyen a la mejora de la calidad y seguridad del paciente a través de la identificación de eventos adversos, eventos centinela y cuasifalla? Se realizó una búsqueda bibliográfica en libros, artículos científicos y documentos oficiales durante el período de tiempo de 2013 a 2014 para analizar cómo los directivos de enfermería contribuyen a mejorar la calidad y seguridad del paciente a través de estos eventos.

Resultados

Para la mejora de la calidad y seguridad el Programa Sectorial Federal en México 2013-2018 plantea como objetivo asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, para lo cual se trazan diversas líneas de acción, entre ellas impulsar el cumplimiento de estándares de calidad técnica y seguridad del paciente en las instituciones de salud, así como consolidar el proceso de acreditación de establecimientos de salud para asegurar calidad, seguridad y capacidad resolutiva.⁴ De igual manera, el Programa Sectorial de Salud en Michoacán 2012-2015 en su diagnóstico presenta como amenaza la omisión e incumplimiento de las metas internacionales de seguridad del paciente, y como oportunidad detectar oportunamente y evitar fallas, eventos centinela y adversos.⁵ También el Consejo de Salubridad General dentro de los estándares para la certificación de hospitales plantea seis Metas Internacionales de Seguridad del Paciente cuyo propósito es promover acciones específicas para mejorar la seguridad de los pacientes.⁶ En la Cedula de Estructura de Autoevaluación para Certificación de Hospitales se proponen elementos medibles, entre ellos el establecimiento de una definición de evento adverso y el tipo de eventos que deben reportarse y se ha establecido una definición de cuasifalla como toda variación del proceso que no afectó un resultado pero cuya recurrencia implica una probabilidad importante de resultados adversos graves. Dicha “ocasión” cae dentro del alcance de la definición de evento adverso y el tipo de eventos que debe reportarse; de la misma manera se cuenta con un proceso para reportar los eventos centinela definido como un suceso imprevisto que implica la muerte, una pérdida permanente grave de una función o una cirugía incorrecta. Asimismo, como indicadores de seguridad del paciente se consideran el reporte de eventos adversos resultado de los últimos 12 meses cuya ponderación es indispensable y se encuentran considerados el número de eventos adversos reportados, el número de eventos centinela reportados y el número de cuasifallas reportados.⁷

Para el cumplimiento de estos indicadores, la Dirección de Enfermería de México deberá coordinar esfuerzos comunes con los subordinados para alcanzar las metas de la organización en hospitales.⁸ Igualmente durante la dirección, los jefes de enfermería ejecutan funciones hacia el personal con el que trabajan logrando que todos conozcan y entiendan claramente las metas.⁹

Para el logro de la calidad, se pretende que la dirección del personal de enfermería logre influencia positiva en los subordinados a través del plan o programa

para la mejora de la calidad y seguridad del paciente y aplique el ejercicio de un liderazgo, el diseño de procesos clínicos y de gestión de mejora continua y el avance de procesos mediante el uso de indicadores, para lo cual se establecerán prioridades más claras sobre qué mejorar y controlar.¹⁰

Deming en su quinto principio refiere que ningún sistema, cualquiera que sea el esfuerzo que se le dedique, sea de operación, mantenimiento o servicio, estará libre de accidentes. Pese a ello, los accidentes nos rodean por todas partes como las bacterias, así se observa que las cifras sobre accidentes no hacen nada por reducir la frecuencia de los mismos. Por tanto, *el primer paso para reducir la frecuencia de los accidentes consiste en determinar si la causa de un accidente pertenece al sistema o a una persona concreta o a un conjunto de condiciones.*

Asimismo, resulta conveniente aplicar los 14 puntos de Deming que muestran la forma de “salir de la crisis”, como crear constancia en el propósito de mejorar el servicio de atención a pacientes, adoptar la nueva filosofía de cultura de calidad, dejar de depender de la inspección de un jefe o supervisor para lograr la calidad, adoptar e implantar el liderazgo para influir de manera positiva en la conducta de los subordinados y a través de ellos se garantice la calidad y seguridad en el cuidado, desechar el miedo y lograr que el personal tenga una cultura de calidad a través de la verbalización y documentación de los cuasifallas, eventos adversos y eventos centinela, es decir, establecer un programa vigoroso de educación y auto-mejora para todo el personal.¹¹

Además, se sugieren dos áreas para llevar a cabo la implantación de este modelo en el área técnica y el área cultural, cuyo objetivo es realinear la cultura empresarial para crear un ambiente de trabajo cada vez más positivo y aplicar las diez prácticas gerenciales en el triángulo de influencia de cada gerente.¹²

Conclusiones

Los directivos de enfermería contribuyen a la mejora de la calidad y seguridad del paciente a través de la identificación de los eventos adversos, eventos centinela y cuasifalla. Para que los jefes en enfermería contribuyan a la mejora de la calidad y seguridad de los pacientes es necesario el ejercicio de un liderazgo efectivo, tener autoridad y responsabilidad colectiva e individual.

De esta forma, es trascendental considerar la capacitación de los líderes en las instituciones de salud para mejorar los procesos gerenciales y de apoyo administrativo e impulsar la capacitación en gestión y calidad de servicios del personal de salud.

Bibliografía

1. Comisión Permanente de Enfermería. Protocolo para la Prevención de Caídas en Pacientes Hospitalizados. 2010; 1(1):7-33 Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/ [Acceso: 18.5.2014].

2. INDICAS V.II. Hospitalización. Formato de recolección de y concentración de datos, cuatrimestre a evaluar. Formatos de recolección y concentración de datos. Cuatrimestre a evaluar. 2013; 1(1):21-25. Disponible en: <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/>, <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/doctos/CUADERNILLO%20DE%20ENCUESTAS%20PARA%20HOSPITALES%20DE%20SEGUNDO%20NIVEL.pdf>. [Acceso: 02.5.2014].

3. Menezes Brito MJ, De Mattia Rocha A, Resende Ferreira V. Análisis de los eventos adversos en una unidad de terapia intensiva neonatal como herramienta de gestión de calidad de la atención de enfermería. *Enfermería Global*. 2009; 1(17): 1-13. Disponible en: <file:///C:/Users/azu/Downloads/75161-312421-1-PB.pdf> [Acceso: 08.03.2014].
4. Programa Sectorial Federal 2013-2018. 1(1):1-59. Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/pdf/programaDOF.pdf [Acceso: 20.02.2014].
5. Programa Sectorial de Salud en Michoacán 2012-2015; 1(1)1-155. Disponible en: <http://publicadorlaip.michoacan.gob.mx/itdif/2014/71/Programa%20Sectorial%20de%20Salud%202012-2015.pdf> [Acceso: 26.02.2014].
6. Consejo de Salubridad General. Estándares para la certificación de hospitales. 2012; 1(1):1-295. Disponible en: <http://www.inper.edu.mx/descargas/pdf/EstandaresCertificacionHospitales2012.pdf> [Acceso: 19.01.2014].
7. Consejo de Salubridad General. Cédula de estructura de autoevaluación. 2011; 1(1):1-76. Disponible en: http://www.himfg.edu.mx/descargas/documentos/principal/autoevaluacion_hospitales.pdf [Acceso: 19.01.2014].
8. Munch Galindo Lourdes. *Fundamentos de Administración*. México: TRILLAS; 2006; p. 159-179.
9. Baldera Pedrero ML. *Administración de los Servicios de Enfermería (5ta edición)*. México: McGraw Hill; 2009. p.150.
10. Moreno Monsiváis M. Calidad y seguridad de la atención. *CIENCIA Y ENFERMERIA*. 2013; XIX(1):7-9. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532013000100001&lang=pt. [Acceso: 1.6.2014].
11. Deming Eduars W. *Calidad, Productividad y Competitividad. La salida de la crisis*. México: Díaz de Santos; 2009.
12. Sosa Pulido D. *Administración por Calidad. (2da Edición)*. México: LIMUSA; 2011. p.20.