

Implementación de metas internacionales de seguridad del paciente en atención ambulatoria



Implementation of international patient safety goals on ambulatory healtht

Cristina González-de Jesús,¹ Angélica Reynoso Mora²

RESUMEN

Las metas internacionales de seguridad del paciente en el ámbito ambulatorio hasta el momento no existen definidas en los estándares de certificación a nivel nacional. Su implementación en el ámbito ambulatorio establece como desafío de interpretación y adecuación tanto de las instalaciones como al tiempo necesario de su aplicación.

El presente describe la forma en que las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente se adaptaron para su implementación en una Institución de Atención Ambulatoria.

Se considera en primer término las diferencias que existen en la atención hospitalaria y ambulatoria para posteriormente describir cada una de las metas en un hospital y cómo se adaptaron para la aplicación a nivel ambulatorio.

Palabras clave: Metas, Internacionales, Atención, Ambulatorio.

ABSTRACT

The international patient safety goals in the outpatient setting, still are not defined in the national certification standards. Their implementation in the outpatient set as challenge they interpretation and accordance so in each facilities as the time needed for implementation.

This describes how they adapted to implement admissions the International Patient Safety Goals in an institution Ambulatory Care.

Considering the differences in the inpatient and outpatient care first.

To further describe each of the goals in a hospital and as they adapted for application to outpatient.

Keywords: International, Goals, Attention, Ambulatory.

INTRODUCCIÓN

A nivel nacional se cuenta con 144 Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades certificadas por el Consejo de Salubridad General con los estándares homologados a Joint Commission, sin embargo la diferencia con los 107 hospitales certificados es que las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP) no se encuentran consideradas en los estándares de certificación del mismo consejo.¹⁻⁴

En 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó la Alianza Mundial para la seguridad del paciente.⁵

Las MISP se crearon en mayo de 2007 por la OMS como parte de las “Nueve soluciones para la seguridad del paciente” con la finalidad de reducir los daños relacionados con la atención sanitaria y en 2008 la Joint Commission International integra los Objetivos Internacionales para la Seguridad del Paciente (IPSG) dentro de los estándares para acreditar a los hospitales y cuidados ambulatorios.^{6,7}

En septiembre de 2007 la Secretaría de Salud en México suscribió con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Declaración Conjunta en apoyo a la iniciativa del primer Reto Mundial por la Seguridad del Paciente: Una atención limpia es una atención segura.⁸

¹ Sección de Normatividad en Salud del Sistema Digital de Sanidad.

² Jefatura de Calidad del Área de Rehabilitación del Hospital Central Militar.

Correspondencia: Dra. Cristina González de Jesús. Especialista en Calidad de la Atención Clínica, Av. Miguel de Cervantes Saavedra 596 Del. Miguel Hidalgo C.P. 11500. Correo electrónico: cristinagonzalez60@gmail.com.

Folio: 284/2014 Artículo recibido: 05/01/2015, reenviado: 27/03/2015, aceptado: 18/05/2015

En junio de 2008 la World Alliance for Patient Safety de la OMS, en coordinación con la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) lanzan la campaña “Las prácticas quirúrgicas seguras salvan vidas”. Que en 2009 da origen a la campaña de “Cirugía Segura Salva Vidas” emitida por SICALIDAD.^{9, 10}

En 2011 SICALIDAD mediante la instrucción 327 consideraba 10 estrategias del Programa Nacional de Seguridad del Paciente dentro de las cuales contempla las MISP como estrategias:

- Identificar correctamente a los pacientes.
- Contribuir al uso racional y seguridad de los medicamentos.
- Favorecer los cuidados seguros.
- Prevenir y reducir la infección asociada a la atención.
- Mejorar la seguridad de la cirugía.
- Propiciar la comunicación efectiva con los pacientes y entre los profesionales de la Salud.¹¹

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) considera para el sistema de acreditación, la infraestructura necesaria para higiene de manos, así como la forma específica de identificar al paciente.¹² En marzo 2015 publicó como parte de su campaña “Está en tus manos”: la higiene de manos en Atención en Ambulancias, higiene de manos en Atención Ambulatoria y las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.¹³

¿Existen diferencias de atención entre hospitales y cuidados ambulatorios que limiten la implementación de las MISP en los estándares de certificación?

El modelo de atención ambulatoria de la OMS hace referencia a servicios de salud personal en régimen extrahospitalario, diferente a la atención primaria por lo que es importante considerar que sí existen diferencias en la atención de un hospital:

1. Tiempo de estancia en la instalación.
2. Procedimientos a realizar.
3. Infraestructura necesaria.
4. Asistencia de menores de edad acompañando a los usuarios.
5. Acompañantes a la atención.
6. Tipo de padecimientos diferentes a atenderse.
7. Diferente necesidad de medicamentos.
8. Menor cantidad de personal de salud participante.

9. Diferente capacitación en el personal de salud.

10. Costos de atención.¹⁴

Existen diferentes documentos sobre las MISP en atención hospitalaria en México.^{15, 16}

La implementación de las MISP presenta diferencias substanciales en atención ambulatoria con respecto a la de un hospital, ya que como define la NOM-005-SSA3-2010: la Atención Médica Ambulatoria; es un conjunto de servicios que se proporcionan en establecimientos fijos o móviles, con el fin de proteger, promover o restaurar la salud de pacientes o usuarios que no requieren ser hospitalizados.¹⁷

Por lo que en el presente se describe la forma en la que una Institución de Seguridad Social de Atención Ambulatoria, que proporciona atención de medicina general, especialidad y sub-especialidad, que atiende en promedio 1000 pacientes diarios, implantó las MISP, durante la fase de preparación de la certificación aun cuando no forman parte de los estándares por parte del Consejo de Salubridad General para incrementar la seguridad del paciente y las diferencias identificadas entre hospitales y atención ambulatoria.

Teniendo en cuenta además que los [Joint Commission International Accreditation Standards for Ambulatory Care] considera los IPSPG, sin que especifique los elementos medibles que deben contemplar políticas y momentos de ejecución como se establecen en los estándares para acreditar hospitales.

Metas Internacionales de Seguridad del Paciente

META 1. Identificar correctamente a los pacientes. Si bien en los hospitales se deben establecer al menos dos identificadores y estos verificarse antes de:

1. Administrar medicamentos, sangre o hemoderivados.
2. Extraer sangre u otras muestras para análisis clínicos.
3. Proporcionar cualquier otro tratamiento o procedimiento.
4. Proporcionar la dieta.⁴

Como menciona la DGCES en su cartel de MISP, el paciente debe contar con un brazalete o pulsera y tarjeta de cabecera.¹⁹

Para la atención ambulatoria pueden implementarse, sin limitación, dos identificadores, sin embargo, los costos de implementar brazalete y pulsera serían excesivos. El momento en que se validan los identificadores es diferente durante las actividades críticas que durante el resto de las actividades hospitalarias. Así, para evitar que la validación de los identificadores puede condicionar una cuasifalla, evento adverso e inclusive centinela, se establecieron seis momentos para verificar los dos identificadores:

1. Proporcionar consulta.
2. Realizar procedimientos.
3. Administración de medicamentos.
4. Realización de estudios de gabinete y laboratorio.
5. Programar cita.
6. Entrega de medicamentos.

Además se deben identificar a las personas desconocidas que requieren atención ante una urgencia médica, partiendo de que en la consulta ambulatoria también existe la posibilidad de dicha situación, creando el establecimiento las políticas necesarias.

META 2. Mejorar la comunicación efectiva. Esta meta en un hospital establece dos momentos de acción: uno cuando se dan órdenes verbales o telefónicas a pacientes hospitalizados y dos cuando en auxiliares de diagnóstico se identifican resultados críticos ante lo cual debe realizar el proceso de **escuchar-escribir-leer y confirmar**.

En atención ambulatoria existen dos diferencias importantes; al no tener al paciente de forma permanente no existe la posibilidad de órdenes verbales o telefónicas, para aplicación de medicamentos o realización de estudios, etc., a menos que se trate de una urgencia en cuyo caso se utiliza la técnica de **escuchar-repetir y confirmar** durante la aplicación de la Reanimación Cardiopulmonar Básica.

En cuanto a la transferencia de información de un paciente para interconsulta, solicitudes de estudios y recetas éstas se hacen por escrito debido a que esta información debe quedar en el expediente físico o electrónico.

Cuando se identifica un resultado crítico de laboratorio, éste a través de trabajo social localiza al paciente, solicitándole se presente en el mismo servicio donde fue atendido y coordina la cita para revisión de sus resultados con el médico tratante. Quedando la comunicación como un procedimiento estandarizado en citado servicio.

META 3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo. A ese respecto y alineados

a la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios donde se describe la necesidad de un botiquín de primeros auxilios, mismos que no consideran electrolitos concentrados, citotóxicos, medicamentos radiactivos, insulinas o anticoagulantes, no aplica las restricciones de resguardo como en un hospital.²⁰

Así mismo este tipo de medicamentos no se administran en las instalaciones por lo que la doble verificación durante la preparación y administración tampoco aplica.

META 4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento y al paciente correcto.

Para la atención hospitalaria esta meta establece tres procesos esenciales, que se ubican en el protocolo universal:

1. El marcado del sitio quirúrgico.
2. Un proceso de verificación preoperatorio.
3. Tiempo fuera o “time-out” que tiene lugar justo antes del comienzo de un procedimiento.

También incluye la realización de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía de la OMS,⁴ sin embargo para los procedimientos que se realizan en la institución de Atención Ambulatoria no incluyen anestesia y/o sedación profunda, ni una circulante, ya que los procedimientos realizados son:

1. Matricectomía.
2. Biopsias de piel.

Por lo que existe la necesidad de realizar el “time out”, por el riesgo de un error.

En ese establecimiento se llama “verificación previa” (con la finalidad de evitar la palabra en inglés así como evitar la relación a quirúrgico), en estos procedimientos citados y se deja evidencia en el consentimiento informado.

META 5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica.

El programa de higiene de manos considera en un hospital que sea apegado a guías internacionalmente aceptadas con la sugerencia de utilizar la publicada por la OMS. Dentro de este programa considera 5 momentos de higiene de manos:

1. Antes de tocar al paciente.
2. Antes de realizar una tarea aséptica.
3. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
4. Después de tocar un paciente.
5. Después del contacto con el entorno del paciente.

Sin embargo dentro de las publicaciones de la OMS, generó la higiene de las manos en la asistencia ambulatoria y domiciliaria y en los cuidados de larga duración. Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos y del modelo “Los cinco momentos para la higiene de las manos”, donde se establece que para la atención ambulatoria la utilización es de 4 momentos y no 5 como en hospitalización:

1. Antes de tocar al paciente.
2. Antes de realizar una tarea limpia/aséptica.
3. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
4. Después de tocar al paciente.²¹

Aunque la técnica de higiene no cambia. Este documento además establece cómo utilizar los momentos en la consulta, así como en el área de vacunación por lo que fue el modelo establecido para la implementación.

META 6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

Esta meta en hospitales establece que se realice la evaluación inicial de riesgo de caídas mediante una escala y que sea reevaluado cada cambio de turno, cambio de situación del paciente o cambio de estado de salud, además esto se documenta en el expediente clínico.

En el ámbito ambulatorio al no existir lineamientos, se debe considerar lo que dicen los estándares Joint Commission al respecto: La organización de atención ambulatoria desarrolla e implementa un proceso para reducir el riesgo de daño al paciente como resultado de caídas.

Así que la institución implementa un proceso basado en el movimiento de pacientes y cantidad de gente que se atiende, además después de la búsqueda de información respecto a las escalas de evaluación de caídas no se encontró una que aplique en el ámbito ambulatorio, por lo que integra criterios de riesgo de caídas, los cuales son:

1. Población menor de 6 años.
2. Pacientes mayores de 60 años.
3. Pacientes con capacidades diferentes.
4. Pacientes con apoyo para la marcha.
5. Pacientes sometidos a dilatación pupilar.

De esta manera se restablecieron las actividades al respecto para evitar el riesgo de caídas:

1. Señalamientos de piso húmedo.
2. Proporcionar apoyo para la obtención de silla de ruedas.
3. Se estableció como política la no dilatación ante falta de un acompañante.
4. Área para niños.
5. Báscula a nivel del piso*.

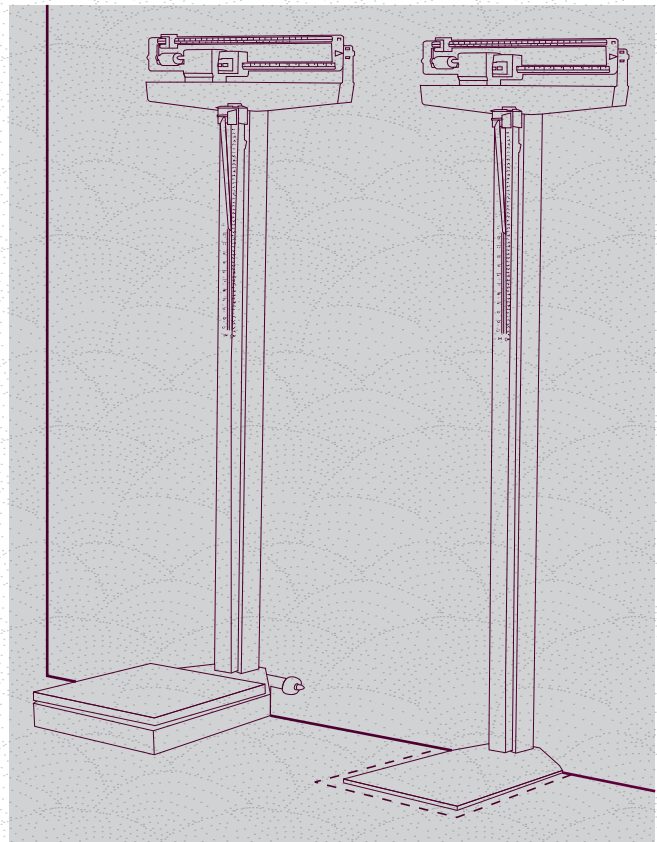


Figura 1. Imagen de báscula antes y después de colocarla a nivel del piso.

CONCLUSIONES

La implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente en instalaciones ambulatorias son necesarias para incrementar la seguridad.

Aun cuando en la actualidad el Consejo de Salubridad General no lo considera dentro de los estándares para instalaciones ambulatorias.

La implementación de las Metas requiere modificaciones con respecto a las de un hospital.

* Como medida de evitar caídas en el área de geriatría se propuso colocar a nivel del piso la báscula con lo cual se disminuyó el riesgo de caídas al realizar la toma de peso. (Figura 1)

REFERENCIAS

1. Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades Certificados. [Acceso 2014-nov-10]. Disponible en: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/establecimientos/septiembre/CertificadoVigente_Sep-tiembre-2014-CAPCE.pdf.
2. Hospitales Certificados. [Acceso 2014-nov-10]. Disponible en: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/establecimientos/septiembre/CertificadoVigente_Sep-tiembre-2014-HOSPITALES.pdf.
3. Estándares para la Certificación de Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades 2012. Consejo de Salubridad General. [acceso 2014-nov-10]. Disponible en: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/capce/Estandares2012_CAPCE-2014.pdf.
4. Estándares para la Certificación de Hospitales. Consejo de Salubridad General. [Acceso 2014-nov-10] Disponible en: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/estandares/Estandares2012_Hospitales.pdf.
5. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Reto Mundial en Pro de la Seguridad del Paciente. 2005.
6. Organización Mundial de la Salud. La OMS lanza "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" a fin de salvar vidas y evitar daños. [Acceso 2014-nov-10] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/>.
7. National Patient Safety Goals. Oakbrook Terrace, IL; Joint Commission, 2006. [Acceso 2014-nov-10] Disponible en: (<http://www.jcipa-tientsafety.org/show.asp?durki=10293&site=164&return=10289>).
8. Dirección General de Comunicación Social. Firman Ministros de Salud declaración para luchar contra propagación de infecciones. Comunicado de prensa 320. 21 septiembre 2007.
9. CONAMED. Profesionales Médicos de Todo el Mundo Aprueban la Lista de Verificación de la OMS para Reducir los Riesgos de la Cirugía. Comunicado de Prensa. 26 Junio 2008. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prensa/2008/aprob_oms_riesgos.php
10. Dirección General Adjunta de Calidad en Salud. Instrucción 201/2009. Campaña Sectorial "Cirugía Segura Salva Vidas". 28 Dic. 2009.
11. Dirección General Adjunta de Calidad en Salud. Instrucción 327/2011. Las 10 estrategias del Programa Nacional de Seguridad del Paciente. Compromiso de México con el Programa Internacional de Seguridad del Paciente auspiciado por la OMS-OPS. 5 Sep. 2011.
12. Cédula de Autoevaluación 2013. Acreditación y Garantía de Calidad del Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES). Dirección General de Calidad y Educación en Salud. [Acceso 2015-mar-16] Disponible en http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/dec-acr_01.html.
13. Cartel de difusión Higiene de Manos en Atención Ambulatoria. Campaña está en tus manos. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. [Acceso 2015-mar-16] Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dsp-sp_00H.pdf.
14. Berman P. Organización de la atención de salud ambulatoria: un determinante decisivo del desempeño de los sistemas de salud en los países en desarrollo. Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78 (6): 791–802.
15. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente de la Cédula de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. 2012. [Acceso 2014-nov-10] Disponible en: http://edumed.imss.gob.mx/pediatrica/residentes/guia_metas_internacionales.pdf.
16. Martínez-Rodríguez OA, Gutiérrez-Dorantes S, Liévano-Torres SA. Propuesta para implantar una Lista de Verificación de Seguridad en procedimientos invasivos y quirúrgicos. Rev CONAMED. 2011; 16(2): 53-58.
17. NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. México: Diario Oficial de la Federación; 16-08-2010
18. Joint Commission International. Joint Commission International Accreditation Standards for Ambulatory Care. 3rd ed. Illinois: JCI, c2014.
19. Cartel de difusión de Metas Internacionales sobre Seguridad del Paciente. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. [Acceso 2015-mar-16] Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dsp-sp_00K.pdf.
20. NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. México: Diario Oficial de la Federación; 08-01-2013.
21. Organización Mundial de la Salud. La higiene de las manos en la asistencia ambulatoria y domiciliaria y en los cuidados de larga duración. Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos y del modelo "Los cinco momentos para la higiene de las manos". 2013