



# ENSAYO

NOMBRE DEL ALUMNO: AILYN GUADALUPE SANTOS  
GOMEZ

TEMA: ACCIONES ESENCIALES DE SEGURIDAD DEL  
PACIENTE

MATERIA: PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA II

PROFESOR: MARIANO WALBERTO BALCAZAR

VELAZCO LICENCIATURA: ENFERMERIA

CUATRIMESTRE: 7TO

La seguridad del paciente es un tema crucial en los sistemas de salud alrededor del mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), se estima que uno de cada diez pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia hospitalaria, un porcentaje preocupante que subraya la necesidad de implementar medidas robustas de seguridad. Estas acciones esenciales tienen como objetivo minimizar los riesgos y garantizar una atención de calidad. Este ensayo analizará las principales acciones esenciales de seguridad del paciente, abarcando desde la identificación correcta de los pacientes hasta la prevención de infecciones, y su impacto en la mejora de los resultados clínicos y la satisfacción de los pacientes.

## **Acciones esenciales para la seguridad del paciente**

### **Identificación correcta del paciente**

Uno de los principios básicos para garantizar la seguridad en la atención es la correcta identificación del paciente. La Joint Commission (2020) señala que un error en la identificación puede resultar en procedimientos quirúrgicos erróneos, administración de medicamentos incorrectos o transfusiones de sangre incompatibles. Para reducir estos riesgos, se recomienda el uso de al menos dos identificadores, como el nombre completo y la fecha de nacimiento, antes de realizar cualquier procedimiento médico (WHO, 2009). La implementación de esta práctica ha mostrado una reducción significativa de los errores relacionados con la identificación en diversas instituciones de salud.

### **Comunicación efectiva entre los profesionales de la salud**

Una comunicación clara y precisa entre los miembros del equipo de salud es fundamental para evitar malentendidos y errores que puedan poner en riesgo la vida del paciente. Arora y Johnson (2006) sostienen que una de las principales causas de eventos adversos en el ámbito hospitalario es la mala comunicación, especialmente durante los cambios de turno o las transferencias entre diferentes áreas. El uso de herramientas estandarizadas, como el protocolo SBAR (Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación), ha demostrado ser una estrategia efectiva para mejorar la claridad en la transmisión de información crítica y reducir los errores médicos (Institute for Healthcare Improvement, 2011).

### **Administración segura de medicamentos**

Los errores en la administración de medicamentos son una de las principales causas de eventos adversos en el entorno hospitalario. Según Cohen (2007), los "cinco correctos" (medicamento correcto, dosis correcta, paciente correcto, vía correcta y tiempo correcto) son esenciales para evitar errores potencialmente fatales. La tecnología también juega un papel crucial en este aspecto. La implementación de sistemas de dispensación automatizada y el uso de códigos de barras para verificar los medicamentos ha demostrado reducir los errores de administración en un 50% (Pham et al., 2012). Además, las revisiones constantes de las interacciones medicamentosas y la educación del personal sobre la farmacología ayudan a mitigar los riesgos asociados con los tratamientos farmacológicos.

### **Prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria**

Las infecciones nosocomiales, o asociadas a la atención sanitaria, son responsables de un número significativo de complicaciones y muertes en los hospitales. La OMS (2009) recomienda la adopción de medidas estrictas de control de infecciones, incluyendo la higiene de manos, el uso de barreras protectoras y la esterilización adecuada de los equipos médicos. Estudios han demostrado que una correcta higiene de manos reduce las infecciones en un 40% (Pittet, 2001). Adicionalmente, el uso de tecnología avanzada para monitorear la adherencia a las prácticas de control de infecciones y la formación continua del personal son esenciales para mantener estándares elevados de prevención.

### **Prevención de caídas y otras lesiones**

Las caídas son una de las principales causas de lesiones evitables en pacientes hospitalizados, especialmente en adultos mayores. Oliver et al. (2004) señalan que la evaluación regular del riesgo de caídas, la provisión de dispositivos de asistencia como barandillas y la modificación del entorno físico del hospital pueden prevenir una cantidad considerable de accidentes. La implementación de programas de prevención de caídas también incluye la educación del paciente y sus familiares sobre las medidas de seguridad dentro del hospital. Estas estrategias han demostrado ser efectivas para reducir las tasas de caídas y las complicaciones asociadas, como fracturas y traumatismos.

### **Cultura de seguridad y reporte de eventos adversos**

El reporte de eventos adversos es una estrategia crucial para el aprendizaje organizacional y la mejora continua de la calidad en los servicios de salud. La creación de una cultura de seguridad, en la que los errores se reportan de manera confidencial y sin temor a represalias, permite a las organizaciones de salud aprender de los errores y mejorar los procesos (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000). Sistemas de reporte voluntarios y anónimos son claves para identificar fallos y patrones de riesgo que pueden ser abordados antes de que causen daño significativo a los pacientes. Este enfoque proactivo no solo reduce la incidencia de eventos adversos, sino que también fortalece la confianza del paciente en el sistema de salud.

Las acciones esenciales para la seguridad del paciente son un conjunto de medidas fundamentales para garantizar una atención de calidad y reducir los errores médicos. Desde la correcta identificación de los pacientes hasta la administración segura de medicamentos y la prevención de infecciones, estas acciones promueven un ambiente seguro para los pacientes. La implementación efectiva de estas estrategias depende de la colaboración entre los profesionales de la salud, la adopción de tecnologías adecuadas y el fomento de una cultura de seguridad que permita el reporte y análisis de eventos adversos. Solo mediante la combinación de estas acciones se logrará una atención sanitaria más segura y eficiente, mejorando los resultados clínicos y la experiencia de los pacientes.

## Referencias

Arora, V., & Johnson, J. (2006). A model for building a standardized hand-off protocol. *BMJ Quality & Safety*, 15\*(1), 21-27.

Cohen, M. R. (2007). *Medication errors* (2ª ed.). Washington, DC: American Pharmaceutical Association.

Institute for Healthcare Improvement (IHI). (2011). SBAR: Situation-Background-Assessment-Recommendation. Recuperado de <https://www.ihl.org/resources/pages/tools/sbartoolkit.aspx>

Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). *To err is human: Building a safer health system*. National Academies Press.

Oliver, D., Daly, F., Martin, F. C., & McMurdo, M. E. (2004). Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: A systematic review. *Age and Ageing*, 33\*(2), 122-130.

Pham, J. C., Aswani, M. S., Rosen, M., Lee, H., Huddle, M., Weeks, K., & Pronovost, P. J. (2012). Reducing medical errors and adverse events. *Annual Review of Medicine*, 63\*(1), 447-463.

Pittet, D. (2001). Compliance with hand disinfection and its impact on hospital-acquired infections. *Journal of Hospital Infection*, 48\*(1), S40-S46.

The Joint Commission. (2020). National patient safety goals. Recuperado de <https://www.jointcommission.org/standards/national-patient-safety-goals/>

World Health Organization (WHO). (2009). *Patient safety solutions*. Ginebra, Suiza: WHO Press.