

3º Jornadas Nacionales Interna Pediátrica  
1º Jornadas de Kinesiología en Medicina Interna Pediátrica  
1º Jornadas de Farmacia Pediátrica Hospitalaria  
**2º Jornadas Nacionales de Enfermería en Medicina Interna Pediátrica**



8 al 11 de Agosto de 2012

Sede: Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica Dr. Carlos A. Gianantonio –  
Salguero 1244– Ciudad de Buenos Aires

*Mesa Redonda*

*Miércoles 8 de agosto*

Horario: 11:30 a 12:30

## ***La seguridad del paciente ¿y la nuestra?***

Coordina: Lic. Celadilla Guillermo

Panelistas

¿Qué es la seguridad del paciente? –*Lic. Fernanda Suarez*

Estrategias de Seguridad, cómo se cuida a los que cuidan - *Lic. Lelia Lafuente*



## ***La Seguridad del Paciente***

FERNANDA SUAREZ  
Swiss Medical Group  
Lic. en Enfermería/Abog.  
Sup. de Riesgo y Seguridad del Paciente

## Una frase para la reflexión:

**“Hay algunos pacientes que no podemos ayudar, pero no hay ninguno que no podamos dañar”.**



**A. Bloomfield (1888-1962)**

# Discapacidad y daño producida por la atención insegura



- La OMS estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas inseguras.



- Casi uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados.



- El coste anual generado por las **inyecciones administradas sin precauciones de seguridad** se estima en US\$ 535 millones en gastos médicos directos.

## ***Primero no cause daño***

***“Puede resultar sorprendente que lo primero que haya que pedirle a un hospital es que no cause ningún daño”***



*Florence Nightingale Notes on hospitals, 1863*



# Ha pasado el tiempo...



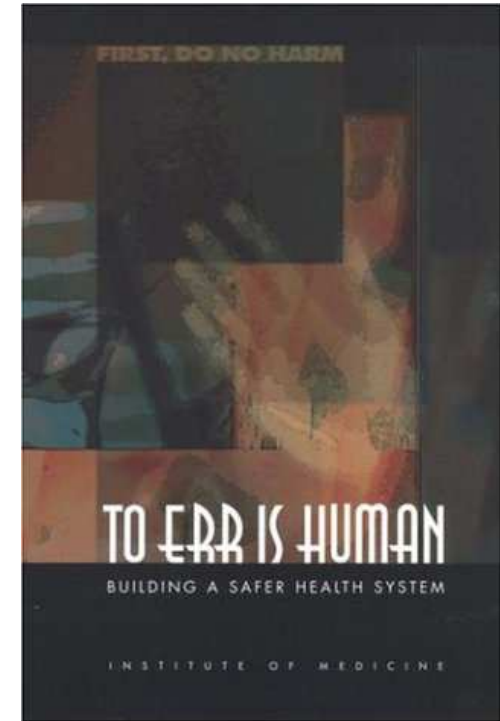
**Primero  
no hacer  
daño**

\*Hipócrates, 460 A. C.

Es el **principio** fundamental de atención sanitaria y un componente crítico de la gestión de calidad.

Las intervenciones en atención de salud se realizan para beneficiar a los pacientes pero **también pueden causar daño.**

**Informe del Institute of Medicine de EEUU  
(IOM) “To err is  
human: Building a Safer Health System”  
en 1999**



- ✓ Toma como base dos grandes estudios epidemiológicos:
- ✓ Estudio de práctica médica de Harvard.1984
- ✓ Estudio de Colorado/Utah.1992
- ❑ Define que se producen en EEUU entre **44.000** ~~98.000~~ muertes hospitalarias por año asociadas a errores médicos.
- ❑ El estudio californiano introduce el concepto de “acontecimientos potencialmente indemnizables”

# Algunos datos ...

## Estudio de Harvard

- Retrospectivo sobre 30.121 ingresos.
- Eventos adversos: **3.7%** de las hospitalizaciones
- Acontecimiento adverso por negligencia (sub-atención): **1%**
- Muerte o discapacidad permanente asociada al error: **0.6%**

## Estudio de Colorado/Utah

- Retrospectivo sobre 15.000 ingresos.
- **2.9%** eventos adversos (lesión causada por el tratamiento médico)
- **30%** del total fueron por negligencia.
- Muerte: **0.2%**



# Estudios de eventos adversos

	Autor y año	Nº hospitales	Nº pacientes	Incidencia	% evitables
EE.UU Estudio Harvard	Brennan 1984	51	30.195	3,8	27,6
EE.UU Estudio UTCOS	Thomas 1992	28	14.565	2,9	27,4 -32,6
AUSTRALIA Estudio QAHCS	Wilson 1992	28	14.179	16,6	51,2
REINO UNIDO	Vincent 1999	2	1.014	11,7	48,0
DINAMARCA	Schioler 2002	17	1.097	9	40,4
NUEVA ZELANDA	Davis 1998	13	6.579	11,3	37
CANADÁ	Baker 2002	20	3.720	7,5	36,9
ESPAÑA	Aranaz 2005	24	5.624	9,3	42,6

Aranaz JM<sup>a</sup>, Aibar C, Gea MT, León MT. Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. Med Clín (Barc), 2004; 123(1): 21-5 (modificado por Aibar et al)

# Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente



- **Resolución de la 55 AMS.** Lanza la primera iniciativa de los Países Miembros sobre Seguridad del Paciente y se solicita apoyo técnico de la OMS.

2002

2004.

- **Resolución de la 57 AMS.** Propone crear la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.

- **Lanzamiento de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente (AMSP/OMS)**

Washington DC,  
octubre 2004

# Prevalencia de Eventos

## Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica

- 5 países
- 58 centros
- 11.555  
pacientes
- Prevalencia  
global:19,8%
- **60% evitables**

"IBEAS es un proyecto dirigido por el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y la Organización Mundial de la Salud en colaboración con los Ministerios de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú y gestionado por la Organización Panamericana de la Salud".



# Resultados de IBEAS

## **En el estado físico del paciente:**

De cada 100 pacientes que sufrieron incidentes dañinos,

- 7 murieron (2 como consecuencia directa del incidente y 5 por la suma del incidente con otras condiciones)
- 17 quedaron con una incapacidad total
- 12 con una incapacidad severa y
- 64 con incapacidades leves o sin incapacidad

## **En los días extra en el hospital:**

De cada 100 incidentes dañinos,

- 63 alargaron la estancia en el hospital, 18 dieron lugar a un reingreso y sólo 19 no tuvieron efectos sobre los días de estancia en el hospital



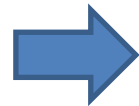


# ¿Cuánto le cuesta al Sistema de Salud la No Calidad?

“Los eventos adversos se cobran un alto tributo en concepto de pérdidas financieras” OMS

- ✓ **Costos Directos:** prolongación de la internación, estudio y tratamientos de las complicaciones.
- ✓ **Costos Indirectos:** pérdida de imagen e insatisfacción del usuario, reclamos judiciales y extrajudiciales, sobreutilización de los recursos, medicina defensiva

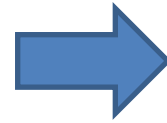
# Seguridad del Paciente



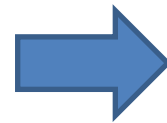
Según la AHRQ Agencia para la calidad y la investigación de la Salud:

“Es el conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos”

# Seguridad del Paciente



Reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de los óptimos resultados para el paciente.




Se aplica a iniciativas para prevenir efectos negativos derivados de errores humanos y de fallas del sistema asistencial



# Ética personal del profesional y seguridad del paciente

El profesional debe saber que está éticamente obligado a proteger a su paciente del daño mediante el cuidado esmerado de la calidad de su práctica profesional. Esto significa hacerse responsable de adquirir y mantener altos estándares de calidad científico-técnica.



# Seguridad del Paciente a nivel Internacional

- ✓ Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes (**OMS/OPS**). 2004
- ✓ Comité Europeo de Sanidad. Declaración de Luxemburgo. **Unión Europea.**
- ✓ AHRQ. Agencia para la investigación de los cuidados de la salud y calidad. **EE.UU.**
- ✓ JOINT COMMISSION o JCAHCO. Comisión conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Salud. **EE.UU.**
- ✓ Institute for Healthcare Improvement. **EE.UU.**
- ✓ Institute of Medicine. **EE.UU.**
- ✓ National Quality Forum. **EE.UU.**
- ✓ Canadian Patient Safety Agency. **Canadá.**
- ✓ National Patient Safety Agency. **Reino Unido.**
- ✓ Patient Safety International. **Australia.**
- ✓ Ministerio de Sanidad y Consumo. **España.**
- ✓ Fundación Avedis Donabedian. **España.**



# Seguridad del Paciente en Argentina

## Comités

Academia Nacional de  
Medicina de Buenos Aires

- ✓ Hospital Italiano
- ✓ Hospital Austral
- ✓ Hospital Argerich
- ✓ Hospital Británico
- ✓ Fundaleu
- ✓ Clínica del Sol
- ✓ Hospital Garrahan
- ✓ Hospital Alemán
- ✓ Hospital Posadas
- ✓ Cemic
- ✓ Sanatorio Otamendi
- ✓ Swiss Medical
- ✓ ...

# Evento Adverso: Definición

Es el incidente que causa daño efectivo. Injuria o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente, que produce:

- prolongación de la estadía durante la internación
- necesidad de reinternación
- secuela transitoria o definitiva o muerte



**Institute of Medicine 1999**

# Eventos Adversos: Indicadores de Calidad

Relacionados con el cuidado de enfermería :

- ✓ Infección nosocomial
- ✓ Errores de medicación
- ✓ Caídas
- ✓ Úlceras por presión
- ✓ Errores en identificación e inadecuada interpretación de signos y síntomas.
- ✓ Quemaduras

Cada EA deberá ser evaluado en un contexto de tiempo, modo y lugar.

# Existen dos aproximaciones que se contraponen para el análisis del error humano

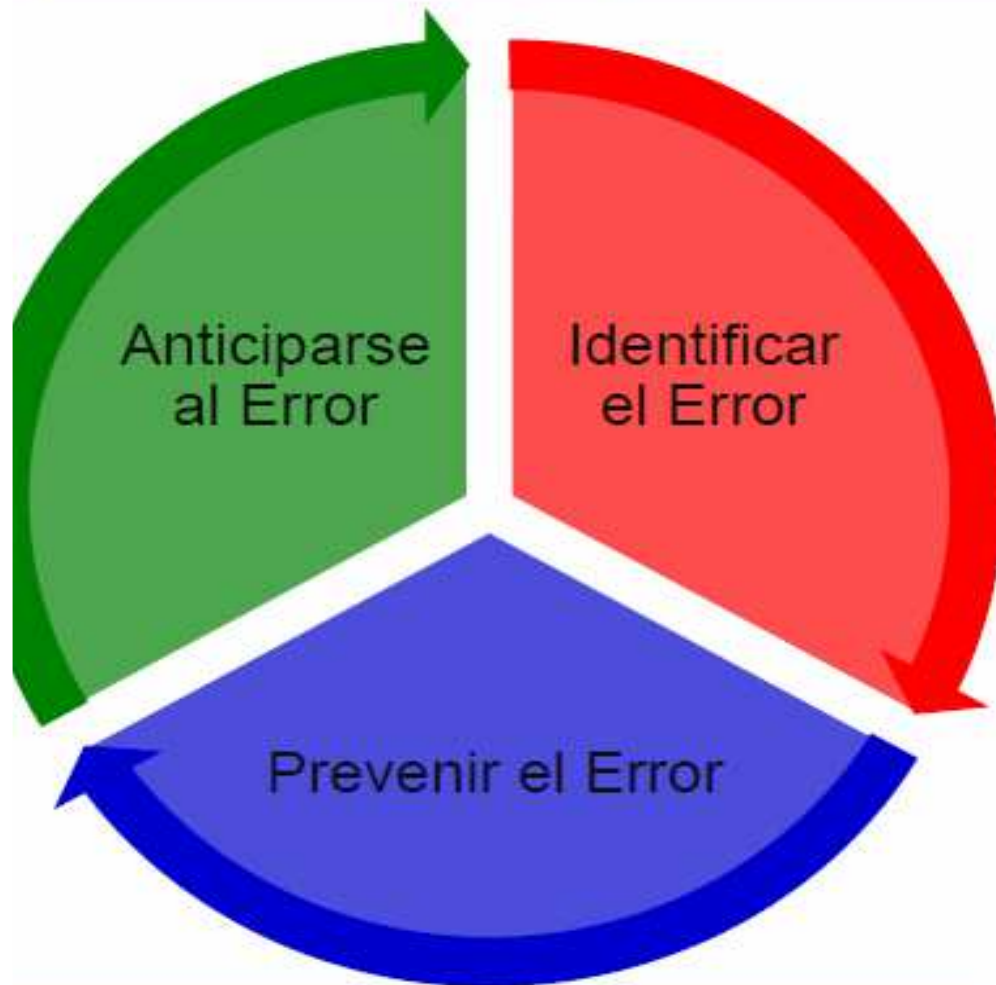
## Centrada en la persona

- Filosofía predominante
- El individuo es capaz de elegir entre actos seguros e inseguros
- Traslada la responsabilidad institucional al individuo
- Favorece el ocultamiento

## Centrada en el sistema

- Todas las personas comenten errores
- Los errores son consecuencias, y sus causas deben ser buscadas en el sistema y corregidas
- Se debe intentar modificar las condiciones para evitar los errores o mitigar sus consecuencias (defensas del sistema)

# Pensamiento sistémico para la Seguridad del paciente



*“Antes de que causen daño”*



© Can Stock Photo - csp2879144



# ¿Qué es una cultura de la Seguridad?

- **Conciencia** de que las cosas pueden ir mal
- **Capaz** de reconocer errores
- **Aprender** de ellos
- **Actuar** para mejorar las cosas
- **ABIERTA E IMPARCIAL** (Justa) para **COMPARTIR** información abiertamente y para tratar al profesional en eventos adversos.
- **Basada en un enfoque al SISTEMA**: las cosas no están sólo ligadas al individuo, sino también al sistema en el que trabaja.
- Abordar qué fue mal en el **SISTEMA** ayuda a **APRENDER** lecciones y **PREVENIR** su recurrencia.
- Está **PRESENTE** cuando: atiende a paciente + fija objetivos + desempeña procedimientos / procesos + compra productos + rediseña...

**Seguridad del paciente debe ser parte de la Estrategia, Misión, Visión, Objetivos, Indicadores, Proyectos y forma de trabajar**

# ¿Cómo mejorar la Seguridad del Paciente?

Cada sistema está perfectamente diseñado para conseguir los resultados que alcanza

Entender los principios del diseño seguro:  
Estandarizar, listas de verificación y aprender de los errores

Reconocer que estos principios conciernen tanto al trabajo técnico como al trabajo en equipo

Los equipos toman buenas decisiones cuando hay aportaciones diversas e independientes

## **A tener en cuenta:**

- ✓ Es un deber ético de las enfermeras alertar a las instancias pertinentes acerca de las situaciones de estructura, proceso o resultado que vulneren la seguridad de los pacientes.
- ✓ La prevención del daño depende de evitar el error y evitarlos representa haber aprendido de los ya cometidos y desarrollar métodos que reduzcan las probabilidades de recurrir.
- ✓ La máxima seguridad del paciente se consigue por un conocimiento adecuado de los riesgos, la prevención y protección de aquellos que hay que asumir de forma inevitable.

## Meta

- **Hacer de la práctica de enfermería una actividad lo más segura posible, actuando con la mayor responsabilidad profesional**
- **Ello redundará en beneficios para nosotros mismos y las instituciones para las cuales trabajamos**

---

***La Seguridad del Paciente es un proceso, y solo podemos construirlo trabajando en equipo***



**Muchas Gracias!!!**

---