

TIPS EN ANESTESIA

Vol. 38. Supl. 1 Abril-Junio 2015

pp S57-S60

Seguridad en medicina

Dr. José Emilio Mille-Loera,* Dr. Octavio González-Chon,** Dr. Francisco Javier Cisneros-Rivas,**
Académico Dr. Manuel Marrón-Peña****

* Subdirector Médico del Instituto Nacional de Cancerología.

** Director Médico del Hospital Médica Sur Tlalpan.

*** Director Médico del Hospital Médica Sur Lomas.

**** Academia Mexicana de Cirugía.

INTRODUCCIÓN

Durante este LXI Curso de Actualización en Anestesiología y Medicina Perioperatoria, el tema central versa sobre la «Seguridad», y pensar en seguridad no sólo puede ser circunscrita al período anestésico, debemos pensar en su concepto más amplio y ver todas las aristas que involucran al paciente, como «seguridad en medicina».

La seguridad, debe cubrir todos los aspectos normativos, legales, personales del paciente y familia, así como las habilidades y capacidades del anestesiólogo, es por esto que la capacitación y actualización constantes, son parte fundamental de la seguridad.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, incluye la Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica⁽¹⁾.

La calidad en el servicio, busca modernizar la infraestructura dotando servicios de salud con personal capacitado, suficiente y eficiente; donde el modelo esté basado en la atención integral de los pacientes. Una adecuada utilización de la tecnología para la salud permite alcanzar la eficiencia y efectividad de nuestro quehacer diario, lo que se traducen en una mejor prestación de servicios con altos estándares de calidad.

El Plan Nacional de Desarrollo establece como una prioridad, el compromiso de «lograr que los mexicanos reciban una atención integral, homogénea y de calidad, a través de una mayor y mejor coordinación entre los tres órdenes de gobierno y las distintas instituciones públicas y privadas que conforman el Sistema Nacional de Salud»⁽¹⁾.

La calidad y seguridad de la atención médica, ha estado inmersa en los programas de salud desde la década de 1950 y

se ha hecho cada vez más explícita hasta establecerse como un compromiso y un deber con la sociedad. La calidad tiene que ser abordada de manera integral, ya que considera el ámbito individual y de los grupos que participan en la atención del enfermo. Recordar que la atención del paciente no es sólo el manejo de una técnica anestésica excelente; implica responsabilidades antes, durante y después (perioperatorio) de nuestra participación como especialistas, y no únicamente lo relativo al tratamiento o a la curación de la enfermedad.

También toma en cuenta todos los componentes que integran una atención segura y eficiente; como son la estructura, el equipo, los recursos humanos, la organización, la normativa y la regulación de los establecimientos médicos.

Es integral, porque es incluyente y fomenta la participación responsable y ética de todos los actores e instituciones que prestan los servicios de salud, debe involucrar de manera plena y debidamente informada al paciente y su familia, en las tres áreas fundamentales de la medicina... prevención, tratamiento de las enfermedades y mantenimiento de la salud.

La atención que ofrecemos como especialistas, debe incluir servicios equitativos, oportunos, efectivos y seguros, lo que implica que el sistema responda a las necesidades del paciente, siendo un elemento fundamental en la calidad de la atención a la salud.

El objetivo principal es: promover, restaurar y mantener la salud.

La estrategia 5.1; de la Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica, dicta: «Fortalecer la formación de recursos humanos en salud», «Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud»; lo que obliga a contar con personal de salud con las capacidades suficientes para

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

dar la mejor respuesta a nuestros pacientes. Insistiendo en mantener un estándar en cuanto a capacidades técnicas, infraestructura, recursos humanos, equipamiento y tecnologías para la salud que garanticen la calidad en la prestación de los servicios de atención médica, incluyendo medicamentos eficaces y seguros.

Por un lado, el enfoque de la Mejora Continua conlleva que todos los integrantes de una organización se involucren en una estrategia destinada a mejorar de manera sistemática los niveles de calidad y productividad, reduciendo los costos y tiempos de respuesta, y mejorando los índices de satisfacción de los usuarios, mientras que la innovación promoverá la investigación en la materia y el desarrollo de productos y servicios que mejoren los sistemas de salud.

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente fue puesta en marcha por el Director General de la Organización Mundial de la Salud en octubre de 2004. Fue creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo. La Alianza es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los estados miembros, lo que incluye a sus expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria. Su creación destaca la importancia internacional de la cuestión de la seguridad del paciente⁽²⁾.

EL QUEHACER MÉDICO

El ejercicio de la medicina en el pasado solía ser simple, poco efectivo y relativamente seguro; en la actualidad se ha transformado en complejo, efectivo, pero potencialmente peligroso, en especial cuando se exigen estándares de calidad elevados, sin contar con el cumplimiento de diversas normas, leyes, regulaciones y sin duda, las altas expectativas de pacientes y familiares.

Las especialidades médicas en general y en particular la anestesiología, tienen la probabilidad de no lograr los resultados esperados. Los anestesiólogos enfrentamos grandes retos, algunos de ellos generados por mayores exigencias por parte de los pacientes, los enfermos están mejor informados y reclaman cuando presumen que sus derechos han sido vulnerados, a veces la información del paciente no es fidedigna, pero la obtienen de diferentes sitios electrónicos; aunado a ello nos enfrentamos a pseudo-organizaciones que defienden al paciente cuando se presume un acto negligente.

Los derechos de los pacientes, se basan en cinco principios fundamentales:

1. Información completa
2. Atención oportuna y de calidad
3. Toma de decisiones compartidas
4. Participación en la elección del tratamiento
5. Respeto

Los efectos adversos, habitualmente no son reportados, cuando se reportan, suelen tener sesgo y son poco objetivos; la historia clínica y las notas al expediente suelen ser condescendientes y habitualmente se esconden o minimizan estos sucesos.

En un modelo teórico estos efectos adversos pueden ser: evitables o inevitables; dentro de los evitables suelen considerarse negligentes y por tanto estar sujetos a posibles demandas, por otra parte existen los incidentes y los casi errores, que más adelante se explicarán.

Si un efecto adverso no intencional es evitable, se considera un error y por tanto hay culpa y una responsabilidad. Si el efecto adverso no intencional no es evitable, se considera una complicación y por tanto no hay culpa ni responsabilidad.

Efecto adverso: es una lesión o daño no intencional causado al paciente, por la intervención asistencial y no por la patología de base.

Error: uso de un plan o acción equivocada para el logro de un resultado esperado, los errores pueden ser por omisiones o por acciones conscientes o inconscientes. (ejemplo: medicamento equivocado, dosis equivocada, no poder intubar, etcétera).

Evento adverso no evitable: lesión o daño no intencional causado por la intervención médica sin error de por medio (medicamento adecuado, dosis adecuada, vía adecuada = shock anafiláctico).

Evento adverso evitable: lesión o daño no intencional causado por la intervención médica ejecutada con error (ejemplo: vía aérea no valorada y dificultades al intubar o ventilar).

Casi error (casi evento adverso – *near miss*): cuando la intervención médica es ejecutada con error, por acción u omisión; pero debido al azar, por una barrera de seguridad o una intervención oportuna no produjo daño al paciente.

Las personas nos equivocamos y eso es un hecho irrefutable; las fallas suelen ser atribuibles a falta de atención, distracciones, errores de valoración, incumplimiento a las normas, falta de entrenamiento o conocimientos, fatiga, sobrecarga de trabajo y al estrés.

En ocasiones el sistema (sobre todo a nivel institucional) toma decisiones gerenciales (jefaturas) que modelan las condiciones de trabajo, frecuentemente con presiones para aumentar la producción, las consecuencias no se ven hasta que ocurre un accidente o un «evento disparador».

Para minimizar un evento adverso se requiere:

PREVENCIÓN PRIMARIA

- a. Fomentar una cultura de seguridad (preventiva-no punitiva).
- b. Entrenamiento y capacitación de los profesionales.
- c. Actualización de guías de práctica clínica.
- d. Erradicación de procedimientos inseguros.

- e. Establecer alertas clínicas encaminadas a evitar eventos adversos.
- f. Uso de tecnologías que eviten fallas en aparatos, dispositivos y sistemas médicos.
- g. Rediseño en los procesos erradicando errores latentes y disminuyendo fallas activas.
- h. Mejora de la higiene de las manos del personal.
- i. Implementación de sistemas para la identificación inequívoca de pacientes.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

- a. Mantener un sistema de vigilancia y notificación de incidentes y eventos adversos.
- b. Mejorar los sistemas de comunicación entre profesionales y servicios, a fin de detectar rápidamente, situaciones de riesgo y eventos adversos.
- c. Actuación proactiva con el paciente, comunicándole precozmente el efecto adverso y la actuación a seguir para minimizar las consecuencias y evitar que vuelva a producirse.

PREVENCIÓN TERCIARIA

- a. Análisis detallado, profundo y pormenorizado de las causas que han contribuido a la aparición del efecto adverso.
- b. El diálogo cuidadosamente planificado, con el paciente y la atención clínica y personal esmerada, al paciente que ha sufrido un evento adverso.
- c. En su caso, comités de conciliación y negociación de las indemnizaciones a que hubiere lugar.
- d. Evitar en lo posible la presentación de una demanda.

La meta será crear una cultura centrada en el aprendizaje a partir de incidentes y sucesos adversos, en contraposición a la culpa, el reproche y el correspondiente castigo.

ALGUNAS ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LOS EVENTOS ADVERSOS

Infecciones nosocomiales = manos limpias.

Cirugía segura = identificación del paciente, tiempo fuera (*time out*).

Diagnóstico y tratamiento = guías de práctica clínica, certificaciones y re-certificaciones, auditorías.

La seguridad del paciente, es una de las principales características que marcan a la anestesiología, como especialidad médica; los sistemas de valoración, monitoreo y seguimiento postoperatorio la hace una especialidad líder en esta área. Sin duda se verán afectados por las actitudes del personal, así como la cultura y el clima de las instituciones.

Derivado de esto, en junio del 2010 durante el Congreso de la *European Society of Anaesthesia* (EJA) y conjuntamente con la *European Board of Anaesthesiology* (EBA), se firmó en Helsinki teniendo como testigo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la *World Federation of Societies of Anaesthesiologists* (WFSA) la «Declaración de Helsinki sobre la seguridad de los pacientes en anestesiología». Esta declaración, representa la opinión común y compartida de Europa, acerca de las medidas consideradas factibles y valiosas para mejorar la seguridad del paciente; recomienda también los pasos prácticos que todo anestesiólogo y todo servicio de anestesiología debería incorporar a su práctica médica⁽³⁾.

Aunque estas recomendaciones han sido diseñadas por anestesiólogos europeos y para hospitales europeos, pueden ser aplicables a países como México, los protocolos son abiertos y permiten la adaptación de cada hospital a sus características peculiares⁽⁴⁾.

CONCLUSIONES

1. En la medida que los cuidados médicos aumentan en complejidad, la posibilidad de errores es más alta⁽⁵⁾.
2. Hoy en día, los pacientes son más conscientes de sus derechos, y los exigen con apoyo de instituciones y personas⁽⁶⁾.
3. Los estudios demuestran, que los eventos adversos ocurren con frecuencia, por lo que se hace necesario contar con un plan de detección y así poder mitigarlos⁽⁷⁾.
4. La prevención ha sido estudiada a fondo, sólo hace falta aplicar los conocimientos y seguir las reglas⁽⁸⁾.
5. Existen normas y guías de práctica clínica que su objetivo hacer de la práctica médica un proceso seguro para los pacientes⁽⁹⁾.
6. Ante un evento adverso atribuible a una persona, debemos re-adiestrar y capacitar; no es válido en pensar en señalarlos, emprender acciones disciplinarias y/o eliminarlos de la organización⁽¹⁰⁾.

REFERENCIAS

1. Diario Oficial de Federación. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. México: DOF; 2013. Disponible: http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/pdf/programa.pdf
2. OMS. Alianza Mundial para la Seguridad del paciente. OMS. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/es/>
3. Mellin-Olsen J, Staender S, Whitaker DK, Smith AF. The Helsinki Declaration on Patient Safety in anaesthesiology. *Eur J Anaesth*. 2010;27:592-597.
4. Monedero P, Errando CL, Adame MM, Macías AI, Garutti I. La Declaración de Helsinki sobre seguridad de los pacientes en anestesiología. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2013;60:1-3.

5. De Vries EN, Prins HA, Crolla RM. Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. *N Engl J Med*. 2010;363:1928-1937.
6. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Recomendaciones para pacientes y profesionales médicos. Disponible en: http://conamed.gob.mx/info_pacientes/recomendaciones
7. Böhmer BA, Wappler F, Zwissler B. Preoperative Risk Assessment-From Routine Test to Individualized Investigation. *Dtsch Arztebl Int*. 2014;111:437-446.
8. Fritsch G, Flamm M, Hepner DL, Panisch S, Seer J. Abnormal pre-operative tests, pathologic findings of medical history, and their predictive value for perioperative complications. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2012;56:339-350.
9. Guías de práctica clínica para el manejo de la anestesia regional en el paciente que recibe anticoagulación y tromboprofilaxis. Documento de Consenso. *Rev Mex Anest*. 2012;2:S390-S424.
10. Márquez X. Nuevos paradigmas de seguridad en anestesia. *Rev Mex Anest*. 2012;1:S316-S320.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Norma Oficial Mexicana para la Práctica de la Anestesiología. NOM-006-SSA3-2011. Publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF). 23 de marzo del 2012. Disponible en http://www.comego.org.mx/normatividad/nom_006_ssa3_2011.pdf
- Recomendaciones para mejorar la práctica en anestesiología. CONAMED. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7580.pdf>

www.medigraphic.org.mx