

7° Congreso Argentino de Emergencias y Cuidados Críticos en Pediatría



San Miguel de Tucumán (RA)

11-13 de Septiembre 2014



**Mesa Redonda: Gestión en un Área Crítica en la
Argentina del Siglo XXI**

Viernes 12 de Septiembre 16:15 hs

**Gestión de la Seguridad del Paciente
en Emergencias y UTIP**

Dr. Edgardo A. Rodríguez

Hospital de Pediatría SAMIC “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”

edgardoalerodriguez@gmail.com

Calidad

"Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado"

International Organization for Standardization (ISO)

Seguridad de los Hospitales

- **Condiciones edilicias: Derrumbes** (Htal. Penna, CABA 10/4/2014)
- **Violencia** (Htal. de la Vega, Moreno 16/4/2012)
- **Homicidios** (Uruguay, 2012)
- **Rapto de Bebes** (Htal. Rawson, San Juan 5/6/2014)
- **Incendios** (Htal. Álvarez, CABA 10/1/2012)
- **Electrocuciones** (Htal. Tornú, CABA 30/7/2014)
- **Monóxido de carbono** (Htal. Gutierrez 23/9/2013)
- **Eventos adversos generados durante la asistencia del paciente.**

PENSAMIENTO TRADICIONAL

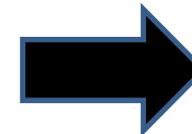
ERROR=INCOMPETENCIA



SANCIÓN

INTERPRETACIÓN ACTUAL

ERROR=FALLA DEL SISTEMA



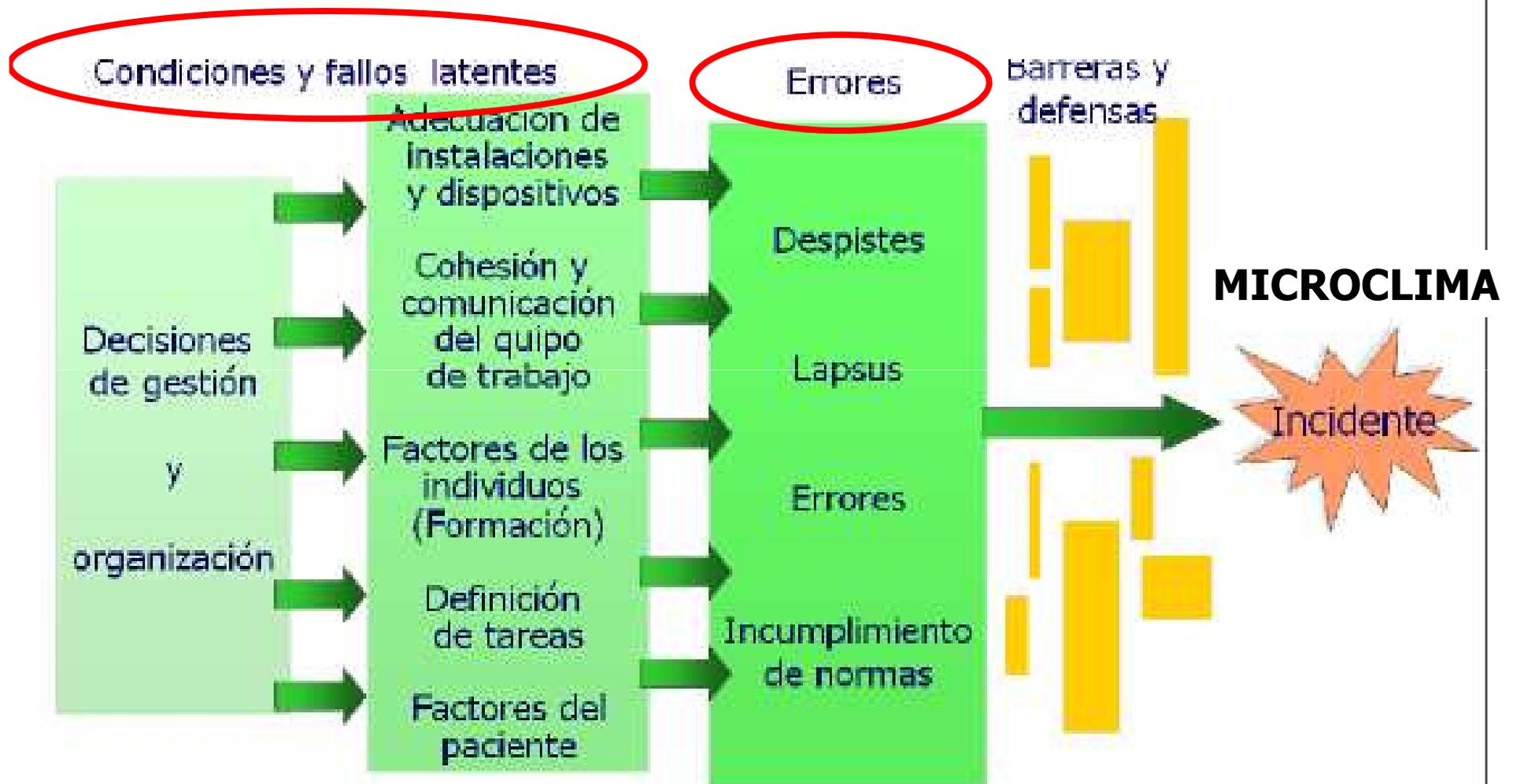
CAUSAS

"El conocimiento descansa no solo sobre la verdad, sino también sobre el error."

Carl Jung

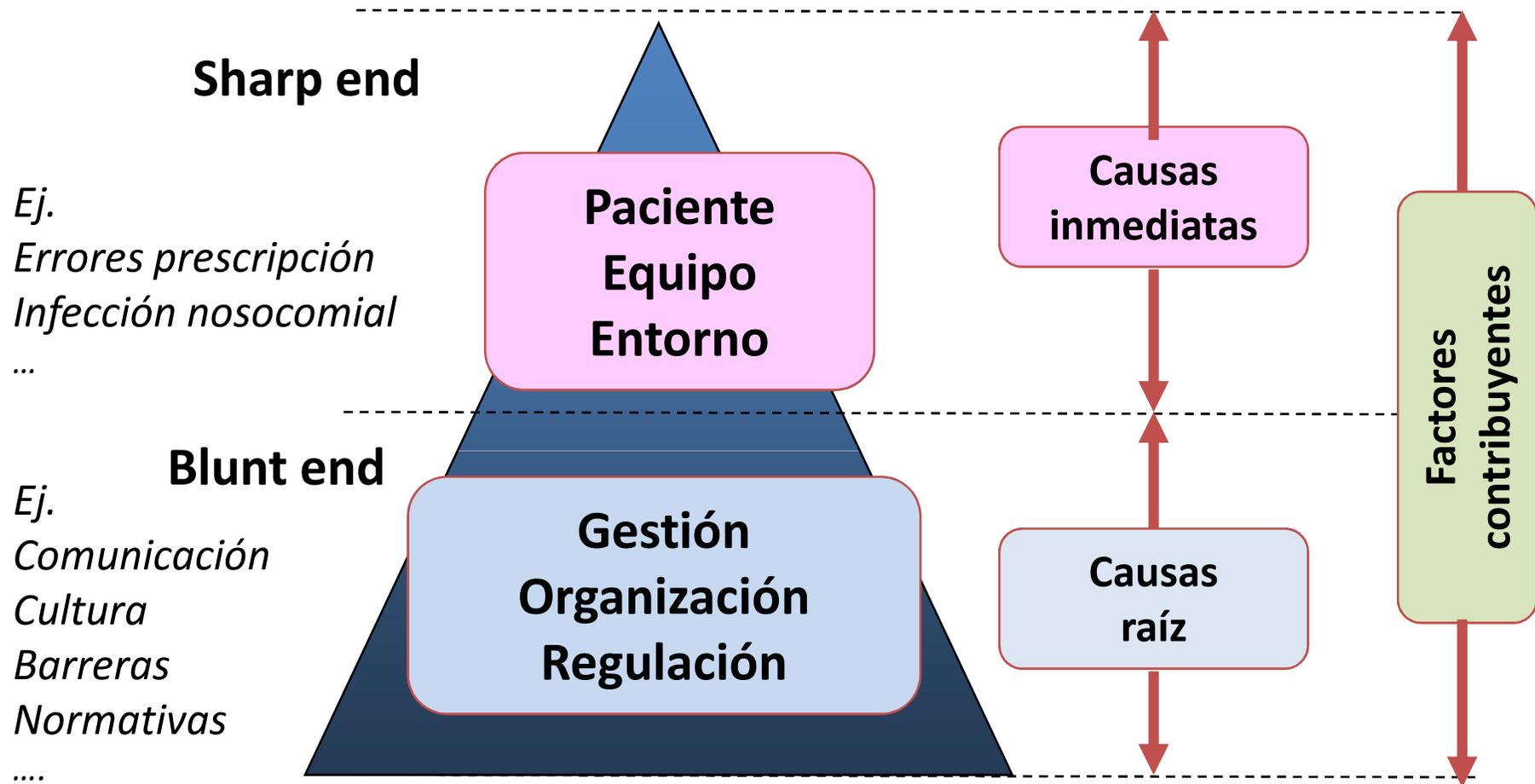


ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS PROSPECTIVO-RETROSPECTIVO



Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine BMJ 1998;316:1156 (modif.)

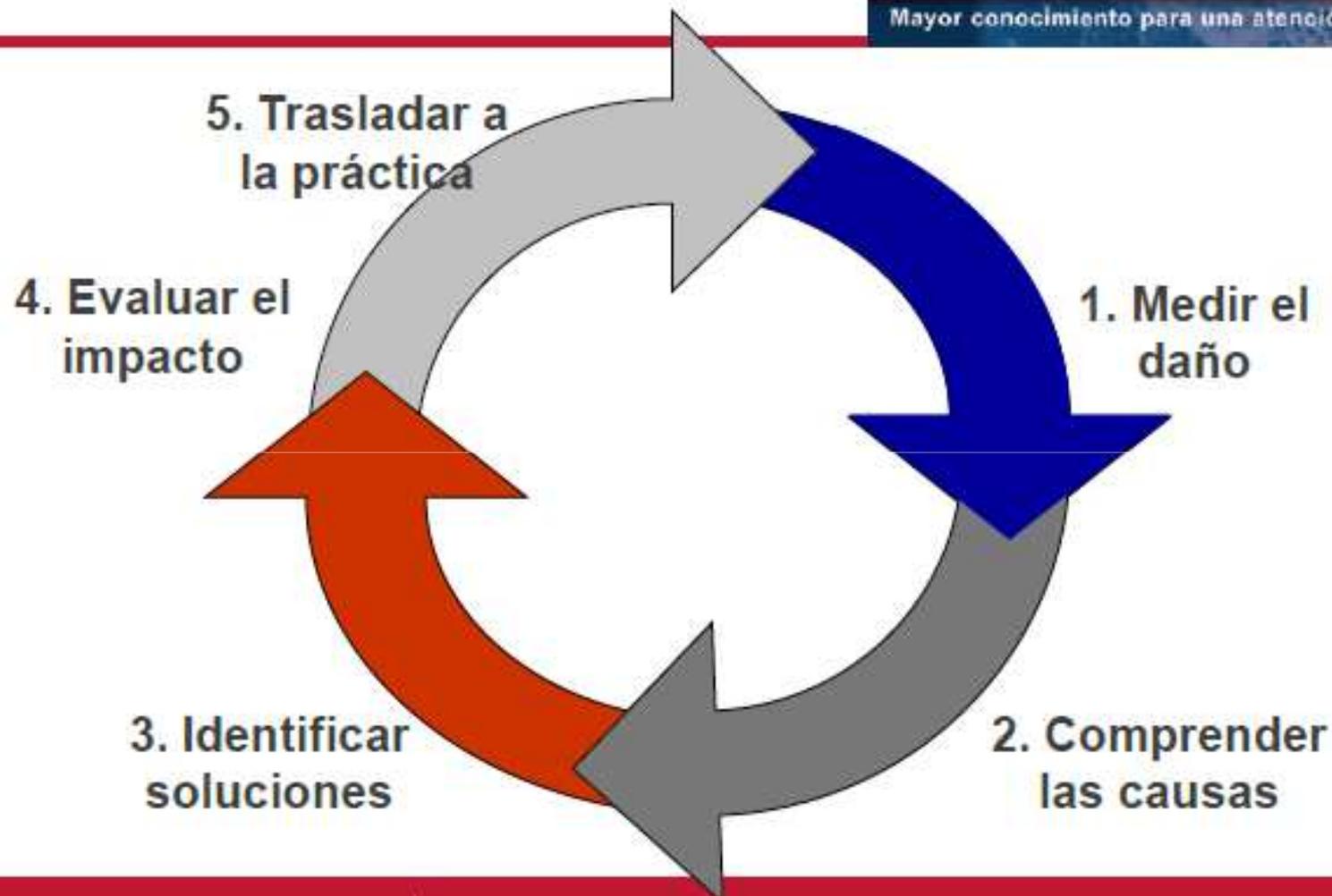
ACR: causas profundas e inmediatas



- Qué Ocurrió?
- Como Sucedió?

- Por qué Pasó?
- Se puede evitar la Reiteración?

El ciclo de investigación en Seguridad del Paciente



Organización
Mundial de la Salud

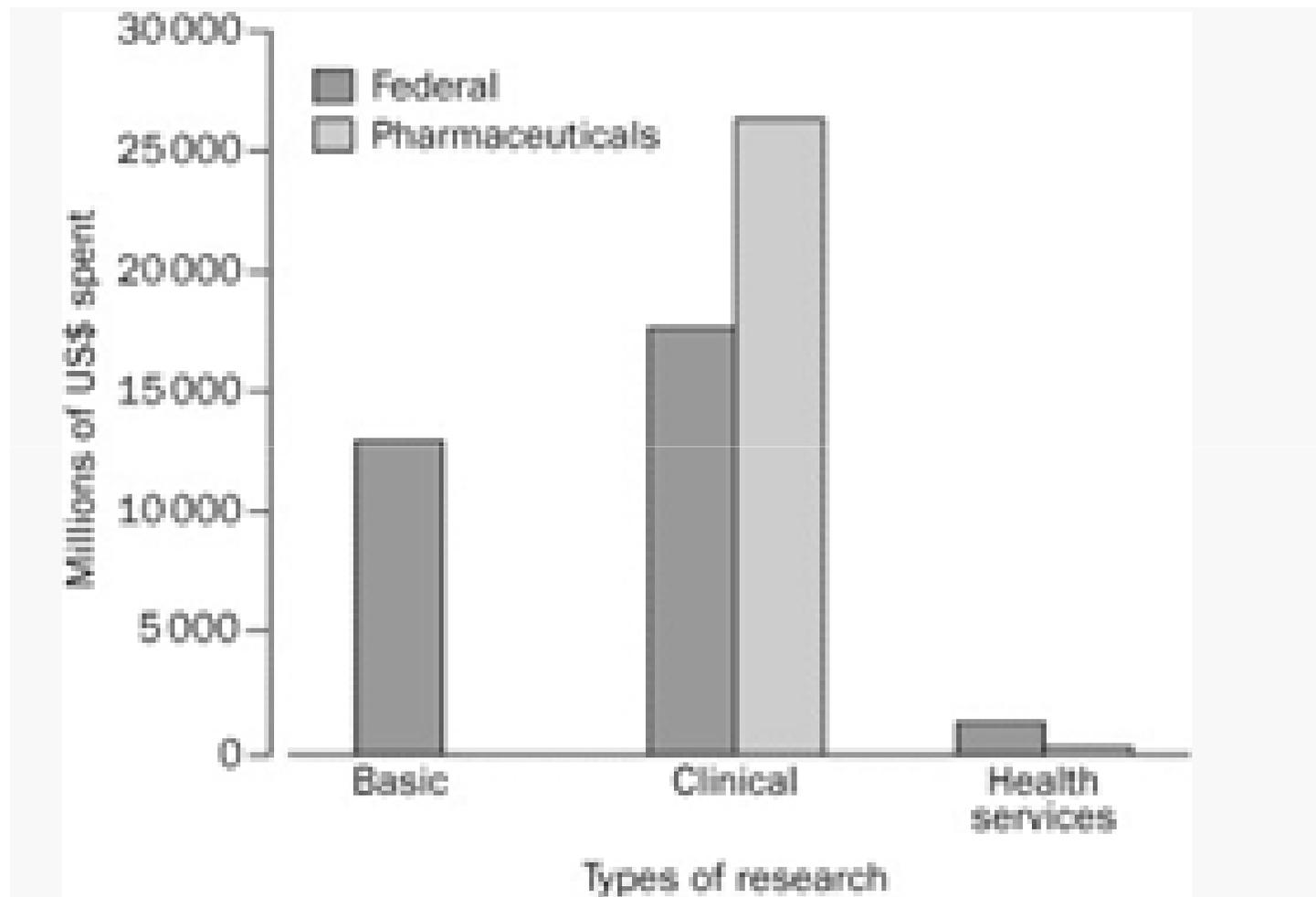
Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

Dificultad para resolución de Problemas

Quien lo resuelve?	Como se resuelve?		
	Recurso	Método	Cambio de Conducta
Uno mismo	1	1	3
Uno mismo +Otros	2	2	4
Otros	3	3	4

FONDOS ANUALES PARA INVESTIGACIÓN EN SALUD (EE UU)



How can clinicians measure safety and quality in acute care?
Pronovost et Al. Lancet 2004;363:1061-67

Barreras para la construcción de un Sistema Ultra Seguro

Regulación de la actividad en base al Riesgo

Autonomía de los Actores → Jugador de Equipo

Conducta Artesanal → Ultra estandarización

Conductas proteccionistas

A mayor Complejidad, mayor es la propensión al caos

Los Sistemas Abiertos tienen eventos impredecibles

Cultura de la Seguridad



Cultura de una Organización: La forma en que los miembros piensan y enfrentan su tarea.

Resultados Encuesta Cultura de la Seguridad del Paciente (AHRQ)

- Tasa de respuesta global: 62,11% (n=282)
- El 52,70% considera que en su Unidad existen problemas relacionados con la "seguridad del paciente"
- El 86,46% reconoce no haber denunciado ningún EA en los últimos 12 meses.
- Calificación del "Clima de Seguridad": media de 6,86 (escala de 1 a 10).
- Fortalezas: Ninguno de los Ítems o Dimensiones evaluadas alcanzó el 75% de respuestas positivas (criterios de la AHRQ)

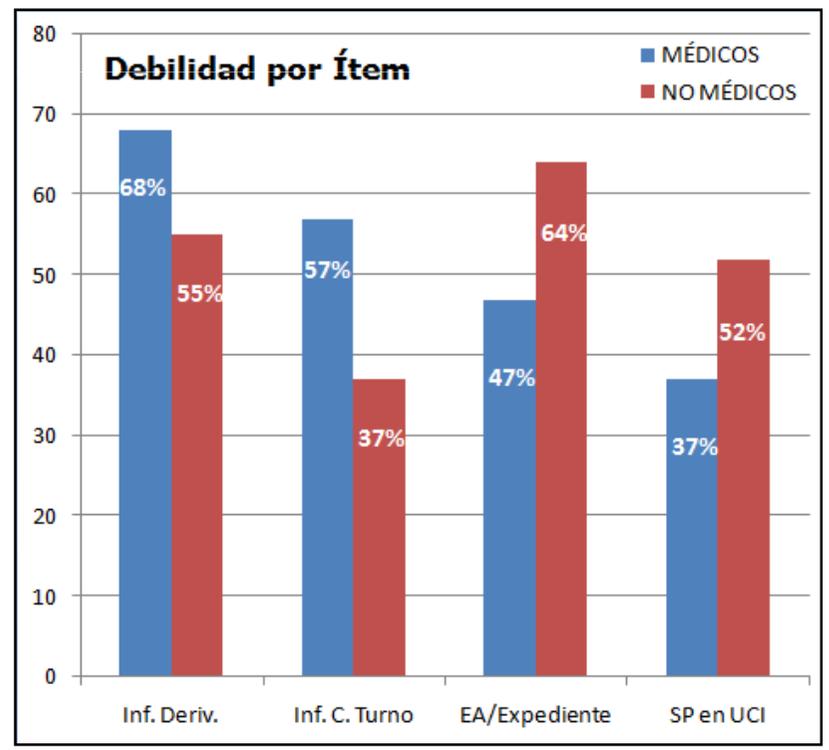
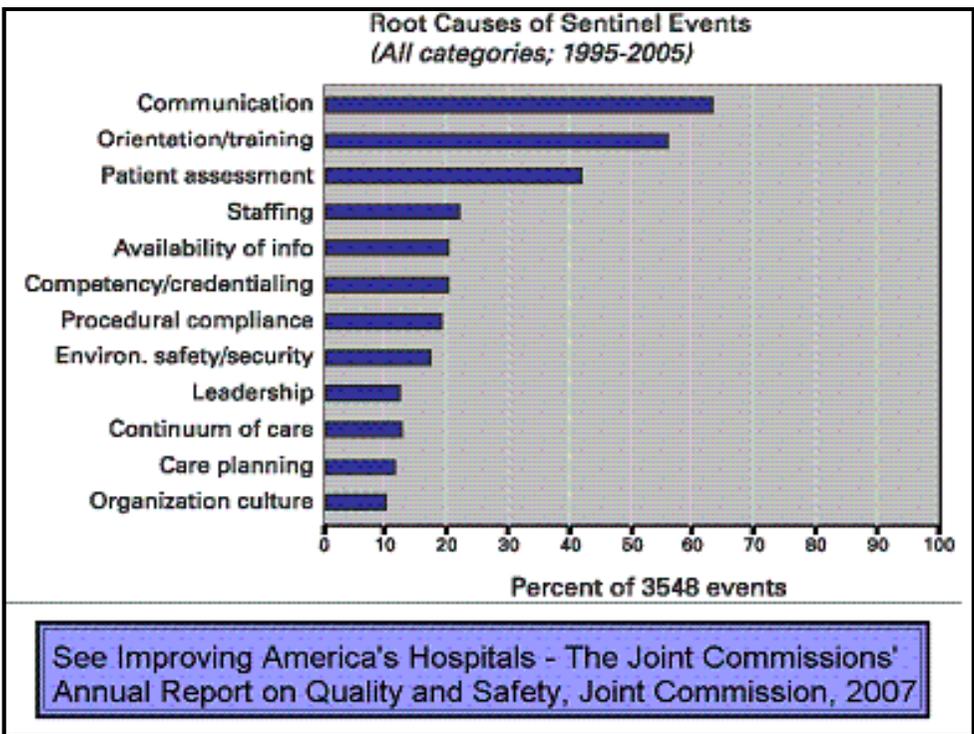
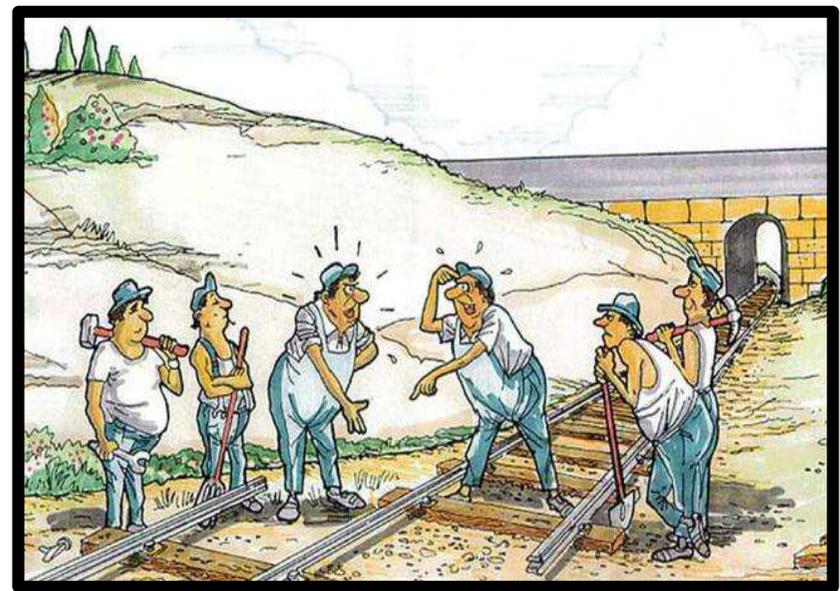
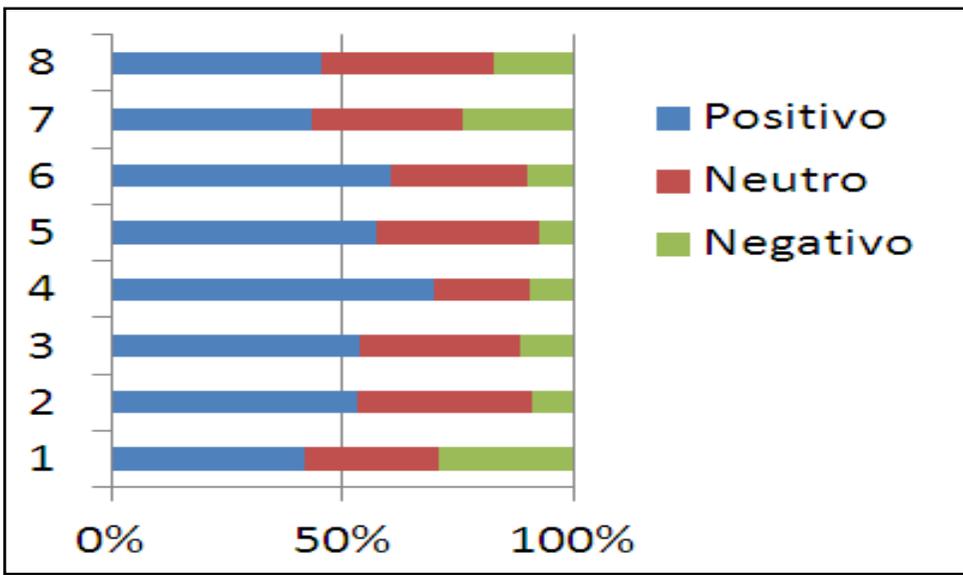
Evaluación de la Cultura de la Seguridad en UCIP

Aspectos Positivos (>60% Respuestas Positivas)

- Trabajo en equipo
- Procedimientos y elementos de trabajo son buenos para evitar errores
- Frente a un fallo, se actúa para evitar que se repita
- Su superior no pasa por alto los problemas de seguridad

Oportunidades de Mejoras (> 50% Respuestas Negativas)

- Recurso humano insuficiente
- Riesgo de fallas por jornadas laborales agotadoras
- Trabajo bajo presión para cumplir con la tarea
- Frente al error, temor a sanciones
- Pérdida de información valiosa en los pases de sala o de Servicio
- Compromiso de la Dirección



S ituation (SITUACIÓN)

Describa la situación inicial



B ackground (INFORMACIÓN)

Información clínica de fondo y antecedentes

A ssessment (EVALUACIÓN)

Cuál es el problema? Evalúe y describa

R ecomendation (RECOMENDACIÓN)

Recomendar o Solicitar instrucciones

Listas de Verificación (Check-List)

KIDS' DEVELOPMENTAL NEEDS (**ATENCIÓN POR EDAD**)

INFECTIONS (**INFECCIONES**: ARM-CATÉTERES)

DEEP-VEIN THROMBOSIS (**PROFILAXIS TROMBOSIS**)

SKIN (**INTEGRIDAD DE LA PIEL**)

SEDATION (**NIVEL DE SEDACIÓN**)

ANALGESIA (**EVALUAR NIVEL DE ANALGESIA**)

FAMILY (**FAMILIA**: COMUNICACIÓN, NECESIDADES)

ENTERAL NEEDS (**ENTERAL**: PROFILAXIS-DIETA-HECES)

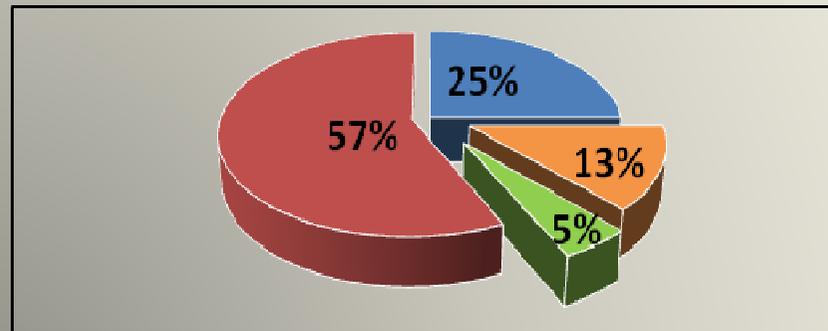
INDICADORES RELEVANTES	Indicador nº	
1. Hipotermia terapéutica en la parada cardiaca (PCR)	9	Cuidados cardiológicos
2. Posición semiincorporada en pacientes con ventilación mecánica invasiva	18	Respiratorio
3. Prevención de la enfermedad tromboembólica	20	Respiratorio
4. Instauración precoz de ventilación (VM) no invasiva, en la agudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	23	Respiratorio
5. Ventilación pulmonar protectora en la lesión pulmonar aguda (LPA) /SDRA	24	Respiratorio
6. Bacteriemia relacionada con catéter venoso central	39	Enfermedades Infecciosas
7. Neumonía asociada a ventilación mecánica	41	Enfermedades Infecciosas
8. Inicio precoz antibioterapia en la sepsis grave	46	Enfermedades Infecciosas
9. Nutrición enteral precoz	53	Metabolismo y nutrición
10. Profilaxis de la hemorragia gastrointestinal en enfermos con ventilación mecánica invasiva	59	Metabolismo y nutrición
11. Sedación adecuada	64	Sedación y analgesia
12. Manejo de la analgesia en el enfermo no sedado	66	Sedación y analgesia
13. Transfusión inadecuada de concentrado de hematies	74	Hemoderivados
14. Donantes reales	80	Trasplantes
15. Cumplimentación del protocolo de lavado de manos	93	Enfermería
16. Información a los familiares de los enfermos en el servicio de medicina intensiva	97	Bioética
17. Limitación del tratamiento de soporte vital	100	Bioética
18. Encuesta de calidad percibida al alta del servicio de medicina intensiva	108	Planificación, organización y gestión
19. Presencia de intensivista en el servicio de medicina intensiva las 24 horas del día	113	Planificación, organización y gestión
20. Registro de eventos adversos	114	Planificación, organización y gestión

Registro de EA en UCIP

Exclusiones:

- IIH
- Error Diagnóstico

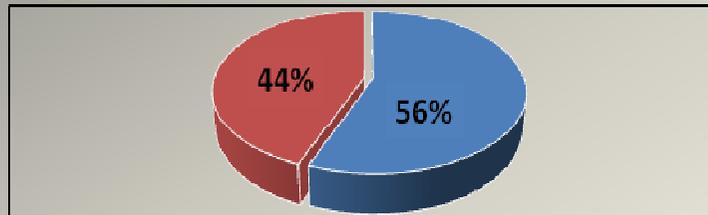
DISTRIBUCION DE EA SEGÚN UCIP DE ORIGEN



■ UCIA ■ UCIB ■ UCIC ■ UCID

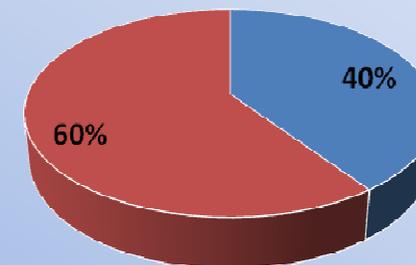
n= 487

TIPO DE EA (N=487)



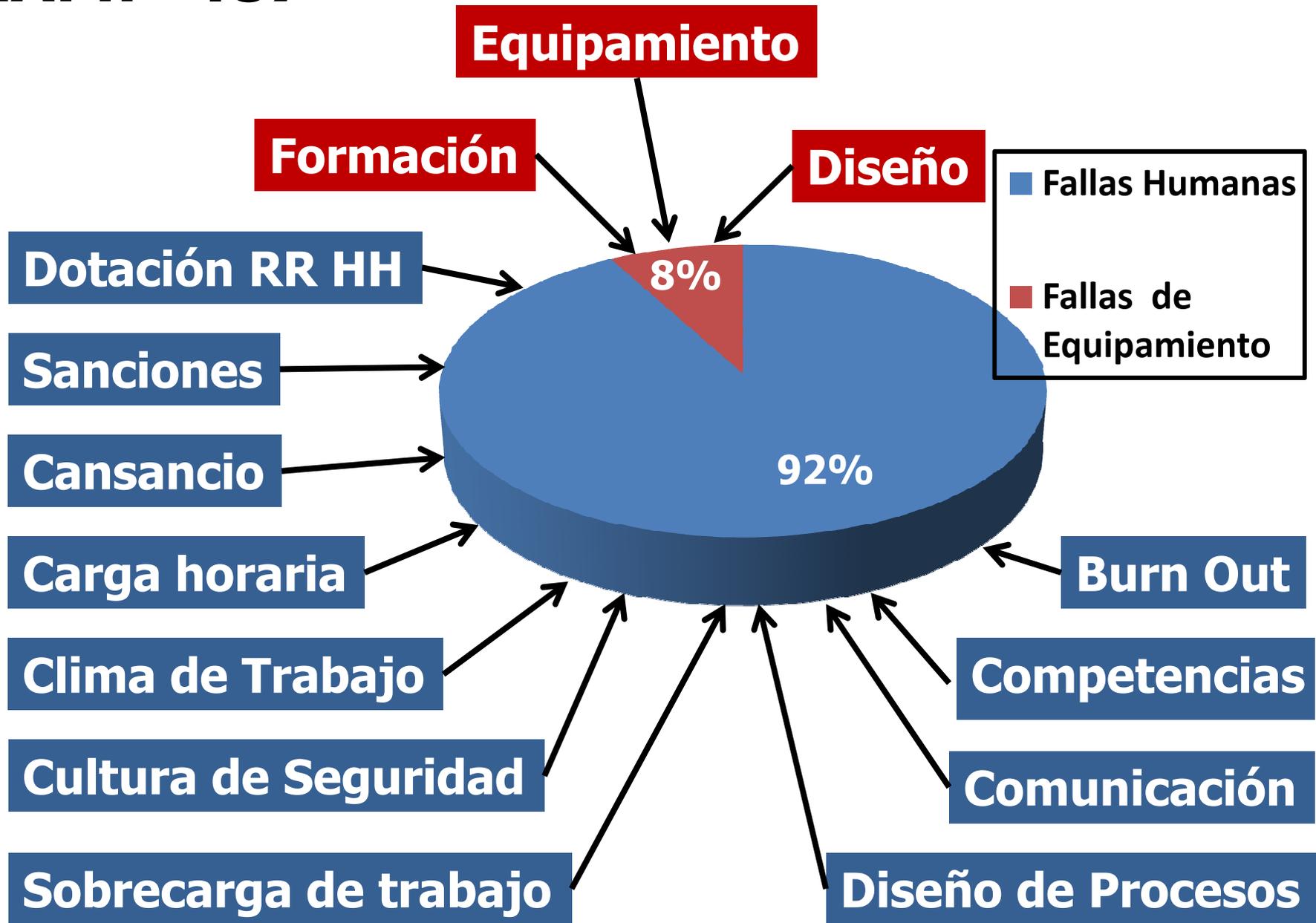
■ GENERALES ■ POR MEDICACION

Tipo de EA (n=112)

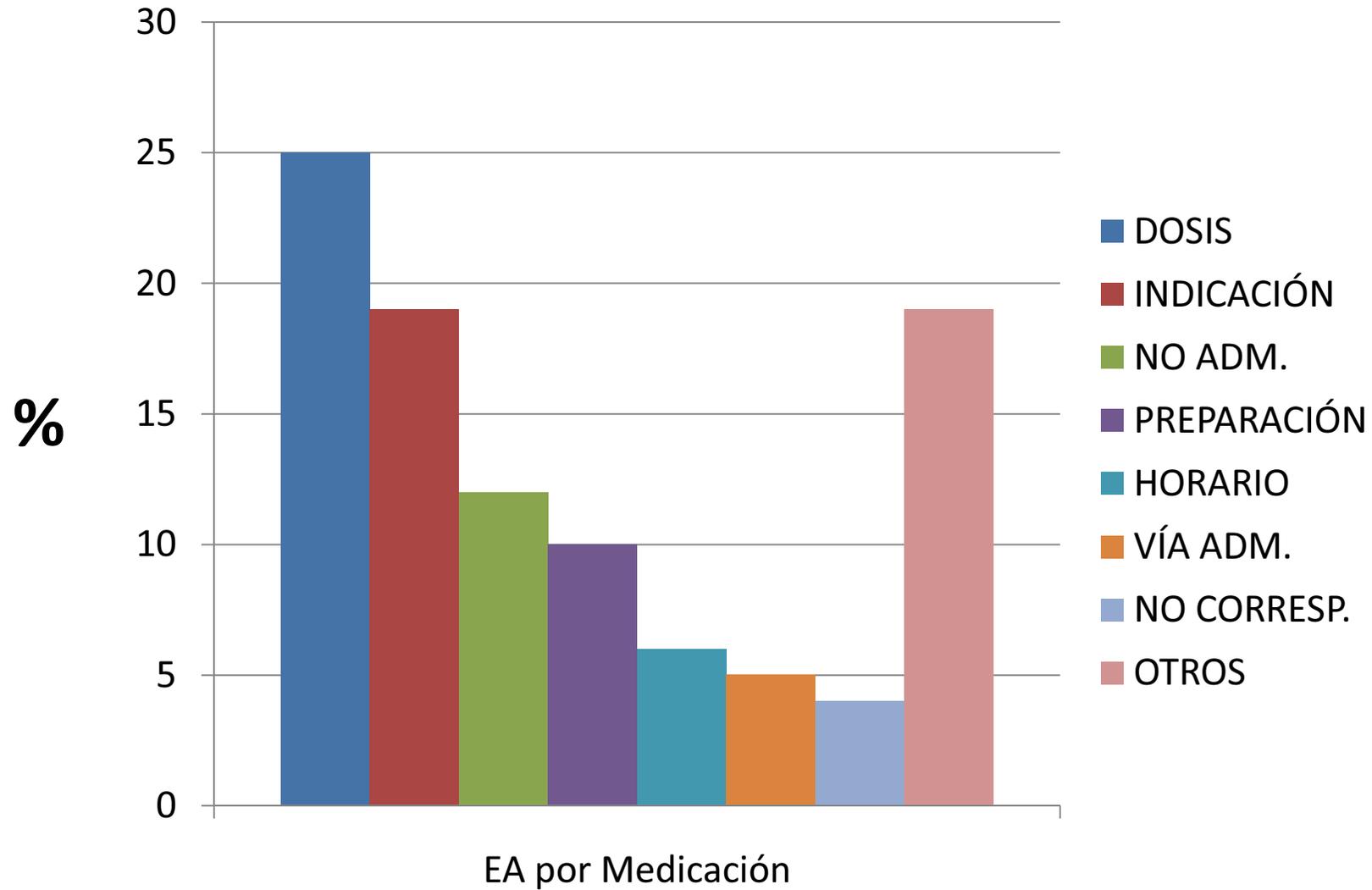


■ EA Generales ■ EA por Medicación

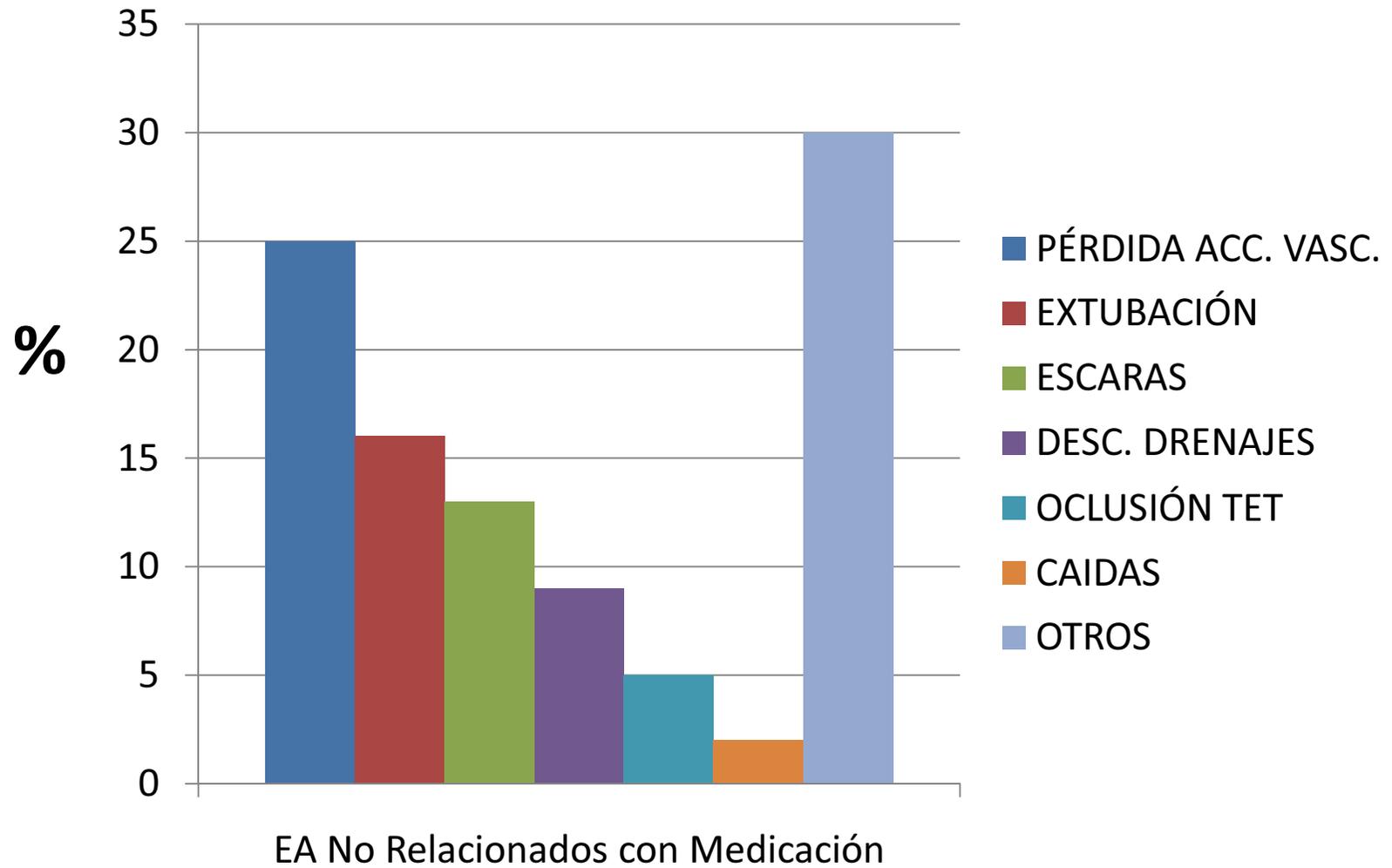
EA: n=487



EA por Medicación (n= 213)

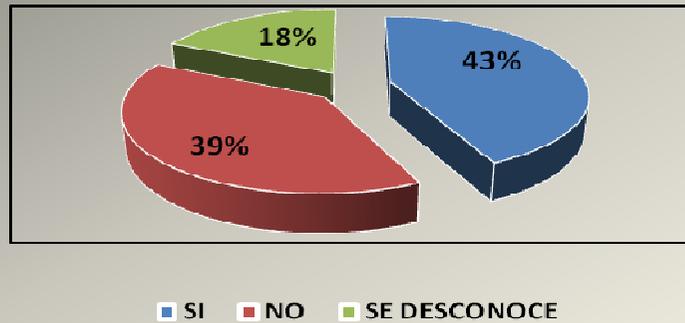


EA Generales (n=264)



Resultados

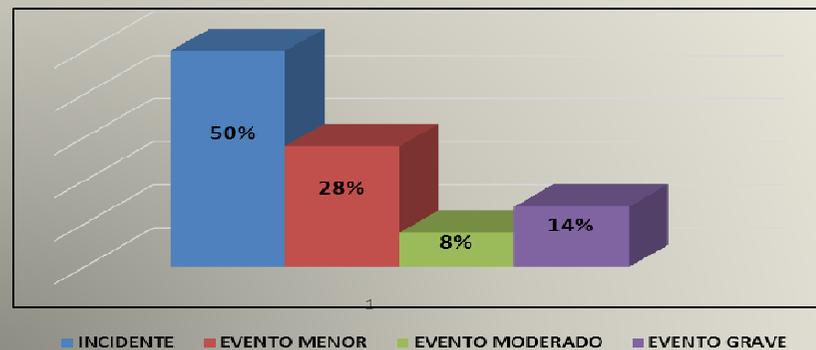
CONSECUENCIAS



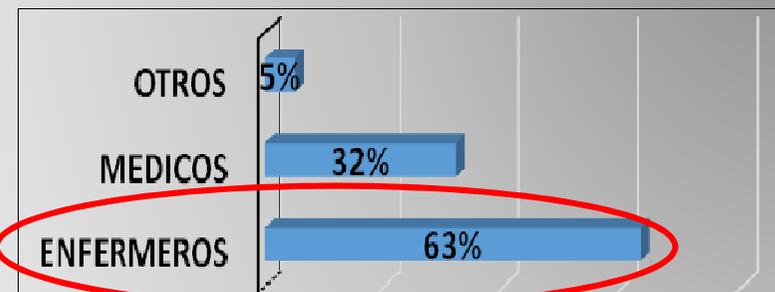
PROLONGACION DE LA ESTADIA EN UCIP (N=487)



TAXONOMIA (N=487)

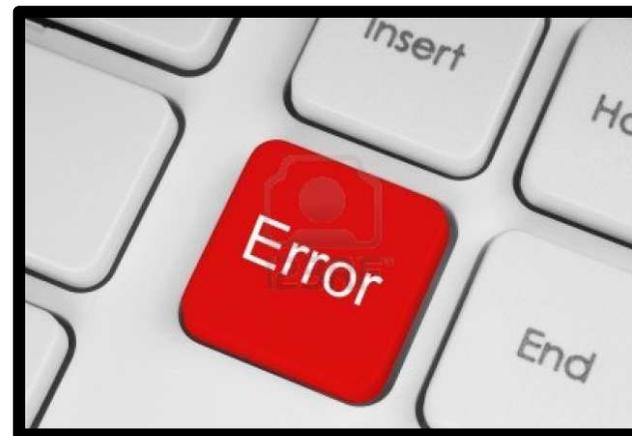


PERSONAL DE SALUD QUE DETECTA EA (N=487)



El 60% de los EA fue Reportado por los médicos

Seguridad del Paciente



- Erradicar el error es **imposible**
- Aceptar un status-quo es **inaceptable**
- Evitar o minimizar el daño es **imprescindible**
- Instalar la Cultura de la Seguridad es **imperativo**

- Es probable que en los próximos años la mayor oportunidad de mejoras, esté más relacionada con la **correcta ejecución de protocolos** basados en la evidencia científica, que con nuevas drogas o recursos tecnológicos

Muchas
Gracias!

edgardoalerochavez@gmail.com