

Por qué la seguridad del paciente en la Revista Cirujano General

The reason to include patient's safety in the Journal Cirujano General

Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez

Desde hace un poco más de una década, la seguridad del paciente ha ocupado una posición destacada en la vida diaria de médicos, enfermas, administradores de los hospitales, paramédicos y, recientemente, de los educadores y alumnos de las carreras de medicina y enfermería, en estas últimas con mayor profundidad e intensidad. De modo que se esperaba la generación de una cultura de calidad y seguridad del paciente que, en un corto plazo, se viera manifiesta en forma tangible en las actividades cotidianas de la atención del paciente como una forma de ser (cultura); sin embargo, este objetivo lamentablemente no se manifiesta en la percepción del usuario habitual -paciente- ni de sus familiares, ello se aduce a un proceso rígido, donde los actores se han colocado al margen de la aceptación de estos nuevos retos o bien que este comportamiento es secundario a los métodos de difusión de las diversas alternativas para dar a conocer las líneas de acción sobre las cuales estamos enfocados –los mexicanos– al no existir la difusión adecuada de parte del emisor, a lo cual agregamos ni la acogida de parte del receptor.

Este enfoque emisor-receptor es clave para la puesta en marcha de los proyectos de salud, donde por desgracia estamos más enfocados en el qué hacer, que en el cómo hacer y cuándo y por qué hacerlo, por tal motivo he aquí un enfoque editorial.

Hablar sobre seguridad del paciente es una de las realidades impactantes con las que abrió el siglo XXI.

Reconocer que las prácticas médicas puede ser causa de daños y algunos de éstos fatales es sin duda uno de los hitos que están cambiando la atención médica en el mundo, como en su momento lo fue el descubrimiento de los antibióticos o en épocas más recientes los anestésicos locales o los medicamentos antihipertensivos, hechos que han merecido el premio Nobel de la Medicina

a sus descubridores, pero más útil aún aquellos que los han sabido utilizar y poner a disposición de todos para beneficio de la humanidad.^{1,2}

Los estudios realizados en el Reino Unido, Australia, Nueva Zelanda, Canadá y los Estados Unidos dieron paso a una corriente, en este tema coyuntural, que ha traspasado sus fronteras para mejorar los sistemas de salud en el mundo, enfocados en realizar una práctica médica segura, lo que tiene como resultado, desde luego, la satisfacción del paciente, el incremento de la calidad y un ahorro económico considerable, ya que cada desviación o complicación va de la mano de un importante incremento en los gastos de hospitalización y recuperación, cuando se recobra la salud o bien de indemnizaciones y demandas costosas, donde quien más pierde es el sistema de salud, al volverse poco confiable y por ello mismo vulnerable.^{3,4}

México, nuestro país, no podía ir a la zaga, de tal manera que se ha sumado a esta corriente mundial, desde hace varios años, con identificación clara de problemas locales, realizando en forma individual, grupal, institucional y nacional trabajos enfocados en la seguridad del paciente, desafortunadamente dentro de un perfil de bajo impacto, no por falta de interés de los responsables de la atención médica o de esfuerzos de los interesados, sino por una corriente de rechazo, en lo general, al reconocimiento de este tipo de problemas, el incremento de las demandas médicas y la falta de cultura de nuestra medicina enfocada a la seguridad del paciente.

Con la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud en el año 2002, se dio un paso muy importante para difundir el significado de la calidad y su simbiosis con la seguridad, sus relaciones e interrelaciones, llegando inclusive a manejarse como sinónimos,

Editor invitado, Asociación Mexicana de Cirugía General.

Recibido para publicación: 1 septiembre 2011

Aceptado para publicación: 5 septiembre 2011

Correspondencia: Dr. Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez

Tlacotalpan Núm. 59-225, Col. Roma Sur, Cuauhtémoc 06760, México D.F.

E-mail: jope_@yahoo.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral>

siendo la seguridad una parte de la expresión técnica de la calidad.⁵

A esto siguió, desde luego, una difusión directa de la seguridad del paciente derivado de los programas a los que México se había sumado como parte de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OECD por sus siglas en inglés) y con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su compromiso de trabajar en pro de la seguridad del paciente y sumándose a las alianzas internacionales: Higiene de manos “la salud está en tus manos”, Cirugía segura salva vidas “Lista de verificación en cirugía” y “Bacteremia Cero”, recientemente.⁶⁻⁸

Todo ello enmarcado dentro de las seis metas internacionales para la seguridad del paciente que han demostrado un claro beneficio en todos los países y todos los sistemas, si son correctamente aplicadas: 1. Identificación correcta del paciente, 2. Mejora de la comunicación efectiva, 3. Mejora en la seguridad de los medicamentos de alto riesgo, 4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, el procedimiento correcto y paciente correcto, 5. Reducción de las infecciones producidas por la atención y 6. Reducción de riesgo de lesiones por la caída de pacientes. Metas, todas ellas que no requieren mayor explicación. Si todos quienes trabajamos en esto, profesionales, no profesionales y administrativos pusiéramos el grano que nos corresponde de la mejor forma, en todas partes existiría atención de calidad y con seguridad, la que hasta hoy se ha transformado en una utopía.

La Asociación Mexicana de Cirugía, sensible al devenir de la medicina actual, decidió efectuar este número dedicado a la seguridad del paciente en colaboración con varios de sus socios que están trabajando arduamente en la búsqueda de mejores estándares de seguridad y calidad, dentro de los diferentes contextos en los que se desenvuelven.

Dada la importancia que tiene en el desarrollo y desempeño de la medicina actual y del liderazgo que el cirujano tiene dentro de la atención médica, es de resaltar el interés y la relevancia del hecho en este número, que presenta una serie de trabajos que destacan la importancia de la educación médica como parte sustancial para el establecimiento de una cultura de calidad y seguridad en las próximas generaciones, dadas las dificultades que se han enfrentado para que el adulto —actuales profesionistas— haga uso de las nuevas formas y estrategias de atención médica que conllevan a la seguridad del paciente, ya que curiosamente los menos dispuestos al cambio son los médicos, y de esta aseveración no están exentos los cirujanos.⁹

Los otros trabajos están alineados con las diferentes metas internacionales para la seguridad del paciente en los diversos ámbitos de la atención que se están enfrentando en nuestro país como es: el uso del expediente electrónico y cómo éste puede ser un instrumento que favorezca y mejore la seguridad del paciente; los problemas sobre la implantación y el apego a las listas de cotejo, especialmente en el programa de cirugía segura salva vidas que ha demostrado resultados que impactan sobre la morbilidad y mortalidad en otros países, infiriendo que México no debe ser la excepción.¹⁰

Partiendo del hecho de que el uso de herramientas para la seguridad, como sucede en la aviación, es un método seguro y de fácil adopción, se escogió a la enfermedad tromboembólica venosa como una posibilidad para demostrar cómo una lista de cotejo, previamente probada, puede provocar un cambio hacia la prevención, tal es el caso de otro de los artículos aquí incluidos.

Uno de los puntos álgidos de este tema, la seguridad del paciente, es la aceptación tácita de un cambio en la atención médica al centrar ésta en el paciente y así darle un valor superlativo al principio de “primero no hacer daño”, lo que conlleva a la aceptación de que la atención médica *per se* implica un riesgo, que se ha calculado en diversos estudios, que va desde un 3 a 14% de los pacientes hospitalizados, lo cual, desde luego, no está bien y es contra esas cifras —las de cada sistema de salud y hospital— que estamos luchando, en pleno conocimiento de que no se van a lograr borrar todos los errores, pero sí se pueden disminuir en forma considerable.^{3,4,9} Una vez vencido este paradigma, se está en condiciones no sólo de identificar los puntos y momentos del error o del evento adverso, en sus deferentes estereotipias —evento centinela, cuasi error u otros definidos— continuándose con la elaboración de un reporte del evento que permita al sistema, servicio e involucrados hacer un ejercicio de análisis y reflexión para retornar al camino, corrigiendo aquello que se identificó como fuente del problema, —con herramientas como los diagramas de causa-efecto— y dar inicio a una línea de mejora, bajo seguimiento y evaluación, que permita hacer el cambio del proceso alterado por el error. Nuevamente, habrá que resaltar que este tipo de conducta de la identificación y reporte es más útil si es voluntario, que sea anónimo y que no genere búsqueda de culpables y mucho menos castigo sino, por el contrario, abran la opción de mejora, motivo de otro de los artículos que se refieren precisamente a esta problemática, los sistemas de reporte.

Finalmente se presenta un reporte más sobre material olvidado en cavidad (oblitos) que pensaríamos está lejos de la realidad actual; sirva pues la muestra para hacer énfasis en las medidas de control, las listas de cirugía segura salva vidas y la actitud del cirujano en la seguridad de su paciente.

La seguridad del paciente es, al final, tema de innumerables enfoques, por lo que este trabajo editorial no queda satisfecho de ninguna manera, por el contrario se ha considerado que sea el estímulo para que en un futuro se publiquen nuevas experiencias sobre estos mismos temas, los cuales sin duda aún son grandes pendientes que se relacionan con la vida diaria del cirujano y la calidad de vida de sus pacientes después de una atención oportuna y segura.

Referencias

1. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991; 324: 370–6.
2. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized

- patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991; 324: 377-84.
3. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian health care study. *Med J Aust* 1995; 163: 458-71.
 4. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001; 322: 517-9.
 5. Cruzada Nacional de Salud, Disponible en URL: <http://www.smri.org.mx/normas/Archivos/Cruzada%20Nacional%20Salud/> Consultado 25 Agosto 2011
 6. Organización Mundial de la Salud, cirugía segura, Disponible en URL: www.who.int/entity/patientsafety/safesurgery/es/ Consultado el 25 de Agosto de 2011.
 7. Save lives: clean your hands campaign. Disponible en URL: www.who.int/entity/mediacentre/events/meetings/2011/clean_hands_campaign/
 8. Programa Bacteremia Zero. Disponible en URL: <http://www.seguridadelpaciente.es/index.php/proyectos/financiacion-estudios/proyecto-bacteriemia-zero.html>
 9. Macías-Hernández AE, Ortega-González P, Muñoz-Barrett JM, Hernández-Ramos I, Cal y Mayor-Turnbull I, Guerrero-Martínez FJ, et al. Pediatric nosocomial bacteremia. Potential usefulness of culturing infusion liquids. *Rev Invest Clin* 1994; 46: 295-300.
 10. Makary MA, Mukherjee A, Sexton JB, Syin D, Goodrich E, Hartmann E, et al. Operating room briefings and wrong-site surgery. *J Am Coll Surg* 2007; 204: 236-43.