



**7° Congreso Argentino de Emergencias y Cuidados Críticos en  
Pediatria**

**6° Jornadas de Enfermería en Emergencias y Cuidados  
Críticos en Pediatria**

**5° Jornadas de Kinesiología en Emergencias y Cuidados  
Críticos en Pediatria**

**10, 11, 12 y 13 de septiembre de 2014e 2014**

**Seguridad del  
Paciente:  
*Mito o Realidad?***

**Lic. Vanesa S. Zylinski vsz21@hotmail.com**



# Seguridad...

- ✓ Ausencia de riesgo.
- ✓ Confianza en algo o alguien.
- ✓ Evitar exposiciones a situaciones de peligro.
- ✓ Actuación frente a contingencias adversas.

# Seguridad del paciente y el Cuidado Enfermero



- ✓ Presencia
- ✓ Permanencia
- ✓ Continuidad



Atención de salud



## Antecedentes de Estudios de Eventos Adversos (EA)

- ✓ Nightingale (1820-1910) ↓  
mortalidad de un 40% a un 2%.
- ✓ Harvard Medical Practice Study. (1991)... 3,7 % EA → 50% prevenible.
- ✓ Houston Medical School (U.Texas 1998). 2,9% EA = intervenciones quirúrgicas, error en adm. medicamentos y procedimientos técnicos.

# Factores de Eventos Adversos (EA)

*Informe Institute de Medicina de EEUU 1999*

**44000/98000**  
Muertes anuales



**1 avión**  
**Semanal!!!**

- ✓ Fatiga
- ✓ Cambio de turno
- ✓ Entrenamiento y experiencia.
- ✓ Recarga laboral
- ✓ Enfermedad
- ✓ Estrés
- ✓ Ruidos
- ✓ Distracciones

# Modelos de Análisis del Error

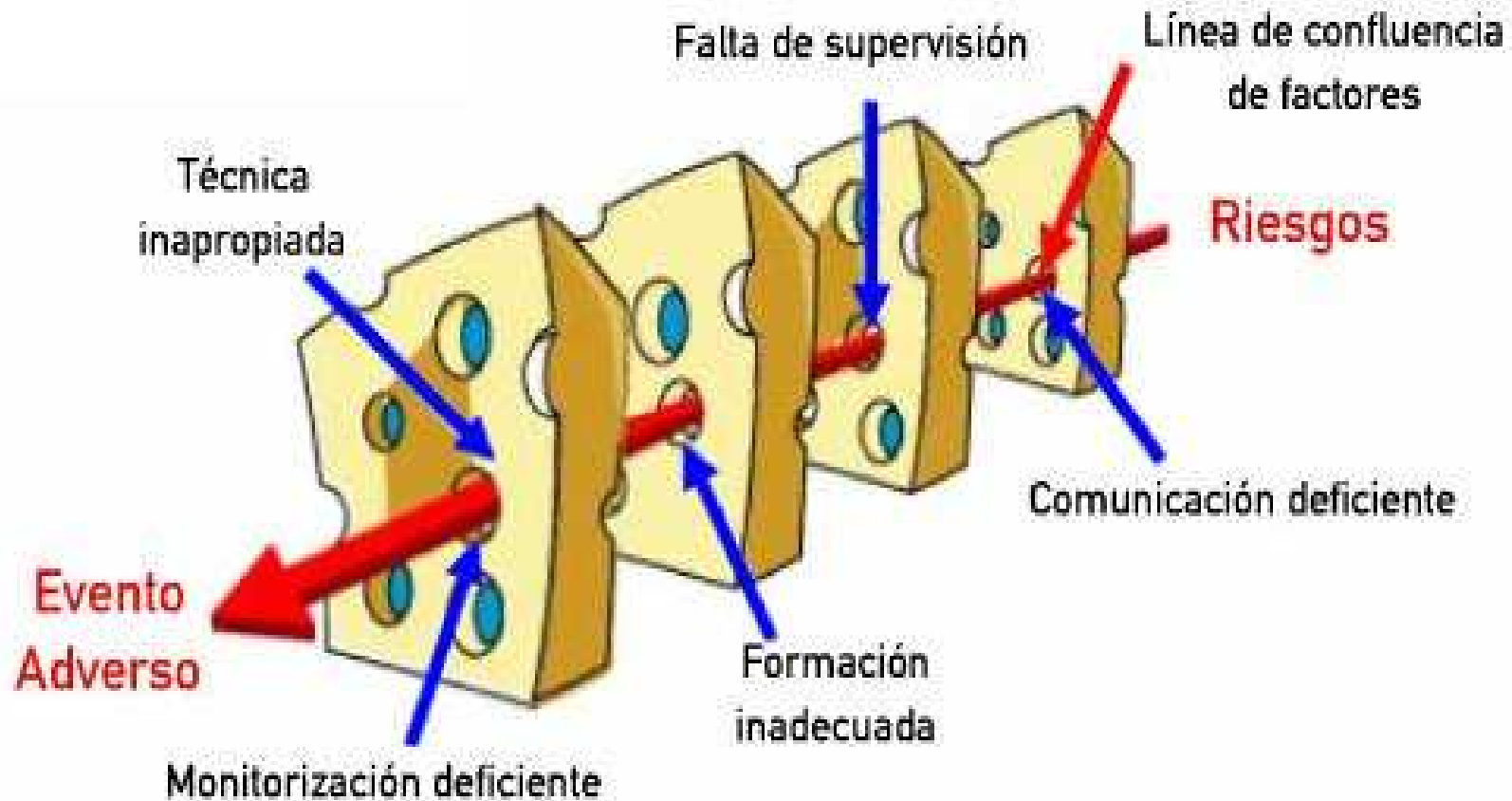
## Persona

- ✓ Memoria
- ✓ Desatención
- ✓ Escasa motivación
- ✓ Descuidos
- ✓ Negligencia
- ✓ Temeridad

## Sistema

- ✓ La mirada puesta en los errores del sistema

# Modelo del queso suizo



J. Reason (2000)

Human error: models and management

## ***Eventos Adversos más frecuentes***



- ✓ **Administración de medicamentos.**
- ✓ **Infecciones intrahospitalarias.**
- ✓ **Procedimientos.**



## Por dónde empezar?

- ✓ *Cambiar cultura organizacional y profesional.*
- ✓ *Disminuir barreras estructurales .*
- ✓ *Potenciar liderazgo.*
- ✓ *Involucrar a profesionales para generar conocimientos y sistemas de evaluación.*

## Siete pasos sugeridos ... (RU 2004)

- ✓ 1° *Cultura de seguridad*
- ✓ 2° *Liderazgo*
- ✓ 3° *integrar tareas de gestión de riesgo*
- ✓ 4° *Promover la información*
- ✓ 5° *Involucrar a pacientes y público*
- ✓ 6° *Intercambiar experiencias*
- ✓ 7° *Implementar soluciones preventivas*

## 9 soluciones para la seguridad del paciente (OMS 2007)

- ✓ 1° *Medicamentos de aspectos o nombres parecidos*
- ✓ 2° *Identificación del paciente*
- ✓ 3° *Comunicación durante el traspaso del paciente*
- ✓ 4° *Procedimientos correctos*
- ✓ 5° *Control de soluciones concentradas de electrolitos*
- ✓ 6° *Asegurar precisión de medicación*
- ✓ 7° *Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos*
- ✓ 8° *Usar una sola vez los descartables inyectables*
- ✓ 9° *Lavado de manos*

“Lo peor no es cometer un error,  
sino tratar de justificarlo en vez  
de aprovecharlo como aviso  
providencial de nuestra ligereza  
o ignorancia.”

*Santiago Ramón y Cajal.*



*Muchas Gracias!!!*



JOSE MARIA PINTO