



Sociedad Argentina de Pediatría
Dirección de Congresos y Eventos
Comité Nacional de Estudios Feto Neonatales (CEFEN)



3° Congreso Argentino de Neonatología

9° Jornadas Interdisciplinarias de Seguimiento
del Recién Nacido de Alto Riesgo

3° Jornada Nacional de Perinatología

3° Jornadas Argentinas de Enfermería Neonatal

*"Ética, seguridad y evidencia para mejorar la salud perinatal
y el seguimiento de los recién nacidos"*

EL EVENTO ADVERSO: LA PUNTA DEL ICEBER

Calidad y Seguridad ¿Van de la mano?

Lic. Adriana Armendáriz



Sociedad Argentina de Pediatría
Dirección de Congresos y Eventos
Comité Nacional de Estudios Feto Neonatales (CEFEN)



Por un niño sano
en un mundo mejor

Florence Nightingale
Notas de Enfermería 1863

... "Parece sorprendente ,
que lo primero que haya que
pedirle a un Hospital ,
es que no cause ningún
daño" ...



De qué hablamos...

- Infecciones hospitalarias
- Úlceras de decúbito,
- Complicaciones anestésicas
- Caídas
- Errores y retrasos diagnósticos
- Cirugía inadecuada
- Dehiscencias de sutura
- Cuerpo extraño tras intervención
- Reingresos
- Fallecimientos
- Confusión de hcl
- Errores de medicación
- Radiografía a una embarazada
- Sobreutilización terapéutica
- Cirugía del sitio equivocado
- Variaciones injustificadas
- Litigios y reclamaciones
- Casi-errores
- Iatrogenia
- Catástrofes hospitalarias
- Incidentes
- Eventos centinela
- ...



¿Calidad y Seguridad van de la mano?

SI

- **Reto** al sistema de salud
- **Desafío** para la formación



Atención de Enfermería segura

Es una atención libre de daños evitables

- Debe desarrollar procesos encaminados a:
 - Reducir la probabilidad de aparición de fallos y errores.
 - Aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren.
 - Mitigar sus consecuencias.



El tercer eslabón

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA



ATENCIÓN

CENTRADA

ACE

EXPECTATIVAS DEL PACIENTE



VALORACION

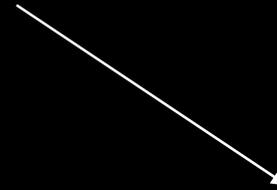
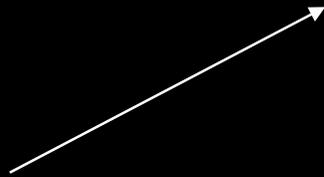
EVALUACIÓN

DIAGNOSTICO

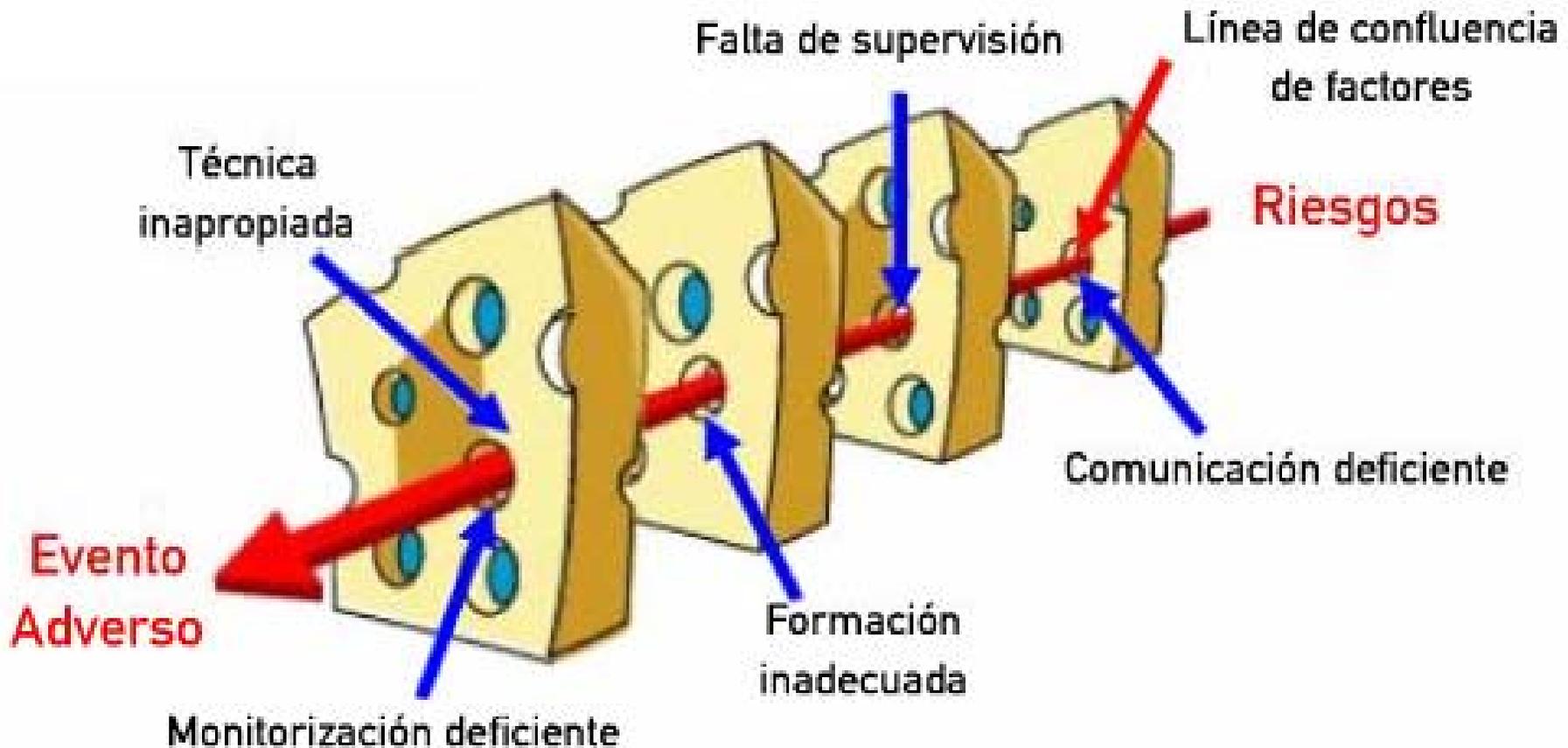
PAE

EJECUCION

PLANIFICACION



Seguridad Asistencial



J. Reason (2000)

Human error: models and management



Sociedad Argentina de Pediatría
Dirección de Congresos y Eventos
Comité Nacional de Estudios Feto Neonatales (CEFEN)



Modelo de Análisis Iceberg



Eventos Adversos

Fallos en:

Organización

Gestión

Estándares

Supervisión

Roles

Comunicación

Mantenimiento

Actividades



Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Comité Nacional de Estudios Feto Neonatales (CEFEN)



Por un futuro mejor
en un mundo mejor

Error

Equivocación u omisión en la práctica profesional que puede contribuir a que ocurra un Evento adverso.



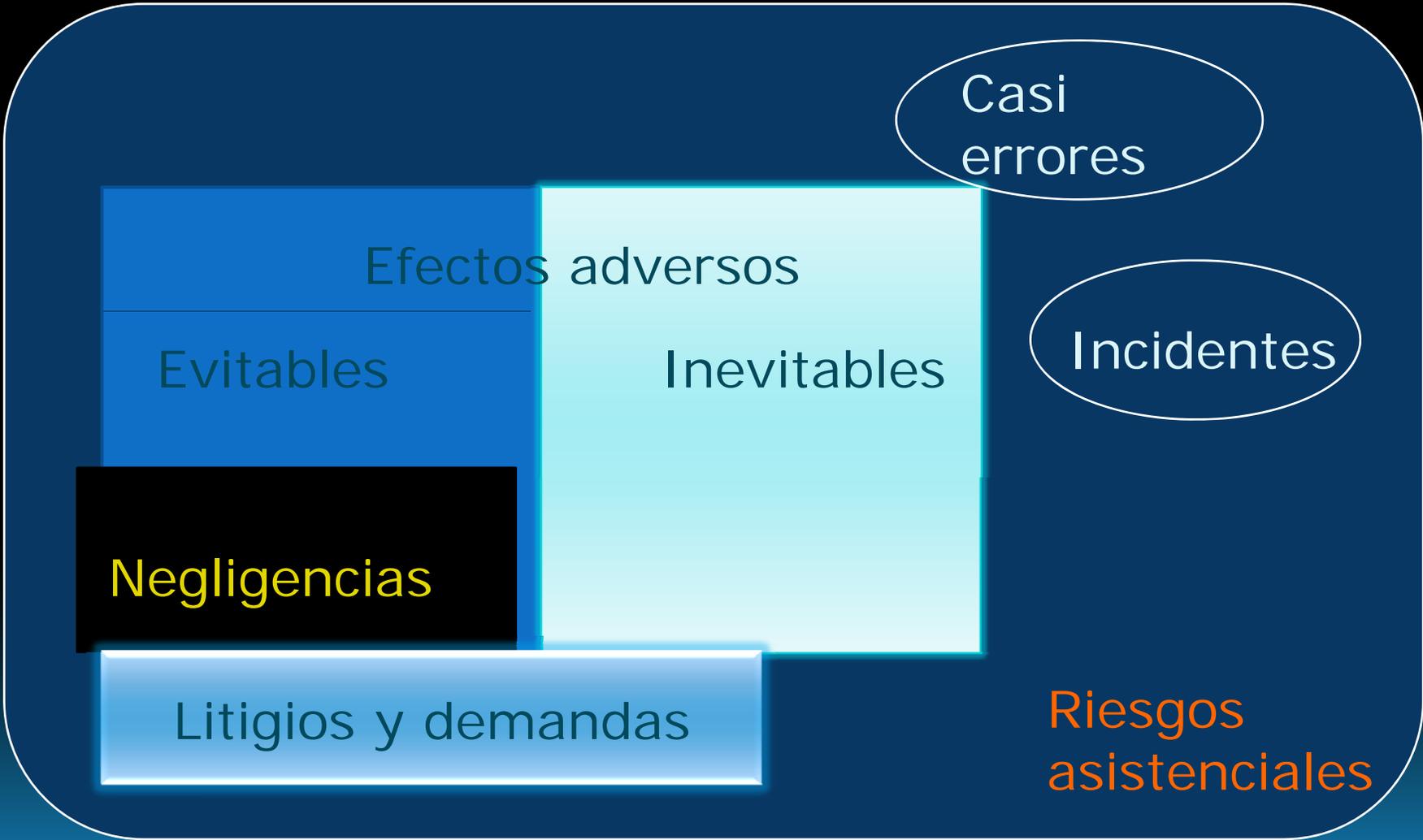
Evento Adverso (EA)

- Situaciones generadas en proceso de atención de salud, genera DAÑO , pero NO relacionado con la condición clínica actual.



Casi-Error (*near miss*)

- Caso en el que el accidente ha sido evitado por poco.
- Hecho que estuvo a punto de ocurrir.
- Suceso que en otras circunstancias podría haber tenido graves consecuencias.
- Acontecimiento peligroso que no ha producido daños personales, pero sí continua se lograra
- Sirve de aviso de posibles sucesos.



EA: ¿Cuál es su impacto?

- Desprestigio 
- Acciones legales 
- Costos 

10 % de pacientes asistidos pueden tener un EA



Impacto

Reporte del Institute of Medicine - 1999

- Muerte en vuelos domesticos - 1 in 8,000,000 vuelos
- Eventos adversos en hospitales 1 cada 27 a 34 ingresos
- Muerte en hospitales por errores asistenciales 1 cada 343 a 764 ingresos

= 44,000-98,000 muertes anuales (IOM)

Actitud frente al EA

- Frente a un posible EA: (1)
 - 81% de los profesionales revelarían un EA grave, solo 50 % los EA menores.
 - Menos de la mitad de los consultados no estarían dispuestos a explicar acciones preventivas.
- Frente a un EA : (2)
 - Solo el 2% informo a la familia sobre el EA

(1)Gallagher & ed. Arch Intern Med (2006)166:1585-93

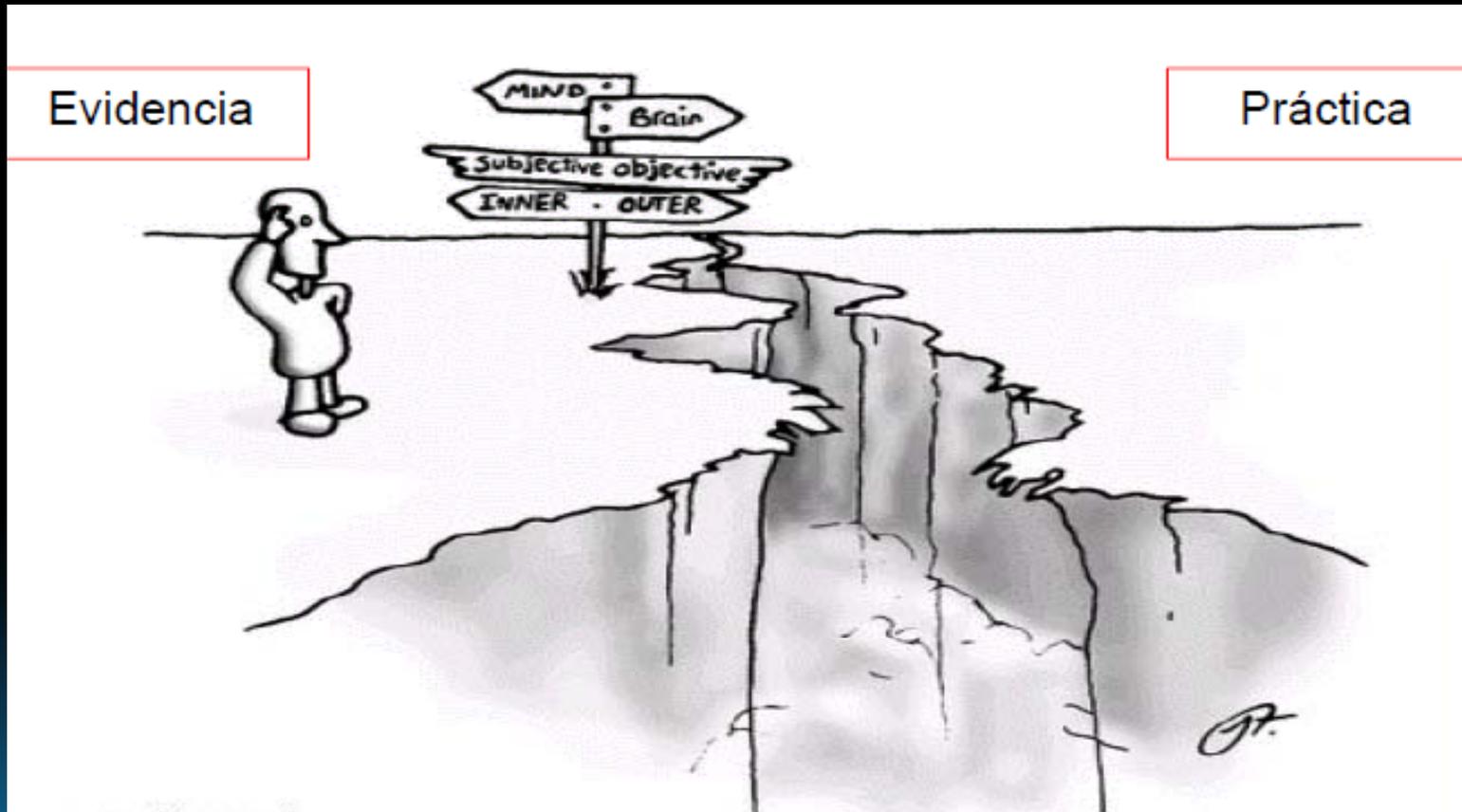
(2) Latif & ed. Crit Care Med (2013)41: 389-98



Sociedad Argentina de Pediatría
Dirección de Congresos y Eventos
Comité Nacional de Estudios Feto Neonatales (CEFEN)



Barreras reales...



Ejemplos Argentinos

CICLO LECTIVO 2014 | Instituto de Investigaciones Epidemiológicas - ANM

IMPLEMENTACIÓN EN SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES



La brecha entre la evidencia y la práctica

Lavado de manos:

Obstáculos en diferentes niveles del sistema

- Profesional: practicidad, convencimiento, sobrecarga
- Equipo de trabajo: falta de normativas, apoyo de líderes
- Organización: falta de incentivos, falta de comodidades
- Ambiente: escasez de recursos, falta de norma social.



TABLA 1

Seguridad del paciente en siete pasos

1. Construir una cultura de seguridad
 2. Liderazgo del equipo de personas
 3. Integrar las tareas de gestión de riesgos
 4. Promover que se informe
 5. Involucrarse y comunicarse con pacientes y público
 6. Aprender y compartir lecciones de seguridad
 7. Implementar soluciones para prevenir daños
-

Tomada de la Agencia Nacional para Seguridad del Paciente¹⁸.



CALIDAD

La Organización Mundial de la Salud define la calidad asistencial de la siguiente forma (1):

«Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, protectoras y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa, y destina los recursos necesarios (humanos y de otros tipos) a estas necesidades de manera oportuna y tan efectiva como el resultado actual del conocimiento lo permite».

ESTANDAR

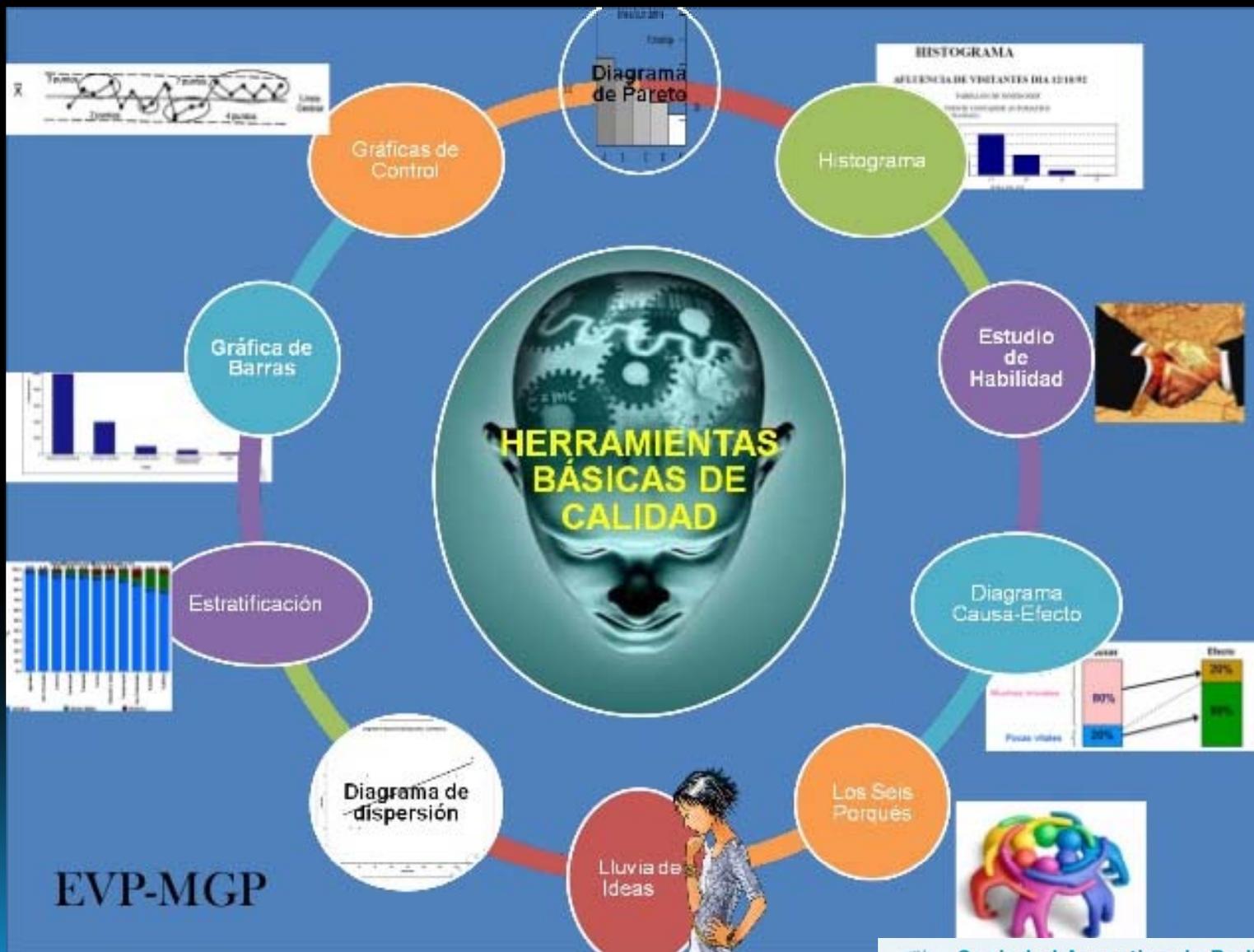


. Estándares de acreditación Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

Grupos generales de estándares:

- Derechos y responsabilidades del paciente.
- Valoración del paciente al ingreso y durante su estancia.
- Cuidados y tratamiento del paciente.
- Educación del paciente y de su cuidador.
- Continuidad de cuidados.
- Liderazgo.
- Entorno.
- Gestión de recursos humanos.
- Gestión de la información.
- Prevención y control de la infección.
- Cuerpo médico (formación al ingreso y continuada).
- Equipo de enfermería (formación).

Herramientas de Calidad



1

Describa con todo el detalle el proceso

2

Identifique cuáles fueron los errores cometidos en el proceso

3

Identifique los factores predisponentes de los errores.

4

Describa las barreras que no funcionaron

5

Explique por qué no funcionaron las barreras

6

Proponga mejoras a las barreras para prevenir un nuevo error





CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO

- ▶ **RECEPCION SIEMPRE LISTA**
(esto permite una organización y anticipación fundamentales para la eficacia de la recepción)
- ▶ **PERSONAL ENTRENADO DISPONIBLE**
- ▶ **COMUNICACIÓN EFICAZ**
(entre todos los miembros del equipo, neonatólogo, enfermería, obstetra, anestesiólogo y la familia).
- ▶ **RESPONSANBILIDADES CLARAMENTE ASIGNADAS**
(es necesario para evitar pérdida de tiempo que son vitales para los RN)



Photo: *March of Dimes*

Una frase para la reflexión

“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 (1852-1934)
Premio Nobel de Fisiología y Medicina, 1906



Sociedad Argentina de Pediatría
Dirección de Congresos y Eventos
Comité Nacional de Estudios Feto Neonatales (CEFEN)



Por un niño sano
en un mundo mejor

Cuestiones de reflexión

- ¿Cometemos errores?
- ¿Cómo actuamos cuando cometemos un error?
- ¿Qué hacemos cuando sabemos que alguien ha cometido un error?
- ¿Cómo reaccionan los pacientes ante los errores de la atención sanitaria?



Estrategias de intervención a corto plazo

❖ Organización:

- Gestión de riesgos sanitarios;
- Comunicación
- Actividades de mejora en seguridad/calidad
- participación de profesionales en las mejoras
- indicadores sobre seguridad/calidad

❖ Sistemas de información y registro:

- información sobre áreas (audit)
- identificar factores de riesgo en profesionales y pacientes.

❖ Formación:

- Constituir de grupos de análisis de EA
- incentivar de la formación en seguridad/calidad.



Estrategias de intervención a medio y largo plazo

- ❖ Cultura del error/ cultura de la seguridad
- ❖ Sistemas registro de EA
 - implantar sistemas de información protegidos para la comunicación de efectos adversos.
- ❖ Evaluación:
 - establecer indicadores válidos y fiables para poder comparar situación y
 - nivel de desempeño profesional
 - seguridad en diferentes niveles organizativos



Recomendaciones sobre formación y cultura

- Fomentar una cultura de la seguridad del paciente
- centrada en el aprendizaje sobre EA
- Incorporar la seguridad del paciente y la gestión de riesgos y gestión de la Calidad en los programas de formación de grado y postgrado.
- Sensibilizar a directivos y profesionales sobre la necesidad de fomentar una cultura de la seguridad.
- Informar a profesionales y pacientes

Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estrategia de Seguridad del Paciente: Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005. (modif.)



Sociedad Argentina de Pediatría
Dirección de Congresos y Eventos
Comité Nacional de Estudios Feto Neonatales (CEFEN)



Aprender
ABSORBIENDO

CONTENIDOS

- Exposiciones
- Lecturas

ACTITUDES

- Compañeros
 - presenciales
 - virtuales
- Profesores
- Tutores

HABILIDADES

- Simulaciones
- Casos prácticos

Aprender
INTERACTUANDO
CON OTROS

Aprender
HACIENDO



