

# Análisis de la percepción de los pacientes sobre su seguridad en relación con los eventos reportados en una clínica de atención de agudos en CABA (octubre 2019)



Por Mercedes Alejandra Panno

Médica (UBA)

Magister y Especialista en  
Economía y Gestión de la Salud

Especialista en Cardiología

Especialista en Medicina Nuclear

Diplomada en Seguridad  
de Pacientes y Atención  
Centrada en la Persona

Diplomada en Efectividad Clínica,  
Evaluación de Tecnologías  
y Calidad en Salud

Posgrado en planeamiento  
estratégico y gestión de Calidad en  
Hospitales e Instituciones de Salud

Director de tesis: Dr. Carlos Alberto Díaz

Jurados:

Dra. Josefina Rodríguez

Dr. Fabián Vitolo

Mg. Jesica Azar

## Introducción

La seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de calidad. Mejorarla es una tarea compleja que afecta a todo el sistema de salud involucrando todos los ámbitos de la sanidad, de los equipos y profesionales. Por ello requiere un enfoque general y multidisciplinario para identificar y gestionar los riesgos reales y potenciales para la seguridad del paciente en cada servicio clínico, así como sus respectivas soluciones. Existen al menos tres razones para evaluar la calidad de las actuaciones sanitarias:

- Impacto económico. Tanto el gasto total en salud como su crecimiento anual constituyen uno de los mayores sectores de gastos de la economía.
- Motivos científico-técnicos. Es importante saber si se están logrando o no todos los resultados clínicos, considerando los avances y conocimientos científicos disponibles en la actualidad.
- Razones éticas. Es preciso dar información y hacer partícipes de nuestras actuaciones y resultados a los pacientes, que tienen derecho a conocer y comprender los riesgos a los que están sometidos y a opinar sobre ellos.

Fundamentación

Para remarcar la relevancia en la actualidad de esta temática la Organización Mundial de la Salud (OMS) nombró la década de la seguridad del paciente 2020-2030. Este importante

paso marca el compromiso y la contribución de la OMS al movimiento mundial por la seguridad de los pacientes para que en todo el mundo, al diagnosticar, tratar, curar y cuidar se cumpla la célebre máxima de Hipócrates “primero no dañar”. La Organización Mundial de la Salud, ha definido la seguridad del paciente como: “La reducción del riesgo de daños innecesarios asociados con la asistencia médica a un mínimo aceptable. Un mínimo aceptable se refiere a las nociones colectivas del conocimiento de los recursos disponibles y el contexto en el cual el cuidado fue entregado, pesado contra el riesgo de no tratamiento u otro tratamiento”.

La seguridad del paciente fue promovida por la OMS (2008) a través de La Alianza para la Seguridad del Paciente. A raíz del libro publicado por el *Institute of Medicine* de los Estados Unidos en 1999, titulado “*To Err Is Human*” el cual, estimó que “entre 44.000 a 98.000 pacientes mueren anualmente en Estados Unidos por Eventos Adversos Evitables”, además, consideró que “mueren más personas por Errores Médicos que por accidentes de tránsito, por cáncer de mama o SIDA” “constituyéndose en la octava causa de muerte en Estados Unidos”; con un costo total de los eventos adversos prevenibles en ese país, que oscilan entre 19 y 29 billones de dólares. Actualmente es un tema universal que ha impactado globalmente el ejercicio moderno de la medicina, incluso se le ha denominado la nueva medicina del siglo XXI. Desde la Organización Mundial de la Salud, hasta diversas entidades sanitarias gubernamentales en el mundo, así como profesionales de la salud se han convocado para el despliegue de los procesos de seguridad del paciente (SP) como una prioridad de la atención en salud a nivel mundial. El desarrollo de estrategias que involucren la reducción de los eventos adversos (EA), definido como “el daño no intencional o complicación que resulta en estancia hospitalaria prolongada, discapacidad al momento del alta o muerte y es causado por el manejo de la atención en salud más que de la enfermedad subyacente del paciente”.

En el contexto actual en el que la atención sanitaria es cada vez más compleja, se utilizan tecnologías más sofisticadas y se realizan más prestaciones con una gran diversidad de profesionales, recibir atención sanitaria entraña algunos riesgos potenciales y hace de la SP un componente clave de la calidad asistencial. La gran mayoría de los estudios van encaminados a conocer la magnitud y las causas de los EA, promover estrategias y evaluarlas y hacen referencia a la necesidad de detectar posibles fallos en el sistema para aprender de ellos, aumentar la información y mejorar la comunicación y el registro de incidentes para actuar de forma

rápida y eficaz. Sin embargo, la realidad es que a pesar de los múltiples esfuerzos realizados los EA siguen sucediendo y sus causas parecen ser debidas a múltiples factores, tanto humanos como organizativos, muchos de ellos aún sin explorar. Es necesario seguir abriendo nuevas áreas de investigación que mejoren el conocimiento en relación con la SP a través de la opinión de los pacientes. Para ello, es de gran importancia involucrar a los pacientes para poder acceder a la valiosa información que nos permitirá tener una perspectiva diferente para poder aprender y avanzar en la búsqueda de nuevas situaciones de riesgo que de otra manera sería difícil o imposible de acceder. El acceso al conocimiento de la percepción de los pacientes nos posibilita tener información sobre la agilidad del sistema en el momento de la detección de un fallo en la seguridad, así como aspectos relacionados con el grado de información recibida, la percepción en cuanto al grado de responsabilidad de cada uno de los agentes sanitarios implicados, el trato recibido por el personal, la transparencia de la información recibida, y en definitiva la percepción global de la seguridad de los servicios sanitarios. Aspectos que nos ayudarán a brindar una atención sanitaria más eficiente, mediante una atención oportuna, accesible y continua, satisfaciendo las necesidades, expectativas y prioridades reales que tienen los pacientes y disminuyendo a su vez, los costos sanitarios debidos a EA evitables.

## Formulación del Problema

---

Diferentes estudios a nivel internacional evidencian que a diario los pacientes sufren EA en las instituciones de atención en salud, tanto en el plano asistencial como administrativo. El interés actual, se centra en minimizar a través de estrategias preventivas la ocurrencia de EA.

La atención médica insegura es la 14<sup>o</sup> causa de morbimortalidad a nivel global, siendo también un problema económico ya que cerca del 15% del gasto hospitalario se destina a tratar complicaciones que podrían haber sido prevenidas con pocos recursos. (OCDE, 2020).

Nuestros actuales métodos de medición de la seguridad en el ámbito de internación (revisión de historias clínicas o reportes de incidentes del staff) pueden estar subestimando el nivel real de eventos de seguridad.

Basado en lo antedicho y dadas las limitaciones de los sistemas de reportes de incidentes por parte del personal de salud de una Clínica de Atención de Agudos de CABA para identificar riesgos y apoyar el aprendizaje organizacional la pregunta es:

¿Cuál es la percepción de los pacientes sobre su seguridad en relación con los eventos reportados en una Clínica de atención de agudos en CABA?

## Objetivos

### Objetivo general

Analizar la percepción de los pacientes sobre su seguridad en relación con los eventos reportados en una Clínica de Atención de Agudos en CABA (Octubre 2019).

### Objetivos específicos

- Identificar las percepciones sobre seguridad reportadas por los pacientes en la sala de internación de una Clínica de Atención de Agudos en CABA.
- Clasificar las percepciones reportadas según categoría de preocupación.
- Revisar los informes de preocupaciones del paciente reportados y categorizados a efectos de determinar cuáles corresponden a incidentes de seguridad de pacientes (ISP).
- Clasificar los eventos adversos experimentados por los pacientes según severidad y posibilidad de ser prevenidos.

## Metodología

Es un estudio de carácter cuali-cuantitativo, descriptivo, transversal, en el que se incluyeron pacientes mayores de 16 años de edad que pudieran dar su consentimiento, desde las 24 hs del ingreso que se admitieron en el servicio de internación de una Clínica de Atención de Agudos en CABA, durante el mes de Octubre de 2019.

El instrumento utilizado para el análisis de la percepción de seguridad fue una encuesta de la *Agency for Healthcare Research and Quality-AHQR*, validada como Cuestionario sobre seguridad de los pacientes, el cual está compuesto de 42 ítems.

La autora utilizó las dos herramientas de la encuesta para obtener las respuestas de los pacientes. La primera de ellas, denominada PMOS (*Patient Measure of Safety*), que solicita a los pacientes comentarios sobre los principales factores contribuyentes a la seguridad identificados en la literatura: comunicación y trabajo en equipo, roles y responsabilidades y ambiente del lugar en donde se encontraban internados.

La segunda herramienta, llamada PIRT (*Patient Incident*

*Reporting Tool*), que se encuentra incluida en la pregunta número cuarenta de dicha encuesta pide a los pacientes que reporten cualquier incidente de seguridad que hayan sufrido o presenciado, alentándolos también a que notifiquen cualquier experiencia de seguridad que les haya resultado positiva. Se les hizo la pregunta: “¿Quiere decir algo que le haya preocupado por su atención?”. Cuando los pacientes deseaban informar de una preocupación, la investigadora indagaba sobre la misma utilizando las siguientes preguntas:

- 1) Por favor, dígame lo que sucedió con su preocupación o experiencia con tanto detalle como pueda.
- 2) ¿Por qué cree que esto es una preocupación de seguridad para Ud?
- 3) ¿Qué cree que se podría hacer para evitar que esto vuelva a suceder a Ud o a otro paciente en el futuro?
- 4) ¿Qué categoría describe mejor su preocupación o experiencia de seguridad?

La información conjunta de estas dos herramientas fue evaluada por la autora para comprender cómo las personas interpretan y construyen su realidad, indagando en la experiencia de los pacientes en el ámbito de la seguridad del paciente durante la hospitalización.

Las respuestas colectivas a estas preguntas se consideraron como un informe de preocupaciones de pacientes y fueron la unidad de análisis para este estudio.

**Tabla 1**  
**Categorías de preocupaciones de los pacientes**

|   |   |
|---|---|
| Comunicación y trabajo en equipo            | Intercambio efectivo de información entre el personal, pacientes y departamentos incluyendo sistemas de comunicación escrita y verbal. Trabajo en equipo de los profesionales de un grupo |
| Organización y planificación de la atención | Factores relacionados con el plan de atención y la disponibilidad de recursos para dicho plan.  |
| Acceso a los recursos                       | La disponibilidad de personal experimentado y recursos externos.  |
| Tipo y disposición de la sala               | La experiencia del paciente del ambiente de la sala.  |
| Flujo de información                        | La disponibilidad de información sobre el paciente y la transferencia de información entre el personal.   |
| Roles y responsabilidades del personal      | Supervisión clara y líneas de mando claras para el personal.  |
| Equipamiento                                | El diseño y funcionamiento de los equipos en la sala.   |
| Retrasos                                    | Retrasos relacionados con un procedimiento específico o con aspectos generales de la atención.  |

Fuente: desarrollo propio

Se obtuvo el consentimiento en forma verbal, preferentemente con testigo siendo en la mayoría de los casos el acompañante o familiar del paciente.

## **Universo y característica de la muestra**

Se han introducido en la población de análisis todos los pacientes hospitalizados por causas clínicas y quirúrgicas ingresados durante el mes de Octubre de 2019 en una Clínica de Atención de Agudos en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, definiendo los siguientes criterios para su inclusión y exclusión:

### **Criterios de inclusión:**

- Masculino o femenino internado en la sala de clínica médica.
- Pacientes hospitalizados de 16 años o más.
- Pacientes lúcidos, capaces de dar su consentimiento.
- Pacientes hospitalizados con un período mínimo de 24 hs en la sala de internación.
- No poseer medicación para deterioro cognitivo.

### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes menores de 16 años.
- Pacientes con capacidad de dar consentimiento, pero estar demasiado enfermos o angustiados para participar (por ejemplo, dificultad para respirar, dolor, sangrado, postoperatorio inmediato).
- Recibir medicación para deterioro cognitivo. (Donepecilo, Memantina, Rivastigmina, Galantamina, Risperidona).
- Pacientes con reingresos que ya hubieran participado en la encuesta.
- Pacientes si su comunicación era por medio de idioma de señas.

Los datos registrados fueron revisados al terminar cada entrevista con el objetivo de detectar información ausente. La información ausente en las variables incluidas fue recuperada, siempre que fuera posible, en el mismo momento de la entrevista. Una vez completada toda la información se tabuló en una base de datos en Excel y se realizó el análisis de los mismos.

En un segundo paso, los datos obtenidos fueron analizados e identificadas las preocupaciones de los pacientes, realizándose un listado de los mismos.

Luego, se revisaron individualmente todos los informes de preocupaciones de los pacientes para detectar la presencia de los ISP. Se utilizó la definición aceptada a nivel nacional

para los ISP: «cualquier incidente imprevisto o inesperado que pudiera haber causado o causado daño a uno o más pacientes atendidos en los hospitales bajo estudio». Cualquier informe de incidente del paciente que fue juzgado para cumplir con esta definición se incorporaba a la lista de incidentes. Finalmente los informes definidos como incidentes de seguridad fueron clasificados utilizando una escala de riesgo de gravedad de 1 a 10, donde 1 es categoría “no es grave en absoluto” y 10 es categoría “extremadamente serio”. Se realizó una segunda clasificación de prevención de incidentes utilizando una escala de 1 a 5, donde 1 es categoría “definitivamente prevenible”, 4 es categoría “definitivamente no prevenible” y 5 es categoría ns/nc.

## **Desarrollo**

Se realizaron 136 encuestas (84.47% de las correspondientes a los 161 pacientes ingresados durante el periodo de estudio), de las que 69 (51%) pertenecían a mujeres y 67 (49%) a hombres. La edad media fue de 71 años y el rango abarcaba entre 36 y 95 años. De las 136 encuestas, todas pertenecían a pacientes que permanecieron ingresados durante un mínimo de 24 hs, 71 (52%) ingresaron por patologías clínicas; 65 (48%) para cirugía.

## **Datos sociodemográficos**

De los pacientes encuestados (n=136) durante el período de estudio, alrededor del 90% corresponden a adultos de más de 61 años de edad.

### **Identificar y clasificar las percepciones sobre seguridad reportadas por los pacientes en la sala de internación de una Clínica de Agudos de CABA.**

Existen numerosos sistemas de detección y análisis de EA, pero ninguno se considera el ideal. La autora plantea su investigación analizando la percepción de la seguridad de pacientes con la intención de buscar mecanismos que pudieran reducir EA y así mejorar la seguridad del paciente y con ello la calidad asistencial. En este apartado se identifican las percepciones sobre seguridad reportadas por los pacientes en la sala de internación de la Clínica.

De los 161 pacientes ingresados en el mes de Octubre de 2019 se realizaron 136 encuestas. Veinticinco (25) pacientes presentaron criterios de exclusión (20 pacientes recibían medicación para deterioro cognitivo y 5 no desearon participar). No hubo exclusión de pacientes por encontrarse demasiado enfermos, inestables o angustiados, ni por reingresos que ya

hubieran participado en la encuesta, ni tampoco por si su comunicación era por medio de idioma de señas.

De las 136 encuestas realizadas fueron referidas 45 preocupaciones sobre seguridad.

### Clasificación de las percepciones reportadas según categoría de preocupación

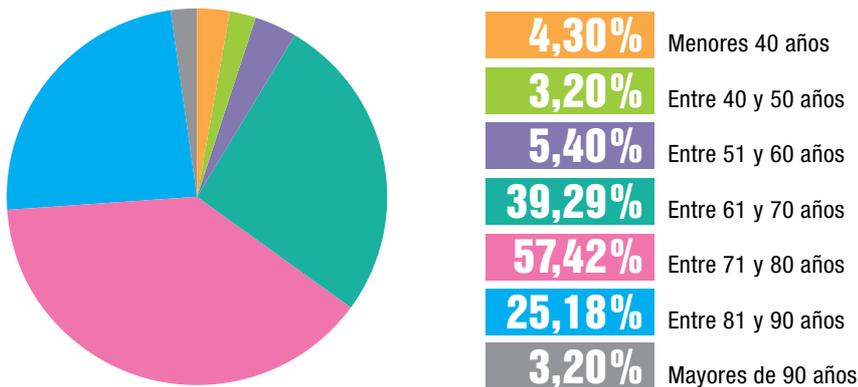
En el estudio de las preocupaciones de seguridad manifestadas por los pacientes se incluyen preocupaciones por el confort físico en mayor medida (ej.: niveles de ruido y de luz, limpieza, mobiliario, espacio, temperatura, etc.), seguida de preocupaciones sobre dignidad, privacidad y respeto como por ejemplo, conducta inapropiada del personal, mala actitud del personal, percepción de no recibir tratamiento con dignidad, y luego problemas con los medicamentos (medicamentos no disponibles, medicamentos perdidos o incorrectos) y con el personal (disponibilidad del personal, personal insuficiente, no priorizar, tímidos no respondidos), preocupaciones sobre comunicación (algo que no debería haber sido necesario volver a hacer), fallos de equipos y en los sistemas, alimentación (tiempo de comidas y bebidas, comunicación

sobre las necesidades alimentarias) y capacitación del personal (personal que no sabe hacer las cosas, personal no capacitado cómo hacer las cosas).

La experiencia del paciente se define como la suma de todas las interacciones directas e indirectas, médicas y no médicas, que influyen sobre la percepción de los pacientes. Esta experiencia, suele moldearse a partir de uno o dos hechos puntuales sucedidos durante la internación, a los cuales los profesionales le asignan una importancia menor como cortesía y respeto, que los dejen dormir, que no se pierdan sus objetos personales, que los dejen participar en las decisiones, que la habitación esté limpia. Experiencia del paciente no es sinónimo de "Satisfacción" del paciente. A veces se deben hacer cosas que no los satisfacen pero que son necesarias para garantizar su seguridad como por ejemplo preguntarles su nombre reiteradas veces. La definición de "Experiencia del Paciente" de la *Cleveland Clinic* de EEUU se define con cuatro elementos con un orden de importancia bien definido: 1) Seguridad, 2) Calidad, 3) Satisfacción y 4) Alto valor agregado (todo lo demás).

Gráfico 1

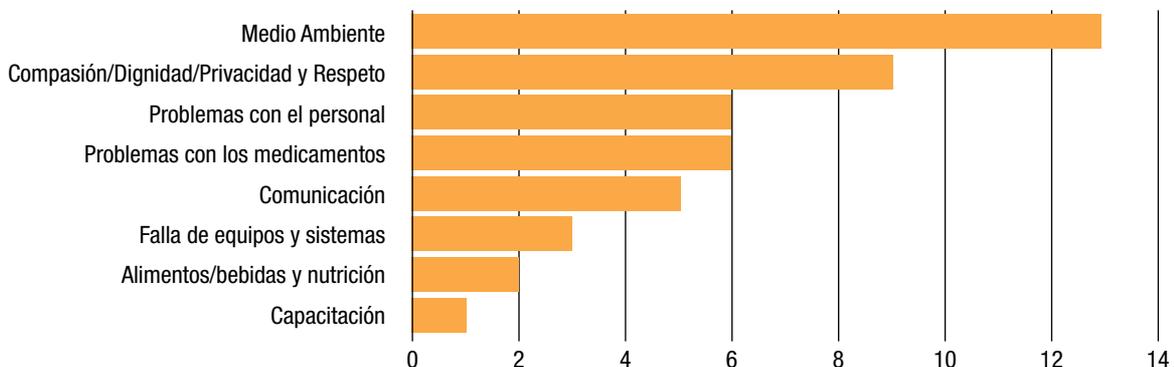
### Rango etario de los pacientes enuestados (n=136)



Fuente: desarrollo propio

Gráfico 2

### Clasificación de informes de incidentes de pacientes (n=45)



Fuente: desarrollo propio

Muchas de las preocupaciones reportadas por los pacientes nos permiten comprender de qué manera experimentan su atención y deberían ser tenidas en cuenta con el objetivo de diseñar planes que mejoren tanto la seguridad como la experiencia hospitalaria.

**Revisión de los informes de preocupaciones reportados y categorizados a efectos de determinar cuáles corresponden a incidentes de seguridad de pacientes (ISP) y clasificar los eventos adversos experimentados por los pacientes según severidad y posibilidad de ser prevenidos.**

Se revisaron las categorías y definiciones de acuerdo a la bibliografía y se procedió a la clasificación de los informes de incidentes del paciente como ISP. (Ver Anexo I)

El problema de seguridad más frecuentemente citado fue la medicación, representando el 28,57% de los informes de incidentes (n=4).

La comunicación fue la segunda categoría que se produjo con más frecuencia con un total de 3 informes de incidentes de pacientes (21.42%). Dos tipos de problemas de comunicación fueron identificados por los pacientes: personal a paciente y personal al personal.

Los problemas del personal, como la disponibilidad de personal, la falta de personal o los indicadores de ello (por ejemplo, los llamadores que no fueron respondidos), fueron también el segundo problema de seguridad más común que representa el 21.42% de los informes totales de incidentes de pacientes (n= 3).

En tercer lugar, cuestiones de compasión/dignidad/privacidad/respeto (n= 2, 14,28%).

En cuarto lugar el medio ambiente (n= 1, 7,14%). y los problemas vinculados con acceso a los recursos. (n=1; 7.14%)

De los 136 pacientes encuestados para el estudio, 45 reportaron preocupaciones y sólo 14 de ellos (10%) fueron clasificados como incidentes de seguridad del paciente, definidos como “cualquier incidente inesperado o no intencional que

daño o podría dañar a uno o más pacientes atendidos en los hospitales bajo estudio”. Esto quiere decir que aproximadamente 1 de cada 10 pacientes internados sería capaz de identificar un incidente de seguridad, con riesgo para ellos o para otros pacientes, porcentaje similar a lo descrito en la bibliografía consultada (O’Hara, J. K, et al, 2018).

En conclusión, estos hallazgos sugieren que los pacientes pueden proporcionar información importante sobre la seguridad que complementa los métodos de detección de errores existentes. Los pacientes proporcionan una perspectiva única y distintiva sobre la seguridad hospitalaria que abarca una comprensión más amplia sobre las experiencias de los pacientes que no se capturan en los sistemas de informes actuales. Como tal, reunirse y actuar sobre la perspectiva de seguridad del paciente tiene el potencial de ayudar a desarrollar la resiliencia en los procesos de atención y mejorar el rendimiento de seguridad futuro en la Institución.

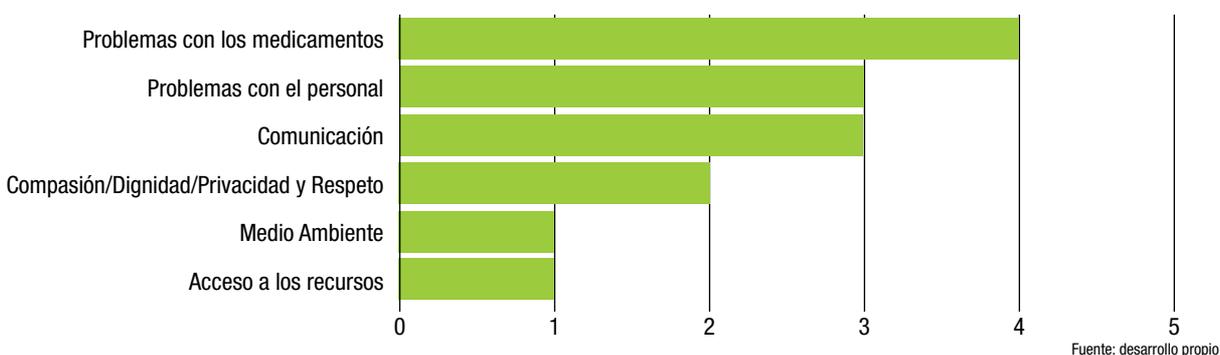
**Clasificar los eventos adversos experimentados por los pacientes según severidad y posibilidad de ser prevenidos.**

De los 136 pacientes encuestados para el estudio, sólo 14 reportes (10%) fueron clasificados como incidentes de seguridad del paciente.

Los incidentes de seguridad fueron clasificados por la investigadora en una escala de riesgo de 1 a 10 puntos según su severidad, donde 1 es categoría “no es grave en absoluto” y 10 es categoría “extremadamente serio” y posibilidad de ser prevenidos utilizando una escala de 5 puntos, donde 1 es categoría “definitivamente prevenible”, 4 es categoría “definitivamente no prevenible” y 5 es categoría ns/nc.

La mayoría de los reportes clasificados como incidentes de seguridad fueron considerados como insignificantes (para nada serio), menores (poco serio) o moderados (relativamente serio) en términos de severidad.

**Gráfico 3**  
**Categorías de eventos de seguridad (N=14)**



Fuente: desarrollo propio

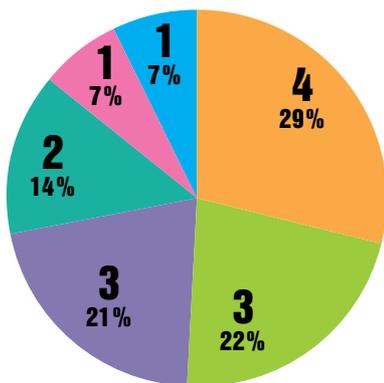
Asimismo la totalidad de los incidentes se consideraron como “probablemente” o “definitivamente” evitables.

Existe un amplio margen de mejora de la Calidad Asistencial en la Clínica bajo estudio, ya que gran cantidad de los EA observados podrían haberse previsto y, probablemente, evitado según los reportes de los pacientes.

## Conclusiones

La atención sanitaria segura debe considerarse un derecho humano básico. Para lograr una atención segura, es necesario que los pacientes estén informados e involucrados y sean tratados como socios de pleno derecho en su propio cuidado.

**Gráfico 4**  
**Reporte de ISP**



**Reporte de incidentes (n=14)**

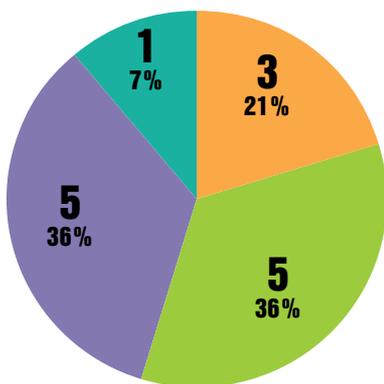


Fuente: desarrollo propio

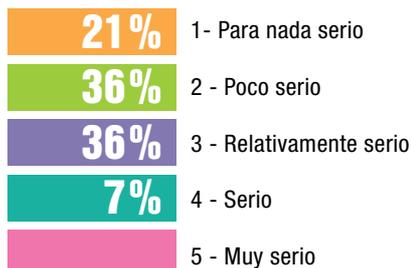
**Reporte de incidentes (n=14)**

**Gráfico 5**

## Preocupación del paciente sobre su seguridad



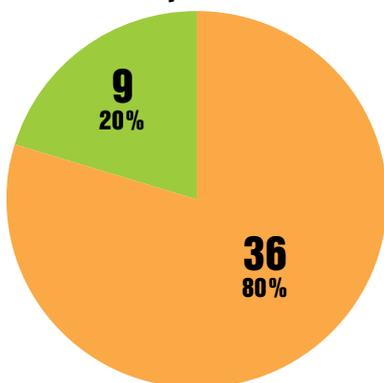
**¿Qué tan seria considera fue su preocupación sobre seguridad? (n=14)**



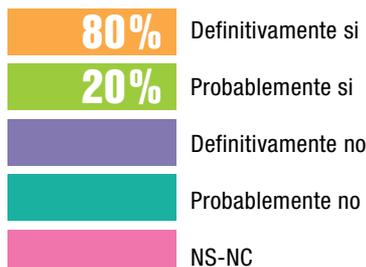
Fuente: desarrollo propio

**Gráfico 6**

## Cambios en la experiencia del paciente



**¿Cree que hubiera sido posible haber modificado o cambiado su experiencia? (n=45)**



Fuente: desarrollo propio

En el estudio de las preocupaciones de seguridad manifestadas por los pacientes se incluyen preocupaciones por el confort físico, temores, incertidumbres y retrasos. Sin embargo, muchas de las preocupaciones de seguridad reportadas por los pacientes permiten comprender de qué manera experimentan su atención y su experiencia hospitalaria. Muchos de los temas de seguridad que los pacientes reportan, como los problemas de comunicación o el retraso de tratamientos, pueden escapar a nuestros actuales métodos de detección de errores, aún cuando son reconocidos factores contribuyentes a futuros eventos de seguridad. También podría argumentarse que la información provista por los pacientes suele estar menos sesgada en sus contenidos que los reportes de incidentes tradicionales y que lleva menos tiempo que la identificación de eventos adversos en las historias clínicas. Tomadas en conjunto, estas ventajas sobre los actuales indicadores de seguridad en los hospitales presentan un peso muy fuerte para posicionar al reporte de seguridad de los pacientes como uno de los mejores mecanismos para hacer inteligencia sobre esta dimensión de la calidad, teniendo cuidado de que el reporte sea utilizado como una herramienta de mejora de la atención y de la seguridad.

Los hallazgos de la presente investigación evalúan que la mayoría de los incidentes de seguridad reportados por los pacientes que son clasificados como “insignificantes, menores o moderados” indican que los pacientes están perfectamente posicionados para ser una fuente de estos importantes indicadores de seguridad. Si se presta la debida atención a la suma de estos eventos, que si bien son menores, son también más frecuentes, posibilitarán los cambios para crear un ambiente de mejora continua.

Al recolectar sistemáticamente sus preocupaciones en temas de seguridad, los pacientes y sus familias pueden brindar información sobre lo que están percibiendo en tiempo real. Esta inmediatez permite a quien gestiona, realizar pequeños ajustes que mejoren la atención en el día a día, además de generar una base de datos agregados en el tiempo que permitan comprender problemas crónicos y generar cambios de conducta en los servicios y procesos. La materialización de los potenciales beneficios de recolectar las preocupaciones de los pacientes depende en gran medida de la capacidad que tengan los servicios de atención de integrar este abordaje con sus actuales sistemas y recursos y de poder actuar en base a los datos que surgen de esta actividad sostenida en el tiempo. Un desafío o problema es que el personal clínico realmente actúe y mejore la seguridad en base a lo que les dicen los pacientes.

Más aún, así como la experiencia del paciente es ampliamente recogida y valorada a nivel de las autoridades, hay pocas evidencias de que estos datos sean utilizados en nuestro medio y en la bibliografía consultada de manera efectiva para mejorar la calidad.

## Discusión-Propuestas

Los datos de la presente investigación revelan que los pacientes son una fuente importante de reportes de seguridad, ya que casi el 10% reportan alguna preocupación o experiencia que cumple con la definición clínica de incidente de seguridad, porcentaje similar a lo descrito en la bibliografía consultada (O'Hara, J. K, et al, 2018).

Si bien esta tasa resulta llamativamente parecida a las tasas que se vienen manejando entre pacientes dañados durante su atención (también el 10%), las investigaciones mencionadas previamente en esta investigación, indican que los eventos de seguridad reportados por los pacientes, se complementan con los eventos identificados por el personal mediante otros métodos de detección de errores. Esto sugiere que los actuales métodos de medición de la seguridad en el ámbito de internación mayormente revisión de historias clínicas y reportes de incidentes del staff, pueden estar subestimando el nivel real de eventos adversos. Las preocupaciones referidas por los pacientes, complementan el conocimiento que tenemos de otros procesos de identificación de errores y daños existentes, con la ventaja de brindarnos una nueva perspectiva, al capturar preocupaciones que son importantes para los pacientes pero que pasan desapercibidas para el personal con los sistemas de reportes tradicionales.

La seguridad de los pacientes es un componente esencial de la calidad asistencial y uno de los objetivos prioritarios de la actividad de los profesionales sanitarios. Por ello, resulta sorprendente, la falta de una atención reglada y sistemática en torno al tema durante mucho tiempo. Sin embargo, la situación empezó a cambiar tras la publicación de diversos estudios que establecieron una clasificación de los tipos de errores y comenzaron a cuantificar su incidencia así como a evaluar la posibilidad de prevenirlos mediante la implementación de medidas correctivas. Complementariamente se comenzó a valorar el costo de los errores asistenciales, tanto desde un punto de vista económico como social.

Una vez reconocida la necesidad de la evaluación de todos los aspectos asistenciales que inciden sobre la seguridad de los pacientes, se deben implementar las metodologías

que permitan llevar a cabo dicho objetivo de forma rigurosa, objetiva, reproducible y que facilite la comparación de los datos obtenidos a partir de instituciones que pueden presentar características diversas, tanto por cuestiones organizativas, de tipo de pacientes que atienden, las metodologías que emplean o incluso, de localización geográfica o de entorno social en el que se insertan.

Por eso se han desarrollado diversos sistemas de notificación de incidentes y EA, cuyos objetivos primordiales son maximizar la detección de errores asistenciales y la gravedad de los mismos de la manera más objetiva posible, haciendo esto compatible con la falta crónica de recursos que se dedican a esta actividad.

Dentro de los sistemas de notificación de incidentes y EA existen los sistemas voluntarios y los obligatorios. Todos

ellos tienen fortalezas y debilidades peculiares de cada uno, que aconsejarían el uso de varios en un mismo entorno para complementar los datos obtenidos y conseguir una visión más completa de la situación en cada EA.

Con este trabajo la autora abordó el problema de la evaluación de la seguridad de los pacientes de una Clínica de Agudos de CABA, que es peculiar porque la mayoría de ellos son pacientes de tercera y cuarta edad y, por tanto, más proclives a sufrir incidentes que pudieran derivar en EA que pacientes de hospitales generales de agudos. Las estrategias para la participación del paciente en la mejora de la calidad, como parte activa de procesos o para proporcionar información relevante, han progresado en gran medida en los últimos años, influenciadas por el énfasis en la atención centrada en el paciente como una dimensión clave para la

## ANEXO I

### Incidentes que fueron considerados eventos de seguridad según categorías:

#### Medicación:

- “Les quise mostrar la bolsita con los remedios que tomo y me dijeron que no importaba”
- “Uno de los medicamentos que tomo hace años diariamente no me fue administrado, el enfermero insistía que no estaba indicado. Debe leerse la historia clínica y subsanar el error cometido en un principio cuando enumere la medicación habitual”.
- “El enfermero me dio una cápsula que es para nebulizar para que la trague con agua”
- “Me dieron 4 comprimidos del remedio que tomo porque no tenían mi dosis en un solo comprimido según me dijo el enfermero”

#### Comunicación:

- “El cirujano casi no me dejó hablar”
- “Esperé cinco días un medicamento que no había sido pedido por el especialista”.
- “Tuve que realizar la preparación para la endoscopia dos veces porque no estaba en la lista de estudios y el médico se fue”.

#### Temas de personal:

- “Tardan en contestar al llamado, falta personal de enfermería”.
- “El médico que debía hacerme el estudio no estaba disponible y tardo muchas horas en venir”.
- “El médico de pasiva que debía hacer el estudio no contestaba los llamados”
- Dignidad/Privacidad/Compasión/Respeto:
- “El traumatólogo de guardia no me reviso, debería tratar con más humanidad al paciente”.
- “Mi hijo salió a pedirle una noche a los enfermeros que no hicieran tanto ruido, se oían las carcajadas y la música del celular. Los enfermeros se enojaron con mi hijo y conmigo y ya no me atendieron con cuidado”.

#### Ambiente:

- “La ducha no tenía la cortina, se mojó todo el piso del baño, al salir de bañarme pisé el piso mojado lo cual es peligroso”.
- Acceso a los recursos:
- “Solicitan un equipo para ayudarme a respirar y tarda muchas horas en llegar, cuando lo traen suena la alarma todo el tiempo por tener mal puesta la máscara”

calidad y últimamente, por el énfasis en la seguridad del paciente, una dimensión para la cual la contribución del paciente no puede ser ignorada. Sin embargo, estas estrategias no han sido completamente implementadas y utilizadas en la mayoría de los sistemas de gestión de calidad y sigue siendo, en gran medida, una tarea pendiente.

Se espera con este estudio contribuir a su incorporación, facilitando la selección de las estrategias y acciones más adecuadas. Con este fin se promueve la participación activa del paciente en la prevención de incidentes de seguridad; se solicita y utiliza la información relevante que pueden aportar los pacientes, se señalan ejemplos y barreras para su implementación.

La autora concluye que la seguridad del paciente, en una Institución de salud es un fenómeno complejo que en el ejercicio profesional cotidiano no resulta fácil de operacionalizar y que requiere de estudios continuos dentro de la organización.

De los datos presentados y la discusión de los mismos se deduce que la investigación sobre seguridad del paciente, aparte de ser un componente esencial de la calidad asistencial, es una actividad rentable tanto desde un punto de vista económico, como social, ya que permite ahorrar en los gastos inherentes al tratamiento de la morbilidad sobrevenida como consecuencia de los errores de manejo de dichos pacientes y, sobre todo, previene el agravamiento de su estado por razones evitables y la ansiedad y estrés asociados a él.

## Bibliografía

- Aranaz, J., & Aibar, C. (2009). Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social de España
- Badia, L. X., Terol, G. E., Agra, V. Y., & Fernández, M. M. (2010). Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios: diseño y validación preliminar. Recuperado de [https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/informe\\_validacion\\_cuestionario.pdf](https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/informe_validacion_cuestionario.pdf)
- Brennan, T. A., Leape, L. L., Laird, N. M., Hebert, L., Localio, A. R., Lawthers, A. G., ... & Hiatt, H. H. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *New England Journal of Medicine*, 324(6), 370-376.
- Classen, D. C., Resar, R., Griffin, F., Federico, F., Frankel, T., Kimmel, N., ... & James, B. C. (2011). 'Global trigger tool' shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health affairs*, 30(4), 581-589.
- De Bienassis, K., Kristensen, S., Burtscher, M., Brownwood, I., & Klazinga, N. S. (2020). Culture as a cure: Assessments of patient safety culture in OECD countries.
- Díaz, C. A. (2020). Diplomatura en seguridad de Pacientes y atención centrada en la persona.
- García Dieguez, M., Ocampo, A., Cragno, A., Gallardo, F., Lamponi Tappatá, L., Gazzoni, C., & Sagarzasu, I. (2015). Estudio cualitativo sobre la percepción de seguridad de los pacientes en dos hospitales de Bahía Blanca. *Revista Argentina de Salud Pública*, 6(23), 15-20.
- Hernan, A. L., Giles, S. J., O'Hara, J. K., Fuller, J., Johnson, J. K., & Dunbar, J. A. (2016). Developing a primary care patient measure of safety (PC PMOS): a modified Delphi process and face validity testing. *BMJ Quality Safe Healthcare*, 25(4), 273-280. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004268
- Lawton, R., O'Hara, J. K., Sheard, L., Armitage, G., Cocks, K., Buckley, H., & Watt, I. (2017). Can patient involvement improve patient safety? A cluster randomised control trial of the Patient Reporting and Action for a Safe Environment (PRASE) intervention. *BMJ Quality Safe Healthcare*, 26(8), 622-631.
- Leape, L. L., Brennan, T. A., Laird, N., Lawthers, A. G., Localio, A. R., Barnes, B. A., & Hiatt, H. (1991). The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *New England Journal of Medicine*, 324(6), 377-384.
- Manzano Gásquez, M. (2020). Percepción de los pacientes sobre la seguridad del paciente durante la hospitalización.
- Mira, J. J., Lorenzo, S., Vitaller, J., Ziadi, M., Ortiz, L., Ignacio, E., & Aranaz, J. (2009). El punto de vista de los pacientes sobre la seguridad clínica de los hospitales: Validación del Cuestionario de Percepción de Seguridad. *Revista Médica de Chile*, 137(11), 1441-1448.
- Mondragón-Cardona, Á., Rojas-Mirquez, J. C., Gómez Ossa, R., Rodríguez-Morales, A. J., & Mezones-Holguin, E. (2012). La seguridad del paciente: un componente de las políticas de salud que hay que fortalecer en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31, 531-532.
- O'Hara, J. K., & Lawton, R. J. (2016). At a crossroads? Key challenges and future opportunities for patient involvement in patient safety. *BMJ Quality Safe Healthcare*, 25(8). doi: 10.1136/bmjqs-2016-005476
- O'Hara, J. K., Lawton, R. J., Armitage, G., Sheard, L., Marsh, C., Cocks, K., & Wright, J. (2016). The patient reporting and action for a safe environment (PRASE) intervention: a feasibility study. *BMC Health Services Research*, 16(1), 676.
- O'Hara, J. K., Reynolds, C., Moore, S., Armitage, G., Sheard, L., Marsh, C., & Lawton, R. (2018). What can patients tell us about the quality and safety of hospital care? Findings from a UK multicentre survey study. *BMJ Quality Safe Healthcare*, 27(9), 673-682. doi: 10.1136/bmjqs-2017-006974
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente: la investigación en seguridad del paciente.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (Junio, 2010). Seguridad del paciente: la investigación en seguridad del paciente. Recuperado de <http://www.who.int/pa-tientsafety/research/es/>
- Reason, J. (1990). *Human error*. Cambridge University Press.
- Vincent, CA & Coulter, A. (2002). Seguridad del paciente: ¿y el paciente? *BMJ Quality Safe Healthcare*, 11(1), 76-80.
- Vítolo, F. (2017). *Seguridad del Paciente 2.0*. Biblioteca Virtual Noble, 1-9
- Vítolo, F., & de Seguros, N. C. (2016). *Cultura de seguridad*. Noble
- Vítolo, F., & de Seguros, N. C. *Seguridad del Paciente: el caso económico: reduciendo el daño de manera efectiva y eficiente*.