

"La seguridad de paciente en la práctica: experiencia de diferentes instituciones"

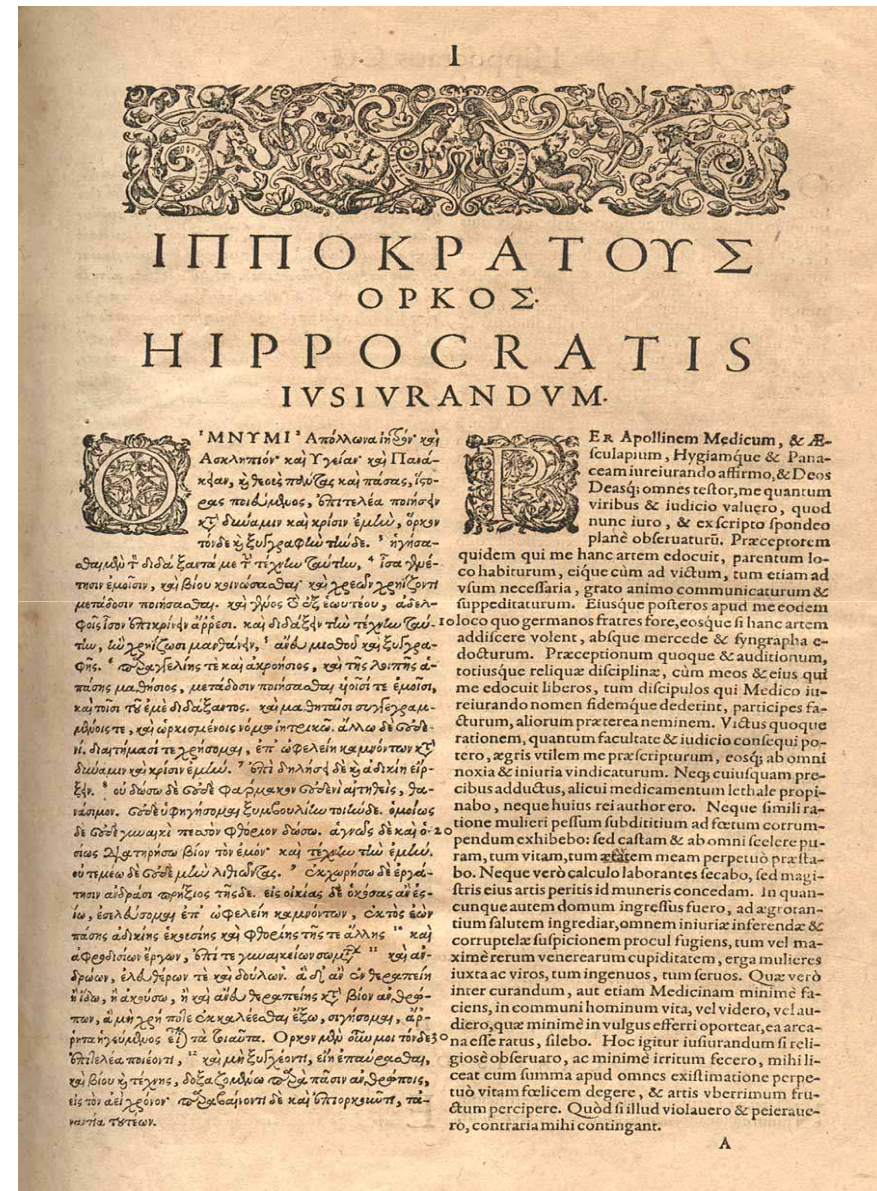
CONARPE 2017

Dra. Nora Dackiewicz

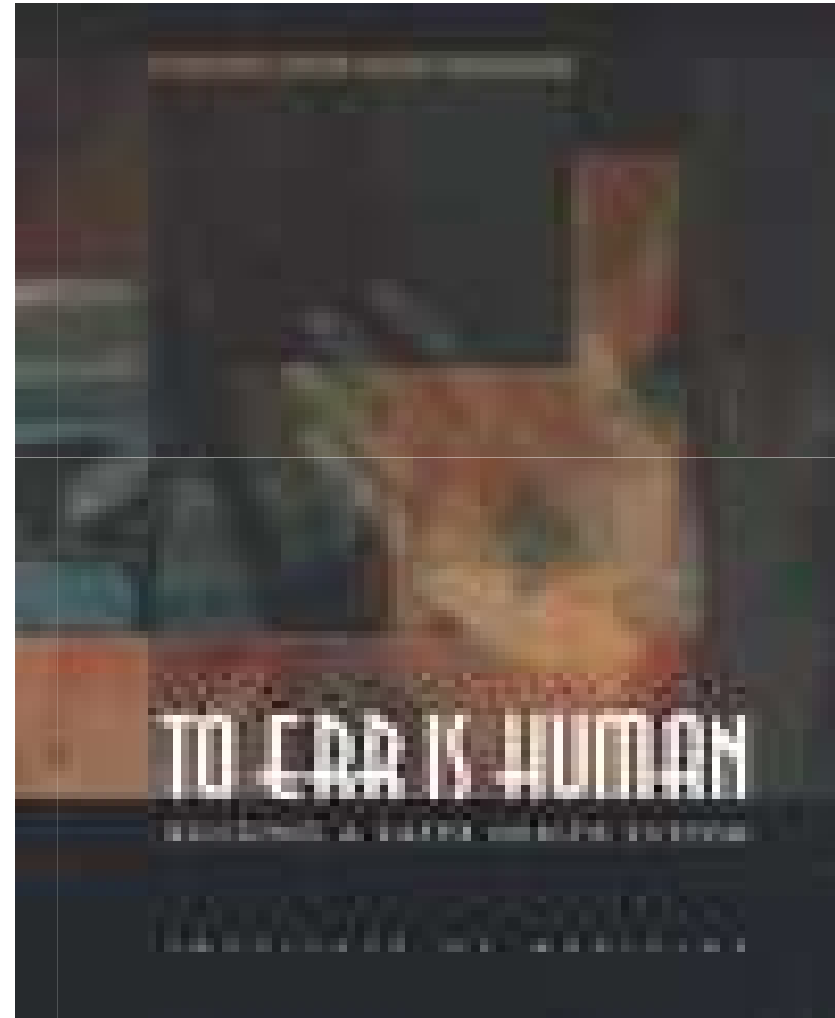


El gran desafío

NO DAÑAR



El problema



El problema

infobae

Médicos culpables

del 12% de los argentinos sufrió
error médico

Los datos oficiales del Ministerio de Salud provienen del último informe sobre la materia, publicado hace siete años. Cuáles son los más comunes

El problema

- ▶ El mayor obstáculo para la prevención de errores es castigar a la gente por cometer errores.

▶ Lucian Leape

En ARGENTINA

La calidad de los servicios varía

- ▶ Diferente accesibilidad
- ▶ Diferencia entre atención pública Y privada.
- ▶ Diferente coordinación de cuidados.
- ▶ Diferentes prioridades.
- ▶ Diferente complejidad de las organizaciones.
- ▶ Liderazgo.
- ▶ Diferentes prioridades de inversión.
- ▶ Difícil integración y coordinación

En Pediatría

Diagnóstico de situación de seguridad del paciente en Argentina. Estudio transversal

- ▶ > 70% de los profesionales trabaja en instituciones que no tienen ningún grupo que aborde temas de seguridad
- ▶ > 70% no tiene sistematizada la identificación de pacientes.
- ▶ 45% no hace pase o no siempre se cumple o quedan datos importantes sin comunicar
- ▶ > 70% de los que trabajan en instituciones que realizan cirugías responden que no se aplica la lista de verificación de la OMS.
- ▶ 32% hacían prescripciones según vademécum

En Pediatría

Diagnóstico de situación de seguridad del paciente en Argentina. Estudio transversal

- ▶ **Prácticas de seguridad en consultorios**
- ▶ *Lavado de manos*
- ▶ *Prevención de infecciones*
- ▶ *Utilización de guías clínicas para las enfermedades prevalentes.*

Hacemos
medicina
basada en
evidencias?

- ▶ En promedio, solamente 45% de los niños recibieron de los cuidados según Medicina basada en evidencias”

NEJM 2007 357;15, 1515 October 11, 2007

SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN

Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que velan por minimizar el riesgo de sufrir eventos adversos en el proceso de la atención de salud y/o de mitigar sus consecuencias.

Una gran parte de la mejora de la calidad y el trabajo de seguridad del paciente implica **aprender de la experiencia pasada para que la próxima vez podamos hacerlo mejor.**

Seguridad del paciente

Es más fácil
hablar que
hacer

- ▶ Es difícil detectar las fallas y analizarlas adecuadamente.
- ▶ Es difícil priorizar las estrategias a implementar.
- ▶ Es difícil lograr la adhesión del equipo de salud a nuevas prácticas

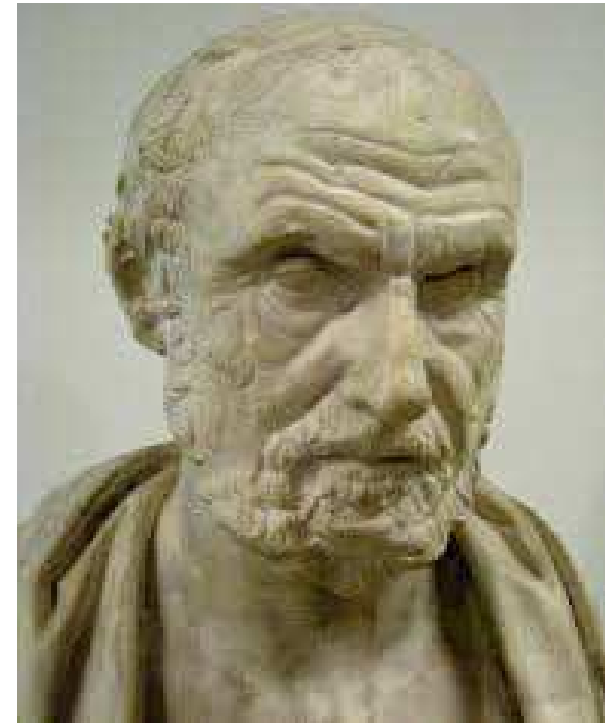
gunas certezas

Quando un error ocurre y generó un daño:

- Admitir
- Explicar
- Pedir disculpas (asumir la responsabilidad)

Muchas dudas

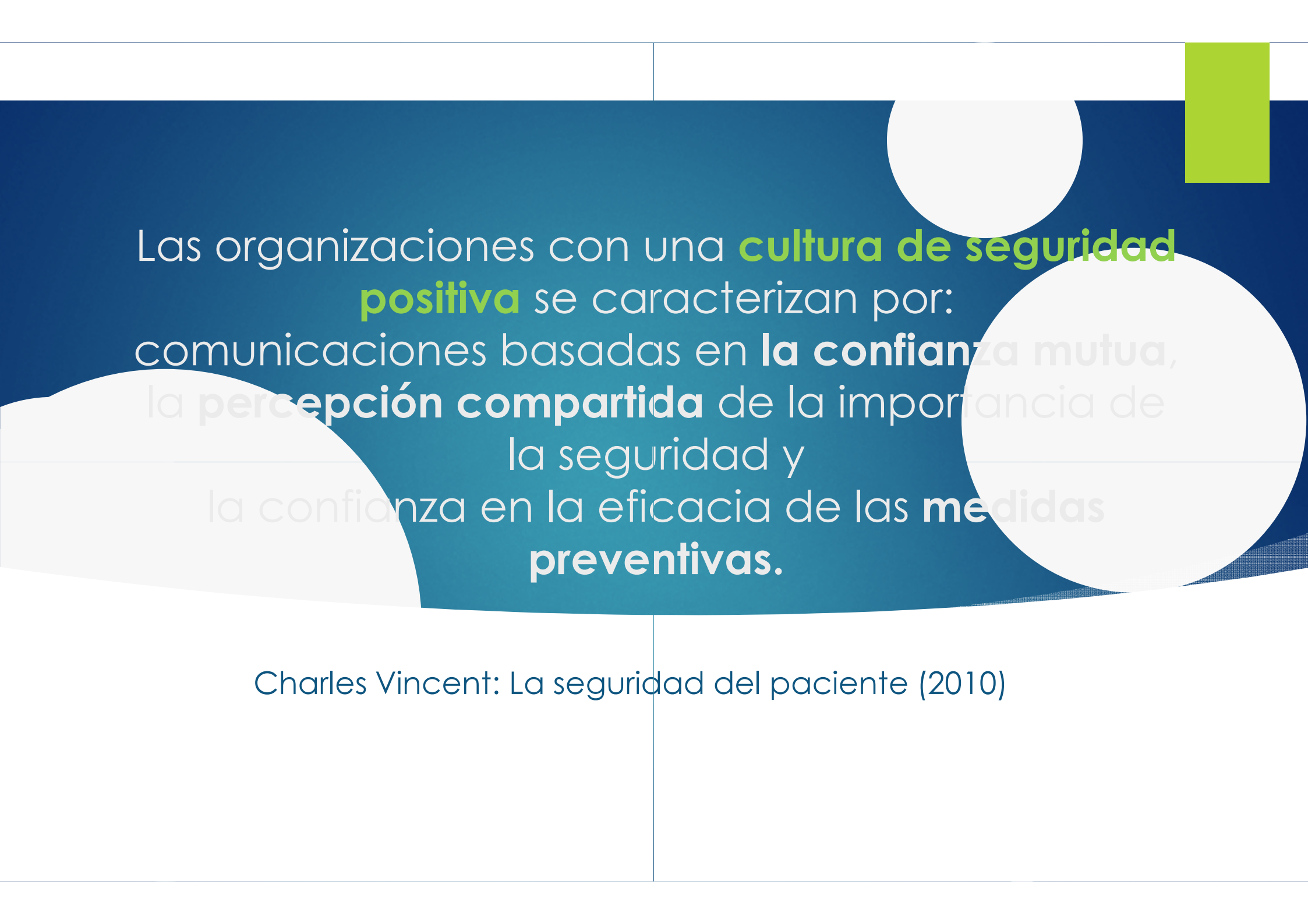
- Si no hubo daño?
- De qué manera explicar?
- En qué momento?
- Quiénes?
- Qué barreras desarrollar?
- Cómo reformular los procesos?



Algunas certezas

Metas para la seguridad del paciente

- Identificación
- Comunicación efectiva
- Seguridad en Medicamentos
- Seguridad en procesos quirúrgicos
- Prevención de infecciones asociadas al cuidado de la salud
- Prevención de caídas
- daño asociado a sistemas de alarma
- Riesgos inherentes a la población del hospital



Las organizaciones con una **cultura de seguridad positiva** se caracterizan por:
comunicaciones basadas en **la confianza mutua**,
la **percepción compartida** de la importancia de
la seguridad y
la confianza en la eficacia de las **medidas preventivas**.

Charles Vincent: La seguridad del paciente (2010)



¿Qué es una cultura de seguridad?

¿Cómo podemos desarrollar sistemas de atención seguros?

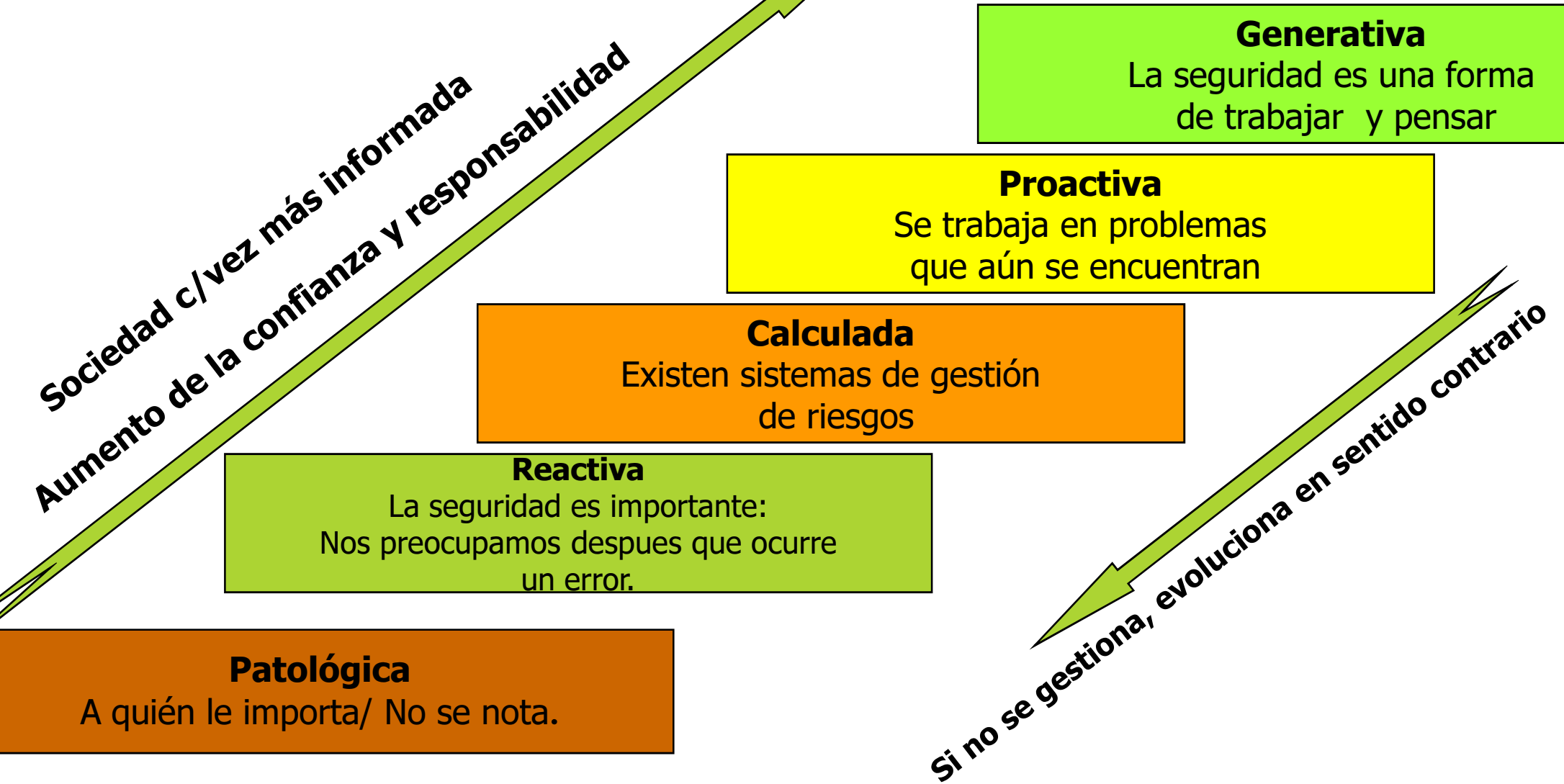
¿ Como estimular la responsabilidad individual por la seguridad de los pacientes?

Preguntas clave

Que es la cultura?



Tipos de cultura de la Seguridad



Comportamientos

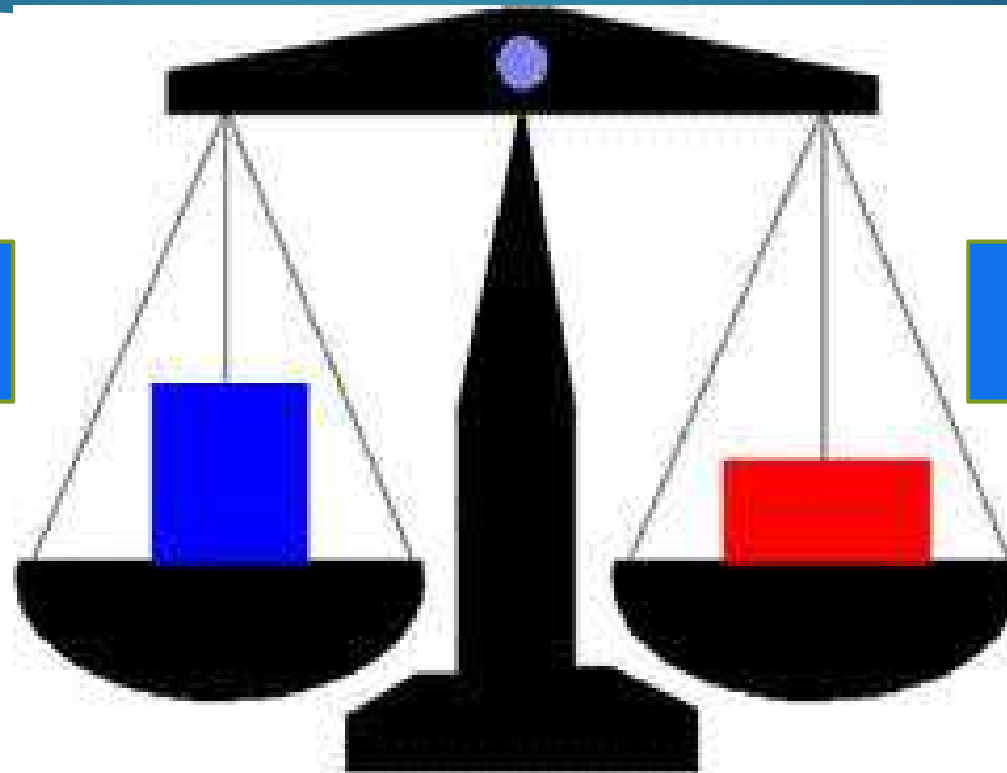


Estrategia: es el proceso de

- ✓ Transformar los recursos disponibles
- ✓ En los recursos que necesitamos
- ✓ Para lograr el cambio que buscamos

Equilibrio institucional

No Culpa



Responsabilidad

Incidente de seguridad

Evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.

- ▶ **Evento sin daño:** Incidente en el proceso asistencial que alcanza al paciente, pero no causa un daño.
- ▶ **Evento adverso:** Incidente que provoca injuria o daño al paciente, no intencional, consecuencia del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma.
- ▶ **Evento centinela** Es un evento adverso que genera la muerte o lesiones físicas o psicológicas graves, que incluyen la pérdida de un miembro o una función.

Errores y eventos adversos

Errores

Eventos adversos

Error sin evento adverso

Evento
adverso
evitable

Evento adverso
no evitable

Errores en medicina



Errores de Medicación



Errores en Cirugía



**SALVAR VIDAS
ESTÁ EN TUS MANOS**

**Infecciones asociadas al
cuidado de la salud**

Alternativas de conocimiento de fallas para mejorar la seguridad de los pacientes

▶ **Reporte de eventos adversos**

- ▶ Revisión de HC
- ▶ Recorridas. (*safety walk round*)
- ▶ Grupos focales con familias y pacientes.
- ▶ Eventos centinela.

- ▶ Reclamos de Mala praxis.
- ▶ Sistemas de control y observación. (Inf)
- ▶ “Trigger tool” (revisión focalizada)
- ▶ Observación

Gestión de eventos adversos

