

Grado de seguridad clínica percibida por pacientes adultos hospitalizados en un servicio de medicina interna

Degree of clinical safety perceived by adult patients hospitalized in an internal medicine service

Fatima Martínez-Morales,¹ Elsa Alvarado-Gallegos²

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona 50, Unidad de Cuidados Intensivos; ²Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona con Medicina Familiar 1 "Lic. Ignacio García Téllez", Jefatura de Enfermería. San Luis Potosí, San Luis Potosí, México

Número de registro: R-2014-2402-6

Palabras clave:

Seguridad del paciente
Garantía de la calidad
de atención de salud
Control de calidad
Calidad de la atención de salud
Adultos
Enfermería

Keywords:

Patient safety
Health care quality assurance
Quality control
Quality of health care
Adults
Nursing

Correspondencia:

Elsa Alvarado-Gallegos
Correo electrónico:
elaalva@hotmail.com
Fecha de recepción:
17/01/2017
Fecha de dictamen:
05/05/2017
Fecha de aceptación:
09/06/2017

Resumen

Introducción: la seguridad del paciente es el proceso por el cual una organización proporciona atención y cuidados seguros. Implica efectuar una gestión adecuada de riesgos, dotarse de la capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes que se produzcan, aprender de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de su ocurrencia.

Objetivo: valorar la percepción del paciente acerca del grado de seguridad clínica durante su proceso de hospitalización.

Metodología: estudio transversal con 123 pacientes adultos hospitalizados. Se utilizó un cuestionario diseñado y validado para medir la percepción del paciente sobre seguridad en la atención de salud en el ámbito hospitalario. Asimismo, se hizo un análisis descriptivo correlacional.

Resultados: de 123 pacientes, 31% refirió haber tenido un incidente durante la estancia hospitalaria, de los cuales 21% fue confundido con otro paciente, 21% presentó reacción alérgica a los medicamentos o alimentos, 18% presentó infección y 15% fue sometido a intervención quirúrgica de forma imprevista. En general, la valoración de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios fue percibida en grado de seguridad alto por el 71%.

Conclusiones: se debe garantizar que los profesionales de la salud sean competentes para otorgar cuidados seguros y que se mantenga la seguridad en la estructura física y los equipos.

Abstract

Introduction: Patient safety is the process by which an organization provides assistance and safe care. It implies adequate risk management, the ability to know and analyze possible incidents, learn from them and apply solutions that minimize the risk of their occurrence.

Objective: To assess the patient's perception of the degree of clinical safety during their hospitalization.

Methods: We conducted a cross-sectional study with 123 hospitalized adult patients. We used a questionnaire designed and validated to measure the patient's perception about safety in health care in the hospital setting. We also carried out a descriptive correlational analysis.

Results: Out of 123 patients, 31% reported having had an incident during the hospital stay, of which 21% were confused with another patient, 21% had an allergic reaction to drugs or foods, 18% had an infection, and 15% underwent surgery unexpectedly. In general, the assessment of patients on the safety of health services was perceived in a high degree of security by 71%.

Conclusions: It should be ensured that health professionals are competent to provide safe care and that safety in the physical structure and equipment is maintained.

Introducción

Hablar sobre la seguridad del paciente es abordar el proceso por el cual una organización le proporciona a este atención y cuidados seguros, lo cual se manifiesta por la ausencia de lesiones accidentales secundarias a eventos adversos (EA). Del mismo modo, hablar de seguridad implica efectuar una gestión adecuada de riesgos, dotarse de la capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes que se produzcan, aprender de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de su ocurrencia.¹

En un entorno en el que se potencia que los pacientes participen en las decisiones clínicas de una forma más activa, adquiere un papel importante la percepción de seguridad de las personas que son atendidas en las instituciones que otorgan servicios de salud, sobre todo porque se supone que esta percepción condiciona la actitud del paciente en la interacción con los profesionales de salud y ayuda a indagar si efectivamente un papel más activo le protege, en alguna medida, de ciertos eventos adversos.

El concepto de seguridad de los pacientes, como componente clave de la calidad, forma parte de las estrategias de calidad de muchos países. Al respecto, en 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) puso en marcha la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, la cual 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, la secretaría de la OMS, expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria.² Su creación destaca la importancia internacional de la cuestión de la seguridad del paciente.

Es crucial introducir en las instituciones de salud un cambio de cultura que promueva el aprendizaje y el control de los errores; es responsabilidad de los profesionales de la salud ofrecerles a los pacientes servicios con el máximo grado de calidad y seguridad en la atención. La información adecuada e interactiva y la correcta gestión de la incertidumbre en la relación paciente y profesional de la salud constituyen los ejes sobre los que gravita la percepción de seguridad del paciente y crean un entorno de confianza y satisfacción.³

En 2012 se publicaron en México, en la revista de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), los primeros 781 incidentes de seguridad del paciente que habían sido notificados por 22 hospitales mexicanos mediante el Sistema de Registro Automatizado de Incidentes

en Salud (SIRAIS). En concordancia con datos internacionales, los incidentes con mayor frecuencia fueron los casos de infección, con el 35.9%; los incidentes relacionados con el proceso clínico o con procedimientos, con 28.8%; y los errores asociados a medicación, con 12.5%.⁴

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), a través de la Dirección de Prestaciones Médicas, implementó el Sistema de Vigilancia de Eventos Centinela y Riesgos del IMSS (VENCER), el cual tiene un enfoque proactivo y preventivo basado en el análisis de los eventos centinela y en el establecimiento de los planes de acción para evitar su recurrencia; con el sistema se sistematiza, valga la redundancia, el manejo de los eventos centinela en los hospitales y se aprovecha el aprendizaje para la mejora de la seguridad de los derechohabientes.^{4,5}

Con la finalidad de contribuir con las iniciativas institucionales, se hace necesario el desarrollo de una estrategia de monitoreo para la seguridad clínica centrada en el propio paciente, con el diseño de instrumentos que exploren la experiencia con la atención de la salud. El análisis de dicha información debe permitir tener un diagnóstico claro de la situación y tomar decisiones respecto a las mejoras en los procesos de atención que garanticen la seguridad y la calidad de los servicios de salud, así como el inicio de un cambio en la práctica y en la gestión del cuidado de enfermería centrado en el paciente.

Metodología

El diseño del estudio fue descriptivo transversal, en una muestra de 123 pacientes hospitalizados en un servicio de medicina interna de un Hospital General de Zona del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de San Luis Potosí, México.

Se seleccionaron los pacientes adultos hospitalizados con un mínimo de tres días en el servicio mencionado. Los pacientes debían tener capacidad para leer y responder el cuestionario. Se eliminaron los cuestionarios con respuesta inferior al 80% del total.

Instrumento de medición y procedimiento de recolección de datos

Para valorar la percepción del paciente acerca del grado de seguridad clínica durante su proceso de hospitalización, se utilizó un cuestionario diseñado y validado para medir la percepción del paciente sobre seguridad en la atención de salud en el ámbito hospitalario.⁶

Se recolectó información sobre las variables sociodemográficas: edad (anotar la edad del paciente en el momento del estudio), sexo, nivel de estudios terminados (no sabe leer ni escribir, sin estudios, estudios primarios o equivalentes, secundaria, educación profesional y estudios universitarios o equivalentes).

En relación con las variables clínicas, se recabó información sobre los motivos de la hospitalización (disfunción del aparato circulatorio/vascular, cavidad bucal, dermatología, aparato digestivo, endocrinología, enfermedad

infecciosa, enfermedad mental, fracturas/traumatismos, ginecología/obstetricia, hematología, neoplasia, quemaduras, oftalmología, enfermedad osteoarticular, otorrinolaringología, sistema nervioso central, urología); días de estancia hospitalaria hasta el momento de la visita de estudio; fecha de la intervención quirúrgica (si procedía), y complicaciones postoperatorias.

Para las medidas centradas en el paciente se utilizó un cuestionario que incluyó 24 ítems y que estuvo estructurado en tres partes: la primera se refirió a la experiencia en

Cuadro I. Cuestionario Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios⁶

A	En general durante su hospitalización:	Opción de respuesta
1.	Recibió suficiente información sobre su enfermedad/o su problema de salud	1 (No estoy de acuerdo) a 5 (Estoy completamente de acuerdo)
2.	Recibió suficiente información sobre su tratamiento	
3.	Pudo preguntar al personal sanitario todas las dudas que tenía	
4.	Fue suficientemente informado sobre a quién podía preguntar en caso de que tuviera alguna duda o pregunta	
5.	El personal sanitario contestó de forma clara y comprensible a sus preguntas	
6.	La información que recibía sobre su estado de salud coincidía con independencia del personal sanitario que le respondiera	
7.	Se pidió su opinión respecto a sus cuidados y su tratamiento	
8.	Lo/la atendieron sin retrasos ni esperas mientras estuvo hospitalizado/a (por ejemplo, el personal sanitario acudía rápido tras una llamada; los traslados de planta eran sin esperas)	
9.	Le pidieron su consentimiento o permiso antes de realizar alguna prueba u operación	
10.	El personal sanitario respetó su confidencialidad mientras estaba hospitalizado/a (por ejemplo, siempre hablaban con usted o su familia en privado y sin que hubiera otras personas delante; la información sobre su enfermedad no estaba nunca a la vista de otras personas o pacientes)	
B	A continuación se quiere conocer si durante su hospitalización tuvo alguno de los siguientes problemas:	Opción de respuesta
11.	Ha tenido una infección mientras estaba hospitalizado/a	Respuesta dicotómica (Sí/No)
12.	Ha tenido una reacción alérgica debido a la medicación, a la alimentación, al material sanitario o transfusión de sangre mientras estaba hospitalizado/a	
13.	Ha vuelto a ser operado/a de forma imprevista después de haber sido intervenido/a quirúrgicamente en una primera ocasión	
14.	Se cayó, se fracturó o tuvo una herida durante su hospitalización	
15.	El personal sanitario se equivocó en su diagnóstico	
16.	Le dieron una medicación equivocada durante su hospitalización	
17.	Fue confundido/a con otro/a paciente durante su hospitalización	
C	En su experiencia ante el error clínico que sufrió:	Opción de respuesta
18.	El error clínico se detectó rápidamente	1 (No estoy de acuerdo) a 5 (Estoy completamente de acuerdo)
19.	El error clínico se resolvió de forma satisfactoria	
20.	El error clínico se resolvió con rapidez	
21.	La información que recibió del personal sanitario sobre el error clínico que había sufrido fue suficiente y clara	
22.	Pudo participar en la toma de decisiones respecto a la forma de resolver el error clínico o problema	
23.	El personal sanitario le pidió disculpas ante el error clínico	
24.	El personal sanitario le comunicó que tomaría medidas para evitar que volvieran a suceder este tipo de errores clínicos	

general durante la última estancia hospitalaria; los ítems del 1 al 10 tuvieron cinco opciones de respuesta, desde 1 (No estoy de acuerdo) hasta 5 (Estoy completamente de acuerdo). La segunda permitió detectar los problemas durante la hospitalización y fue del ítem 11 al 17 con respuestas dicotómicas (Sí/No). La tercera parte valoró la experiencia ante un error clínico (en caso de que el paciente lo hubiese sufrido); fue del ítem 18 al 24 con cinco opciones de respuesta de 1 (No estoy de acuerdo) a 5 (Estoy completamente de acuerdo) (cuadro I).

La aplicación del instrumento fue autoadministrable, con un tiempo de respuesta aproximado de 20 a 25 minutos.

Para la implementación del proyecto, se solicitó la autorización del Comité de Ética en el Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS). Una vez recibido el dictamen de autorización, se inició la fase de socialización del proyecto mediante la presentación con las autoridades de la unidad hospitalaria, con énfasis en la fase de recolección de la información. Posteriormente se hizo la presentación con el personal de enfermería y el jefe de piso, y se llevó a cabo la identificación de los pacientes para reunir la muestra con base en los criterios de selección; asimismo, se solicitó el consentimiento informado y la firma en el documento correspondiente.

Análisis de la información

Para la captura de la información se utilizó el programa estadístico SPSS, versión 20. Se obtuvo la consistencia interna del instrumento a través del alfa de Cronbach para la primera y la tercera parte del instrumento y para la segunda parte se empleó la fórmula de Kuder-Richardson (KR-20), que es una técnica para el cálculo de la confiabilidad de un instrumento aplicable solo a investigaciones en las que las respuestas a cada ítem sean dicotómicas o binarias, es decir, que puedan codificarse como 1 o 0 (tal es el caso de la segunda parte de este cuestionario), por lo que se utilizó como opción más adecuada para determinar la consistencia interna de las variables dicotómicas.

También se calculó la estadística descriptiva a través de frecuencias y porcentajes con la finalidad de comparar los datos que se obtuvieron con hallazgos de otros estudios con tamaños de muestras distintas.

También se aplicaron medidas de tendencia central para construir la afirmación más concisa de la naturaleza de los datos de este estudio: moda, mediana y media, que

son las tres medidas de tendencia central más utilizadas.

Por último se aplicaron las pruebas estadísticas de chi cuadrada y ANOVA, a fin de analizar la asociación entre algunas de las variables con el grado de seguridad clínica percibida. Estas pruebas se calcularon a partir de las puntuaciones que se obtuvieron en dichas variables de la muestra encuestada.

Resultados

El instrumento fue aplicado a 123 pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de Zona 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí, México.

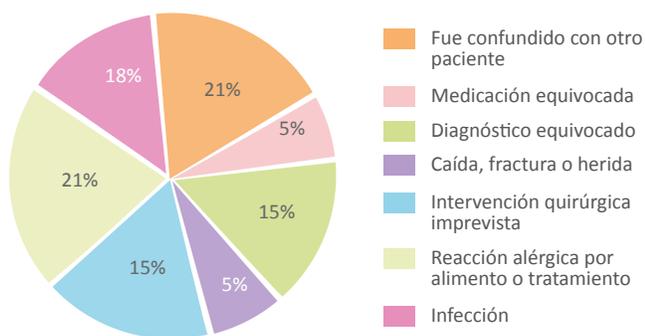
Del total de pacientes hospitalizados a los que se les aplicó el cuestionario, se encontró a un grupo mayoritario de adultos jóvenes y a una minoría de pacientes entre 42 y 66 años de edad; asimismo, hubo una mínima diferencia entre hombres y mujeres (58 frente a 42%). La mayoría de los participantes tenía estudios de primaria (40%) y una minoría era analfabeta (2%).

De la relación entre la percepción de la *experiencia general durante la hospitalización*, según si se es hombre o mujer, no se encontró diferencia significativa ($p = 0.116$) y lo mismo ocurrió con el grado académico ($p = 0.478$); es decir, la experiencia fue igual en profesionales y no profesionales. Para los pacientes adultos y adultos mayores, la seguridad en el ámbito hospitalario fue percibida de forma similar ($p = 0.217$).

En la segunda parte del instrumento se indagó acerca de la percepción de los pacientes respecto a la *vivencia de los problemas durante la hospitalización*. De los 123 participantes, el 31% (39) refirió haber tenido un incidente durante la estancia hospitalaria; al respecto, los eventos suscitados fueron: haber confundido a un paciente con otro (21%), la presencia de reacción alérgica a los medicamentos o alimentos (21%), haber adquirido una infección mientras estaba hospitalizado (18%), el personal de salud se equivocó en el diagnóstico (15%) y el personal de salud llevó a cabo una intervención quirúrgica de forma imprevista (15%) (figura 1).

En cuanto a la percepción de los pacientes acerca de la *experiencia ante el error clínico durante la hospitalización* (en caso de haberlo sufrido), el 60% declaró que el personal de salud les permitió participar en la toma de decisiones respecto a la forma de resolver el error clínico o problema (cinco estuvieron completamente de acuerdo). Por el contrario, el 57% de los pacientes expresó no estar de

Figura 1. Incidentes referidos por los pacientes durante su hospitalización (n = 39)



Fuente: Cuestionario sobre la percepción de seguridad de la atención sanitaria en el ámbito hospitalario

acuerdo (1) en cuanto a que el personal de salud no comunicó que tomaría medidas para evitar que volvieran a suceder este tipo de errores clínicos. La relación entre la experiencia ante el error clínico según el sexo del paciente fue no significativa ($p = 0.348$); asimismo, con la prueba estadística ANOVA no hubo diferencia significativa entre los días de estancia hospitalaria y los promedios de puntos de la experiencia ante el error clínico ($p = 0.527$).

En general, la evaluación de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios fue percibida en grado

de seguridad alto por el 71% y en grado medio por el 27% (figura 2).

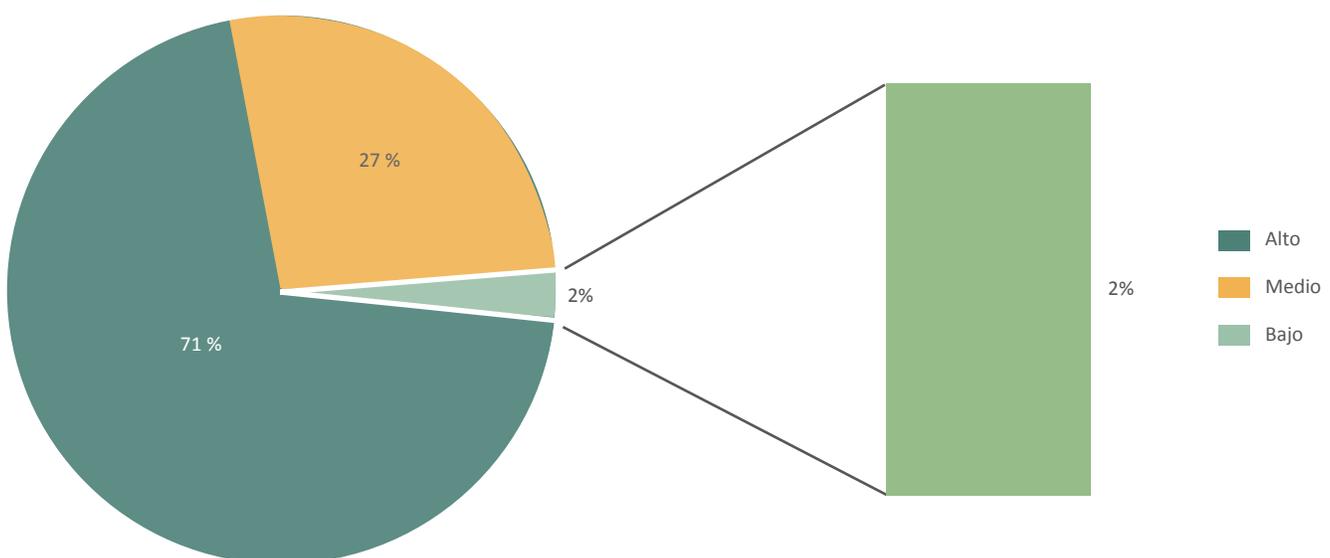
Discusión

La seguridad constituye un principio fundamental en la atención médica y su dimensión es de gran magnitud en la calidad; incluso se puede considerar que sin seguridad no puede existir la calidad.⁷

Los pacientes expresan que no están totalmente de acuerdo en los aspectos del respeto a la confidencialidad durante la hospitalización, recibir información suficiente acerca de su enfermedad y tratamiento, así como responder de forma clara y comprensible a las preguntas y aclaración de dudas. Se ha encontrado que todos aquellos pacientes que no habían podido consultar sus dudas al personal sanitario, o no habían contado con la intimidad que les hubiera gustado, o no recibieron información detallada sobre su tratamiento o las pruebas o intervenciones prescritas, tenían una preocupación mayor de sufrir un error médico.⁸

Los programas de reducción de eventos adversos basados en la propuesta de la *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ) y *el National Health Service*, (NHS) de alentar a los pacientes a preguntar al médico sus dudas e inquietudes, también se basan en la interacción con el profesional, a fin de conformar gran parte de su efectivi-

Figura 2. Percepción de los pacientes acerca de la seguridad de los servicios sanitarios (n = 123)



Fuente: Cuestionario sobre la percepción de seguridad de la atención sanitaria en el ámbito hospitalario

dad.⁹ Cabe mencionar que es importante indagar en los pacientes que refirieron haber tenido algún incidente durante la hospitalización, ya que en el estudio con pacientes como informadores de eventos adversos, los pacientes crónicos y que visitan con frecuencia el hospital son los que refieren los incidentes o errores clínicos.^{10,11}

De acuerdo con lo reportado por el Estudio Nacional de Efectos Adversos relacionados con la hospitalización (ENEAS), el riesgo de incrementar el número de incidencias en el curso del tratamiento aumenta con la edad. Esto es relevante, porque los pacientes de mayor edad son los que más se preocupan por la posibilidad de sufrir un error clínico en el curso de un tratamiento futuro.¹¹ A diferencia del presente estudio, no se encontró distinción entre los pacientes adultos y adultos mayores, en relación con la percepción de seguridad durante la hospitalización.

En la detección de problemas durante la hospitalización, 31% de los pacientes refirieron haber sufrido un error clínico durante la misma. Las principales situaciones a las que se enfrentaron fue el haber sido confundido con otro u otra paciente y el haber sufrido alguna reacción alérgica a medicamentos, alimentos o transfusión. Cabe señalar que en todos los casos no hubo consecuencias mayores que pusieran en peligro la integridad o la vida. De acuerdo con lo reportado en un estudio con pacientes crónicos de diabetes y enfermedad renal, estos pacientes sufrieron un error clínico y requirieron tratamiento adicional.¹⁰ Al igual que los pacientes en el presente estudio, el tratamiento adicional fue una nueva intervención quirúrgica.

En cuanto a la comunicación respecto de tomar medidas de prevención de incidentes, el resultado fue similar a lo encontrado en el estudio “Aprendiendo del paciente para mejorar los sistemas de informes de eventos de seguridad”. Es probable que un paciente responda más favorablemente hacia un profesional de la salud que le proporciona información completa acerca del incidente, no así cuando el profesional adopta una actitud defensiva, poco sincera o franca; así, el paciente puede expresar su percepción acerca de si el evento adverso era prevenible y ofrecer información específica de cómo evitarlo en el futuro.¹²

En el presente estudio se reconoce como área de oportunidad la implementación de estrategias de mejora en la percepción del paciente que sufre un incidente durante la hospitalización, esto con respecto a admitir la responsabilidad atribuible al personal de salud y proveer la comunicación e información suficiente sobre el incidente al paciente y su familia.

Un aspecto que puede mejorar la percepción de los pacientes está relacionado con proporcionarles a estos la información suficiente y permitirles participar de la mejor forma en la resolución del incidente. Se sabe que la participación activa de los pacientes y de sus cuidadores aporta información valiosa sobre los riesgos durante la hospitalización. Sin embargo, se ha identificado que una barrera para aceptar las quejas de los pacientes como informes de daños, es que los profesionales de la salud consideran que estos no son capaces de calificar la calidad técnica de los profesionales de la salud.¹²

La información suficiente y clara acerca del incidente ocurrido no debe dejar de ser prioritaria por nada en un paciente que lo ha sufrido. Las inconformidades de los pacientes se pueden analizar sistemáticamente y agregarse para comprender dónde ocurren los problemas durante el proceso de la atención médica en los sistemas de salud. Los temores, las preocupaciones y los reclamos de los pacientes son el tipo de retroalimentación que deben tener en cuenta los profesionales de la salud. Escuchar las experiencias de los pacientes, especialmente las concernientes a los eventos adversos, es una herramienta importante para mejorar la seguridad de los pacientes y puede complementar la información registrada por los profesionales de la salud. Los pacientes pueden hacer notar lo que no funciona del sistema de salud, pero solo si se “escucha y aprende” de sus historias.^{12,13}

Con respecto a la detección rápida del error clínico (humano), se evidencia una situación a la cual se le pueden atribuir diversos factores. Para comprender las dimensiones del *error humano*, el enfoque del queso suizo ilustra cómo en todos los procesos de las organizaciones interviene el ser humano; el error humano es inherente y puede ser visto de dos formas: el enfoque personal y el enfoque sistémico. Cada enfoque representa un modelo de la causa del error y cada modelo genera dos filosofías claramente diferentes de la gestión del error.

En el *enfoque personal* se procura que las personas tomen conciencia de la situación y se les exhorta a que cambien su actitud. Por otro lado, en el *enfoque sistémico* su inferencia es que los seres humanos son falibles y que con seguridad ocurrirán errores, incluso en las mejores organizaciones. Los errores son vistos como consecuencias, más que como causas, y su origen no se encuentra en la malicia de las personas, sino en factores sistémicos de etapas anteriores de los procesos. En contexto, todas las tecnologías que le pueden causar daño al ser humano poseen barreras y salvaguardas; cuando ocurre un evento adverso, el as-

pecto más relevante no es saber quién se equivocó, sino cómo y por qué falló la “defensa del sistema”.^{14,15}

Cada parte del queso representa un tipo de barrera, por ejemplo: la formación, medios técnicos, supervisión, ayudas a la prescripción, alertas, entre otras; cada una de esas partes o barreras, puede representar un fallo, pero solo cuando se alinean los fallos en las diferentes barreras el riesgo se transforma en daño. Por eso, la seguridad del paciente debe ser analizada con una perspectiva global y en conjunto con los factores y barreras que operan simultáneamente en la organización, con la finalidad de detectar los fallos que hacen posible el daño real o potencial.¹⁴

El modelo orientado a la persona que incurre en un error se ha demostrado radicalmente ineficaz por varias razones: conduce a una cultura de la ocultación y dificulta la implantación de un sistema de notificación de incidentes, que es una circunstancia absolutamente necesaria para la mejora de la seguridad del paciente; por lo tanto, en caso de fallo, debe analizarse lo ocurrido, buscar todos los elementos que han contribuido a que ocurra e implementar barreras que dificulten o impidan que vuelva a ocurrir un determinado incidente.¹⁶

El Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS)¹⁷ puso a nuestra disposición una estimación sobre el problema de seguridad del paciente o daños producidos como consecuencia de los cuidados hospitalarios en algunos hospitales de Latinoamérica; la prevalencia de pacientes con EA fue del 10.5%; la prevalencia en el país 1 fue la más alta (13.1%), debido posiblemente a una mayor edad mediana, un menor porcentaje de mujeres en la muestra y un menor número de pacientes en obstetricia, factores que compensan su elevada proporción de pacientes en pediatría. El país 2 tuvo la prevalencia más baja (7.7%), po-

siblemente debido a una menor edad mediana, una menor complejidad de los hospitales y un elevado porcentaje de pacientes en pediatría, aspectos que deben compensar su elevada proporción de pacientes quirúrgicos.

En el presente estudio los pacientes que se encuentran hospitalizados no perciben seguridad durante su estancia hospitalaria.

Conclusiones

La seguridad del paciente es un entramado complejo y multifactorial que ocupa a las instituciones de servicios de salud y en la misma medida a los pacientes y a sus familias.

La institución de servicios de salud debe garantizar que los profesionales que prestan los servicios son competentes para ello y lo mismo debe procurar en la estructura física y los equipos adecuados y seguros.

Se debe promover entre los profesionales de la salud la cultura de la comunicación y de brindarle información completa y oportuna al paciente (y su familia) sobre la terapéutica durante la hospitalización; también se debe alentar la participación activa del paciente (si se encuentra en condiciones) o del cuidador primario.

Medir el grado de seguridad percibido durante la hospitalización dio lugar a una estimación de la percepción de seguridad; sin embargo, resulta insuficiente tan solo para generalizar al resto del hospital. Al respecto, no se incluyó a los pacientes muy graves, aunque son los más expuestos a sufrir un evento adverso, porque no pudieron contestar el instrumento autoadministrado, por lo cual en futuros abordajes se deberá considerar la forma más objetiva de recuperar esa información.

Referencias

1. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Estrategia para la seguridad del paciente, Andalucía, España: Consejería de Salud; 2007. p.7.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Investigación en Seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. Ginebra, Suiza: OMS; 2008. Disponible en http://who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf
3. Rodríguez-Suárez J, Lamy P, Fajardo-Dolci G, Santacruz-Varela J, Hernández-Torres F. Incidentes de seguridad del paciente notificados por 22 hospitales mexicanos, mediante el sistema SIRAI. Revista CONAMED. 2012;17(2):52-8. Disponible en <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/300/552>
4. Hernández-Meca ME, Ochando-García A, Rayuela-García C, Lorenzo-Martínez S, Paniagua F. Seguridad clínica percibida por los pacientes en diálisis peritoneal. Rev Soc Esp Enferm Nefrol. 2008 Sep;11(3):190-5. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752008000300006&lng=es [Consultado el 5 de julio de 2017].
5. Navarro M, Salas M. Informe del Sistema de Vigilancia de eventos centinela y Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social. Disponible en 2014.
6. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (España). Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios: diseño y validación preliminar. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
7. Bañeres J, Cavero E, López L, Orrego C, Suñol R. Sistema de registros y notificación de eventos adversos 2010. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, España. Disponible en https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp3.pdf [Consultado el 2 de agosto de 2013].

8. Reason JT, The human factor in Medical Accidents En: Vincent CA, editor. Medical accidents. Harvard: Oxford Medical Publications Hart; 1993.
 9. Hernandez M, Ochando A, Royuela C, Lorenzo E, Paniagua F. Seguridad clínica percibida por los pacientes de diálisis peritoneal. *Enfermería Nefrológica* 2008; 11(3):190 -195.
 10. Mira J, Aranaz J, Ziadi S, Vitaller J, Lorenzo S, Rebas P y et al. Percepción de seguridad clínica tras el alta hospitalaria, *Medicina Clínica*, 2008; 131(3): 26-32.
 11. Mira J.J, Vitaller J, Lorenzo S, Royuela C, Pérez J, Aranaz J. Pacientes como informadores de eventos adversos. Resultados en diabetes y enfermedad renal. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* [internet] 2012, [citado marzo 2014], Vol. 35, no. 1, enero-abril. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272012000100003>.
 12. Greenberg L, Battles JB, Haskell H. Aprendiendo del paciente para mejorar los sistemas de informes de eventos de seguridad. *Cirugía y cirujanos* 2010, 78:463-468.
 13. Barnes J, Connor M, Crowley C, Delbanco T, Federico F, Freedman A. When Things go wrong: responding to adverse events. A Consensus Statement of the Harvard Hospitals [internet], marzo (2006). [citado 10 de Agosto de 2013], disponible en: www.macoalition.org/documents/respondingToAdverseEvents.pdf
 14. Reason J. Human error: models and management. [internet] *BMJ*. 2000; 320 (7237):768-770. [Citado el 2de marzo2014]. Disponible en: doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
 15. Martínez-Unkauf A. Gestión sistémica del error: el enfoque del queso suizo en las auditorías. Laboratorio Tecnológico del Uruguay, 2013. Disponible en: ojs.latu.org.uy/index.php/INNOTEC-Gestion/article/download/164/pdf
 16. Palacio F, La seguridad del paciente: Un problema importante y actual. *AMF*, 2011, 7 (9):496-503.
 17. Ministerio de Sanidad y Política Social de España. Estudio IBEAS, Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica, informes, estudios e investigación. 2010. P. 117-22.
-
- Cómo citar este artículo:**
 Martínez-Morales F, Alvarado-Gallegos E. Grado de seguridad clínica percibida por pacientes adultos hospitalizados en un servicio de medicina interna. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2017;25(4):285-92.