



**Mi Universidad**

## **Ensayo**

*Nombre del Alumno: María Guadalupe Muñoz Rodríguez*

*Nombre del tema: AESP*

*Parcial: I*

*Nombre de la Materia: Práctica clínica de enfermería II*

*Nombre del profesor: Lic. Mariano Walberto Balcázar Velazco*

*Nombre de la Licenciatura: Lic. Enfermería*

*Cuatrimestre: 7*

## INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente durante los procesos de atención médica es un tema de vital importancia en el ámbito de la salud. De acuerdo con los últimos datos estadísticos, un porcentaje significativo de pacientes hospitalizados experimenta eventos adversos que podrían haberse evitado, lo que destaca la necesidad de mejorar la calidad de la atención médica.

Basándose en la problemática, fueron creadas ocho acciones esenciales para la seguridad del paciente. Dichas acciones, pueden ser aplicadas tanto en entornos hospitalarios como ambulatorios, cada acción se centra en algo en específico en relación con el paciente.

La primera acción trata sobre la identificación del paciente que es básicamente doble verificación con datos personales, como el nombre completo y fecha de nacimiento; la acción 2 es sobre la comunicación efectiva, tener una buena comunicación entre médico-enfermero-paciente sobre todo confirmar cuando se dan indicaciones verbales o telefónicas que es cuando podría haber alguna confusión; la acción 3 sobre la seguridad en el proceso de medicación, es importante corroborar las veces que sean necesario el medicamento, la dosis y la vía a administrar, así como verificar la caducidad del medicamento.

La acción 4 de la seguridad en los procedimientos, esta se centra mucho en procedimientos quirúrgicos ya que es donde ha habido más errores, lo principal es el marcaje quirúrgico y de igual manera confirmar las veces necesarias que sea el sitio correcto; la acción 5 sobre la prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud, en esta resalta la importancia de la higiene de manos, así como de las técnicas de asepsia y antisepsia cuando sea curación de heridas o algún procedimiento que tenga alto riesgo de infección.

La acción 6 sobre la reducción del riesgo de caídas, es importante utilizar los barandales de la camilla, así como tener constante vigilancia con el paciente; la acción 7 del registro y análisis de eventos adversos, el objetivo principal de esta es identificar el evento sucedido y buscar soluciones para prevenir y tratar de que no vuelva a ocurrir; y por último la acción 8 de la promoción de una cultura de seguridad del paciente, esta para favorecer la toma de decisiones y así establecer acciones de mejora.

El objetivo principal de estas acciones es prevenir errores, reducir riesgos y mejorar la calidad de la atención brindada a los pacientes, con el fin de garantizar la seguridad y el bienestar de cada uno de ellos.

En el siguiente documento se detalla más a fondo lo que significa cada acción y cuál es el objetivo que tiene cada una de ellas.

# DESARROLLO

## Acciones Esenciales Para La Seguridad Del Paciente

La seguridad para el paciente durante los procesos de atención a la salud es prioritaria. De acuerdo con las estimaciones, en México el 2% de los pacientes hospitalizados muere, y el 8% padece algún daño, a causa de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente.

Sin embargo, se calcula que 62% de este tipo de eventos adversos son prevenibles, lo que plantea un área de oportunidad para brindar atención médica.

Este fue el inicio de las ocho acciones esenciales para la seguridad del paciente, las cuales aplican tanto para los entornos hospitalario como ambulatorio.

Las ocho acciones y sus objetivos generales son:

1. **Identificación Del Paciente.** Mejorar la precisión de la identificación de pacientes, unificando este proceso en los establecimientos del sector salud, utilizando al menos dos datos que permitan prevenir errores que involucran al paciente equivocado.

En un entorno donde se busca una practica segura tanto para el paciente como para el profesional responsable de su cuidado, es indispensable la identificación correcta de los pacientes, como medida que favorezca la disminución de la probabilidad de errores médicos durante el proceso de atención a la salud.

El personal de salud tiene que identificar al paciente desde el momento en que este solicita la atención, con al menos dos identificadores estandarizados en toda la organización (nombre completo y fecha de nacimiento).

El personal de salud tiene que comprobar los datos de identificación del paciente justo antes de al menos los siguientes momentos críticos:

- Administración de todo tipo de medicamentos.
- Administración de infusiones intravenosas con fin profiláctico, diagnóstico o terapéutico.
- Transfusión de sangre y hemo componentes.
- Realizar procedimientos médicos o quirúrgicos.
- Realización de estudios de gabinete, laboratorio clínico y patología.
- Traslados dentro o fuera del establecimiento de atención médica.
- Dotación de dietas.
- Inicio de la terapia de remplazo renal con hemodiálisis.
- Aplicación de biológicos.

- Realización de cualquier otro procedimiento o tratamiento invasivo de alto riesgo que defina el establecimiento de atención médica.
- Cualquier procedimiento o pacientes que sean menores de edad, estén inconscientes o con cualquier tipo de condición que impida la comunicación, los datos de identificación se tienen que validar con su familiar, cuidador o acompañante; sin embargo, de no contar con su familiar, cuidador o acompañante es estrictamente necesario confirmar los datos de identificación a través de los medios de verificación previamente referidos.
- Cuando se retire el medio para identificar al paciente, por la realización de algún procedimiento, es necesario volver a colocarlo de manera inmediata al concluir.
- Los cadáveres se identifican usando al menos los datos de identificación (nombre completo y fecha de nacimiento). En casos de defunciones de productos múltiples (gemelares, trillizos, etc.;) adicionalmente utilizar un identificador numérico según corresponda al orden progresivo de nacimiento.

2. **Comunicación Efectiva.** Mejorar la comunicación entre los profesionales de salud, paciente, familiar, cuidador o acompañante; a fin de obtener información correcta, oportuna y completa durante el proceso de atención y así, reducir los errores relacionados con la emisión de indicaciones verbales y/o telefónicas, mediante el uso del protocolo Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar.

De igual manera, reducir los errores durante el traspaso de pacientes, cambios de turno y mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, de forma que proporcione información correcta, oportuna y completa durante el proceso de atención al paciente mediante el uso de una herramienta validada de comunicación entre profesionales de la salud, por ejemplo, Técnica SAER por sus siglas en español: Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación, o la herramienta validada que determine el establecimiento de atención médica.

Las órdenes verbales o telefónicas presentan un mayor margen de error que las ordenes escritas o las que se envían electrónicamente. La interpretación de los órdenes verbales es problemática debido al ruido de fondo, las interrupciones, y los nombres de los medicamentos desconocidos y la terminología a menudo agravan el problema. Una vez recibida una orden verbal debe ser transcrita como una orden por escrito, lo que añade complejidad y riesgo para el proceso de la instrucción. El único registro real de una orden verbal es en el recuerdo de los involucrados.

- De la emisión y recepción de las órdenes verbales y/o telefónicas en urgencias y servicios críticos con el proceso de escuchar-repetir y confirmar:
- La persona que recibe las indicaciones tiene que escucharla atentamente.

- La persona que recibe las indicaciones tiene que confirmar que la información es correcta.
- Es indispensable que la información se transcriba en el expediente clínico y sea firmada por el médico responsable.

3. **Seguridad En El Proceso De Medicación.** Fortalecer las acciones relacionadas con el almacenamiento, la prescripción, transcripción, dispensación y administración de medicamentos, para prevenir errores que puedan dañar a los pacientes.

La gestión de la medicación es un componente importante de los tratamientos preventivos, diagnósticos, sintomáticos y paliativos.

Los médicos del establecimiento de atención médica tienen que anotar la prescripción médica en el expediente y en la receta médica, con letra clara, legible sin abreviaturas, sin enmendaduras ni tachaduras.

La preparación segura de medicamentos incluye, al menos, la verificación de los siguientes correctos de la preparación de medicamentos:

- a) Paciente correcto, verificando los dos datos de identificación (nombre completo y fecha de nacimiento).
  - b) Medicamento correcto, identificando siempre el medicamento al retirarlo de la zona de almacenamiento y verificar el nombre del medicamento con las indicaciones del expediente clínico del paciente y con la hoja de enfermería o receta.
  - c) Dosis correcta, comprobar en los registros del expediente y en la hoja de enfermería la dosis prescrita.
  - d) Vía correcta, confirmar la vía de administración del medicamento indicada en la etiqueta, expediente clínico y la hoja de enfermería o receta.
  - e) Horario correcto, confirmar en el expediente clínico y en la hoja de enfermería los intervalos indicados para la administración del medicamento.
4. **Seguridad En Los Procedimientos.** Reforzar las prácticas de seguridad y aceptadas internacionalmente y reducir los eventos adversos para evitar la presencia de eventos centinela derivados de la práctica quirúrgica y procedimientos de alto riesgo fuera del quirófano.

**Del marcado del sitio quirúrgico:**

- El marcado tiene que realizarse sobre la piel del paciente y de manera que permanezca después de la asepsia y antisepsia.
- Para minimizar errores de sitio quirúrgico, en el marcaje, se involucra la participación del paciente.

- En caso de que sea menor de edad, este inconsciente o con cualquier tipo de discapacidad este marcaje se realizara en presencia del familiar, cuidador o acompañante.

#### 5. **Reducción Del Riesgo De Infecciones A La Atención De La Salud (IAAS).**

Coadyuvar a reducir las infecciones asociadas a la atención de salud, a través de la implementación de un programa integral de higiene de manos durante el proceso de atención.

Las áreas responsables de la capacidad del personal y las acciones de educación a la comunidad tienen que:

- Implementar programas de capacitación continua para todo el personal de los establecimientos de atención médica, estudiantes, pacientes, familiares, cuidadores o acompañantes y visitantes, en temas de higiene de manos, prevención de IAAS y uso racional de antimicrobianos.
- El área administrativa de los establecimientos de atención medica aseguran el abasto y mantenimiento del material y equipo necesario para la higiene de manos y la calidad del agua.

#### 6. **Reducción Del Riesgo De Daño Al Paciente Por Causa De Caídas.** Prevenir el daño al paciente asociado a las caídas en los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud mediante la evaluación y reducción del riesgo de caídas.

El personal de salud:

- Tiene que evaluar el riesgo de caídas del paciente, utilizando un instrumento o herramienta validada, acorde a las características y necesidades de los pacientes atendidos en el establecimiento de atención médica.
- La evaluación del riesgo de caídas tiene que realizarse en todos los pacientes.

Tiene que reevaluarse en:

- a) Cada cambio de turno.
- b) Cambio de área o servicio.
- c) Cambio en el estado de salud.
- d) Cambio o modificación del tratamiento farmacológico.

#### 7. **Registro Y Análisis De Eventos Centinela, Eventos Adversos Y Cuasi Fallas.**

Generar información sobre cuasi fallas, eventos adversos y centinelas mediante una herramienta de registro que permita el análisis y favorezca la toma de decisiones para que a nivel local se prevenga su ocurrencia.

Es importante que cada organización implemente el sistema de notificación y análisis de eventos adversos, centinela y cuasi fallas, que además se alinee con

las actividades de evaluación de riesgos de la organización y que juntos formen la base del plan de calidad y seguridad que permita a la organización aprender de sus errores e implementar mejoras para prevenir su ocurrencia.

8. **Cultura De Seguridad Del Paciente**. Medir la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario. Con el propósito de favorecer la toma de decisiones para establecer acciones de mejora continua del clima de seguridad en los hospitales del sistema nacional de la salud.

Se podrá aplicar una encuesta de cultura de seguridad del paciente a todo el personal médico y de enfermería, misma que deberá ser anual y confidencial.

## CONCLUSIÓN

Todos podemos cometer errores, al final somos humanos y no estamos exentos de eso, sin embargo, en el ámbito de la salud un error puede repercutir de manera negativa en nuestros pacientes y en uno mismo como personal de salud, ya que se puede llegar a causar algún daño irreversible o incluso la muerte.

En cualquier establecimiento de salud existen diversos factores que pueden contribuir a que ocurra algún error, como ejemplo podríamos poner la sobrecarga de trabajo que lleva a un agotamiento físico y mental; un entorno laboral poco favorable, si no hay buena relación entre compañeros de trabajo hace más difícil la jornada laboral y no hay trabajo en equipo, también podría influir que el personal no tenga conocimiento suficiente sobre algún medicamento o procedimiento; la falta de insumos también genera estrés y puede llegar a ocasionar errores.

A pesar de estos factores no debemos asumir que los errores son inevitables, ya que tenemos la capacidad de aprender de ellos y aplicar para prevenir fallas y mejorar la atención de salud.

## BIBLIOGRAFÍA

<https://www.gob.mx/salud/articulos/conoce-las-acciones-esenciales-para-la-seguridad-del-paciente&idiom=es>

<http://csa.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelos-de-seguridad/acciones-ModeloCSG/AESPCSG-DGCES16junio2023.pdf>