



Prácticas seguras en el cuidado de enfermería

(I)

Departamento de Educación
Unidad Tecnológica

Coordinación Prof. Adj. Virginia Oxley Tabárez



23 de abril 2019



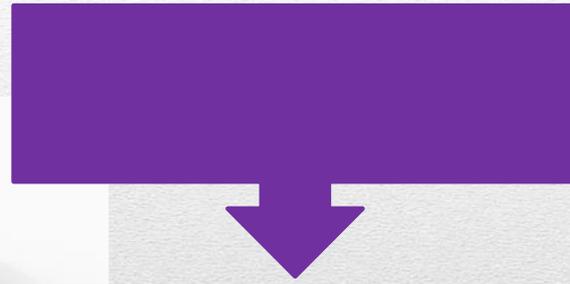
**¿Que considera más peligroso:
viajar en avión o ingresar a un centro sanitario
(policlínica u hospital) ?**

2

La probabilidad de sufrir un accidente en un avión
es 1 en 1 000 000

La probabilidad
**de sufrir un accidente
en un hospital
es 1 de 300**

¿Que podemos hacer para transformar esta realidad en la atención sanitaria?



**SEGURA
CALIDAD
EXCELENTE**



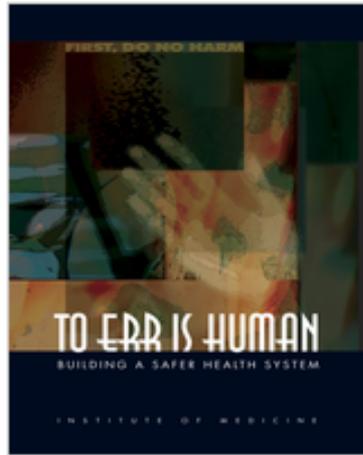
Valores

generosidad
empatía investigación
Respeto inclusión
compromiso profesionalidad excelencia
atención mejora
Calidad apoyo
eficiencia tolerancia
Hospitalidad
respeto aceptación comprensión
Responsabilidad
Seguridad
sostenibilidad
profesionalidad
Humanismo



La Ética en la práctica de enfermería estudia la forma en que nuestras decisiones profesionales afectan a los demás, su relación con las reglas morales y la naturaleza de las relaciones entre personas





To Err is Human

Building a Safer Health System

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America;
Editors: Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson.

Washington (DC): [National Academies Press \(US\)](#); 2000.

ISBN-10: 0-309-06837-1

Results of the Harvard Medical Practice Study

44 000 a 98 000

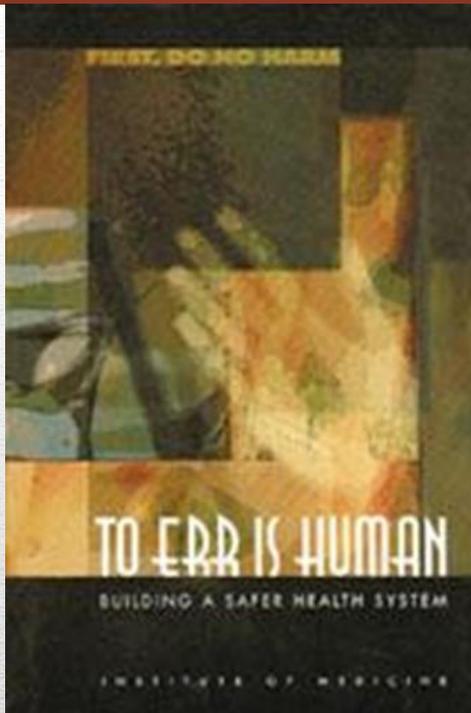
personas **morían** al año en en los hospitales de EEUU, como resultado de **errores** que se suceden. **en el proceso de atención .**

7000 muertes suceden específicamente como resultado de **los errores en el proceso de administración de medicamentos.**

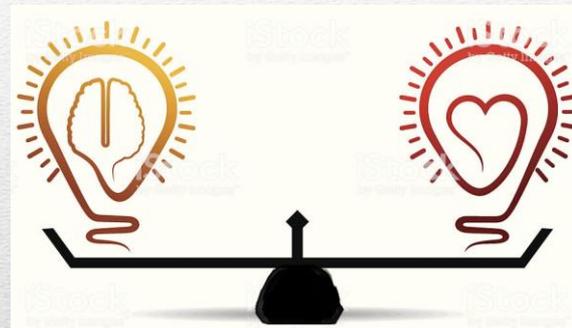
Los **errores en la atención sanitaria** tienen un **costo personal** muy importante (elevan la **morbimortalidad**), además disminuyen la confianza de los pacientes en el sistema sanitario , dañando a las instituciones y a los tabajdores que son, sin duda, su **segunda víctima.**



“ Primero
es no hacer daño.
Hipócrates



**“Tenemos derecho a equivocarnos,
pero no a desentendernos de
nuestros errores
ni de sus consecuencias”**



**“Errar es humano.
Ocultar los errores es un delito,
No aprender de ellos es imperdonable”**

Cada **35 segundos** se denuncia **un daño a un paciente** (OMS 2016)

Un médico en Servicio de Urgencia :

- ❖ Es **interrumpido 6,6 veces por hora.**
- ❖ Cuando es interrumpido, **ocupa mas tiempo en la tarea y aumenta la falla en 18,5 %**



Un médico y una enfermera **es interrumpido en pabellón 13 veces por hora o cada 4,5 minutos** .

Mas de **700,000** pacientes ambulatorios son tratados en urgencia c/año por EA por medicación, **120,000** requieren hospitalización (Budnitz et al. 2006).

Los **errores ambulatorios** mas frecuentes son: **medicación, diagnóstico, conocimiento clínico, comunicación, laboratorio y administrativo** .

WHO Global Consultation“ Setting priorities for Global Patient Safety 2016

*Jeffrey Braithwaite, 2016 * Institute of Macquarie Australia*

Tommaso Bellandiet al..Interruptions and multitasking in surgering. 2017

Emily Fondahn, Michael Lane. Seguridad del Paciente y calidad en la atención ambulatorial 2016



1: Los daños causados a los pacientes ocupan el 14.º lugar en la lista de causas de morbilidad mundial, a un nivel equiparable al de la tuberculosis y el paludismo.

Se calcula que cada año se hospitaliza a 421 millones de personas y que, en su estancia en el hospital, estos pacientes sufren aproximadamente 42,7 millones de eventos adversos. De acuerdo con las estimaciones más conservadoras, los últimos datos indican que los daños a los pacientes durante la atención sanitaria son la 14.ª causa de morbilidad mundial.

2: Uno de cada 10 pacientes sufre daños durante la estancia hospitalaria

Se calcula que, en los países de ingresos altos, uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital. Estos daños pueden ser consecuencia de distintos errores o efectos adversos, y el 50% de ellos se podrían prevenir. En un estudio sobre la frecuencia y la posibilidad de prevenir eventos adversos llevado a cabo en 26 países de ingresos medianos y bajos, la tasa de eventos adversos fue del 8%. El 83% de estos efectos adversos se podrían haber prevenido, y el 30% causaron la muerte al paciente. Aproximadamente dos tercios del total de eventos adversos en el mundo ocurre en países de ingresos medianos y bajos.

10: La mitad de los errores médicos en la atención primaria son de carácter administrativo.

De acuerdo con recientes revisiones bibliográficas, se producen errores médicos en entre cinco y 80 por cada 100 000 consultas. Los errores administrativos, que son los asociados a los sistemas y procesos de prestación de servicios, son el tipo de error que se notifica con mayor frecuencia en la atención primaria. Se calcula que del cinco al 50% de los errores médicos en la atención primaria son de carácter administrativo.

1: La gestión de todos los aspectos de los eventos adversos representa el 15% del gasto sanitario.

De acuerdo con datos recientes, el 15% de la actividad y del gasto total en los hospitales de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) son consecuencia directa de eventos adversos; los más onerosos son la tromboembolia venosa, la úlcera de decúbito y las infecciones. Se calcula que el costo global de los daños causados a pacientes solamente en esos países asciende a miles de billones de dólares cada año.





5: La inversión en la mejora de la seguridad de los pacientes puede redundar en ahorros económicos importantes.

Además de un importante ahorro económico, la inversión en la seguridad de los pacientes puede contribuir a mejorar la calidad de la atención. En los Estados Unidos de América, las mejoras focalizadas en este ámbito se tradujeron en un ahorro de 28 000 millones en los hospitales del programa Medicare entre 2010 y 2015.



6: Catorce de cada 100 pacientes ingresados sufre una infección hospitalaria.

Catorce de cada 100 personas hospitalizadas en el mundo contrae una infección (siete en los países de ingresos altos y 10 en los países de ingresos medianos y bajos). Cada año, cientos de millones de pacientes se ven afectados en todo el mundo. Cada año, cerca de 3,2 millones de pacientes de la Unión Europea contraen una infección en un centro de salud, y 37 000 de ellos fallecen por esa causa. Sin embargo, la frecuencia de estas infecciones se podría reducir hasta el 50% mediante medidas simples y de bajo costo, como lavarse las manos.



7: Más de 1 millón de pacientes fallece anualmente por complicaciones quirúrgicas.

Según datos de la OMS, la cirugía todavía genera en todo el mundo tasas elevadas de morbilidad y mortalidad: al menos siete millones de personas sufren cada año complicaciones quirúrgicas discapacitantes, y más de un millón de ellas fallecen por esa causa. Aunque las tasas de mortalidad perioperatoria y relacionadas con la anestesia han disminuido progresivamente en los últimos 50 años, en parte gracias a los esfuerzos por mejorar la seguridad del paciente en el entorno perioperatorio, siguen siendo de dos a tres veces más altas en los países de ingresos medianos y bajos que en los de ingresos elevados.



Seguridad Paciente

2002, en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud insta a los Estados Miembros a prestar la mayor atención posible al problema y consolidar sistemas que mejoren la seguridad del paciente y para dar resolución a dicha Asamblea, en 2004 se crea la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente [para coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad.

La **seguridad del paciente** se define como *la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.*

La seguridad del paciente, entendida como la minimización de eventos adversos atribuibles a los cuidados recibidos por los pacientes y potencialmente prevenibles, se ha convertido en un eje fundamental para garantizar la calidad de los servicios de salud.

Resolution WHA55.18. Quality of Care: Patient Safety. In: Fifty-fifth World Health Assembly, Geneva, 13-18 May 2002. Volume 1. Resolutions and decisions. Geneva. World Health Organization, 2002 (WHA55/2002/REC/1). Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5518.pdf

[Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. OMS. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/>

[Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1. Informe Técnico Definitivo, Enero de 2009. World Health Organization. Patient Safety

Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Murillo J, Ruiz-López P, Limón-Ramírez R, Terol-García E. Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events. J Epidemiol Community Health. 2008 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19008366>

Términos relacionadas a la seguridad del paciente

Términos	Definición
Calidad	Grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de que se logren los resultados sanitarios deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento.
Atención segura	La atención segura consiste en tomar decisiones clínicas basadas en pruebas a fin de maximizar los resultados sanitarios de un individuo y reducir al mínimo la capacidad de causar daño.
Accidente	Suceso aleatorio imprevisto e inesperado que produce daño al paciente o pérdidas materiales o de cualquier tipo.
Casi-error	Cualquier situación en la que una sucesión continuada de efectos fue detenida evitando la aparición de potenciales consecuencias; suceso que en otras circunstancias podría haber tenido graves consecuencias; suceso peligroso que no ha producido daños personales pero sí materiales y que sirve de aviso de posibles accidentes efecto adverso propiamente dicho.
Error	En la práctica sanitaria el error se puede deber a tres causas: realizar acciones innecesarias, realizar de forma incorrecta actuaciones necesarias (útiles o indicadas) o la omisión de estas actuaciones .Las dos primeras serían los errores de comisión y la última de omisión.
Evento adverso	Incidente que ha producido daño al paciente-
Evento centinela	Un evento inesperado que implica muerte o daño físico o psicológico severo, o el riesgo de causarlo. El daño severo incluye específicamente la pérdida de un miembro o función.. Se denomina “centinela” a estos eventos porque señalan la necesidad de llevar a cabo una investigación inmediata y dar una respuesta (JCAHO, 2002)

Términos relacionadas a la seguridad del paciente

Términos	Definición
Incidente	<p>Acontecimiento o situación imprevista o inesperada que puede producir o no daño al paciente¹¹⁷. Suceso aleatorio imprevisto e inesperado, relacionado con la atención sanitaria, que no produce daño al paciente. También puede definirse como un suceso que, en circunstancias distintas, podría haber sido un EA o como un hecho que, no descubierto o corregido a tiempo, puede implicar problemas para el paciente¹¹⁸</p> <p>Todo desvío de la atención médica habitual que causa una lesión al paciente o representa un riesgo de daño. Comprende los errores, los eventos adversos prevenibles y los peligros.</p>
Daño	<p>Daño que se deriva de los planes o acciones de un profesional sanitario durante la prestación de asistencia sanitaria o que se asocia a ellos, y no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente</p>
Prácticas seguras	<p>Aquellas intervenciones orientadas a prevenir o mitigar el daño innecesario asociado a la atención sanitaria y a mejorar la Seguridad del Paciente</p>
Práctica en Seguridad del Paciente	<p>Práctica, comportamiento, acción, procedimiento o estructura con el propósito directo o indirecto de mejorar la Seguridad del Paciente dentro de la institución.</p>
Notificación	<p>Acción de transmitir, comunicar o dar noticia de un evento.</p>
Malpraxis	<p>Deficiente práctica clínica que ha ocasionado un daño al paciente. Se entiende como tal, cuando los resultados son claramente peores a los que, previsiblemente, hubieran obtenido profesionales distintos y de calificación similar, en idénticas circunstancias. Términos relacionados: Malpraxis médica</p>

Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente – Mayo de 2007



Todo diseño o intervención de sistema que haya demostrado la capacidad de prevenir o mitigar el daño al paciente, proveniente de los procesos de atención sanitaria.

OMS APRENDIENDO DE LOS ERRORES

Educación sobre seguridad del paciente

Factor Humano: educación

Asegurar la competencia en la formación

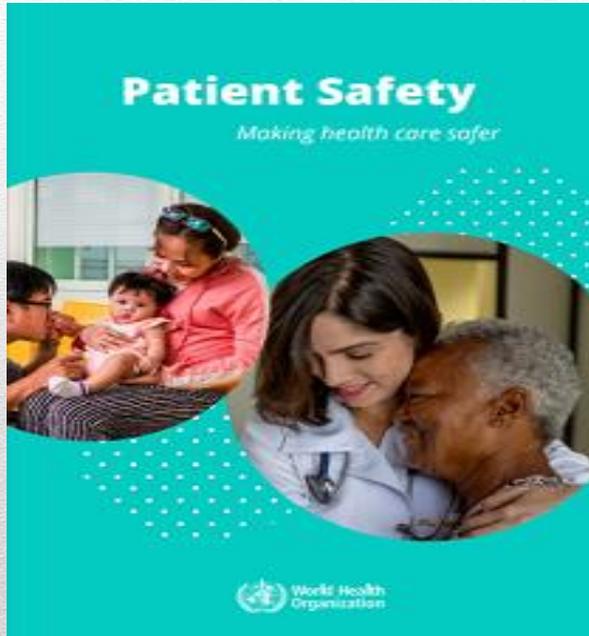


OMS 2008

16

Seguridad del paciente es un principio fundamental del cuidado en salud.

Cada momento en el proceso de entrega de cuidados contiene un cierto grado de inseguridad.



Seguridad del paciente

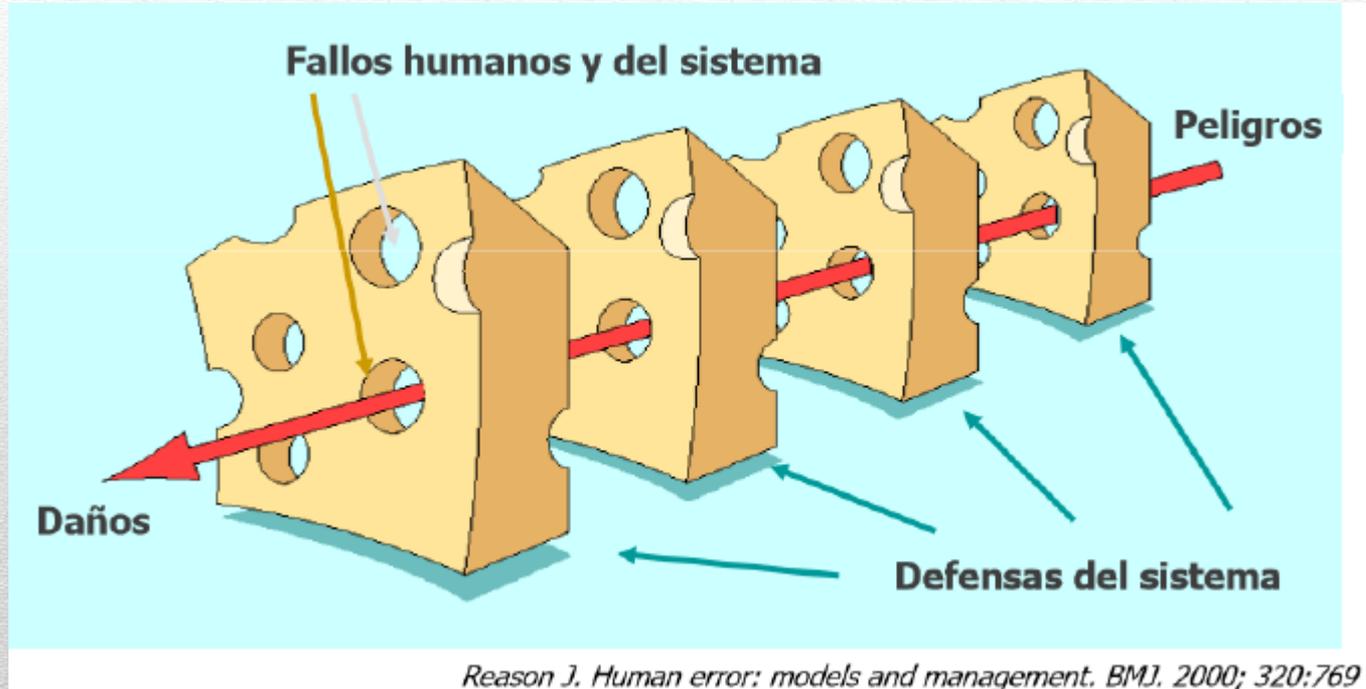
Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

CALIDAD

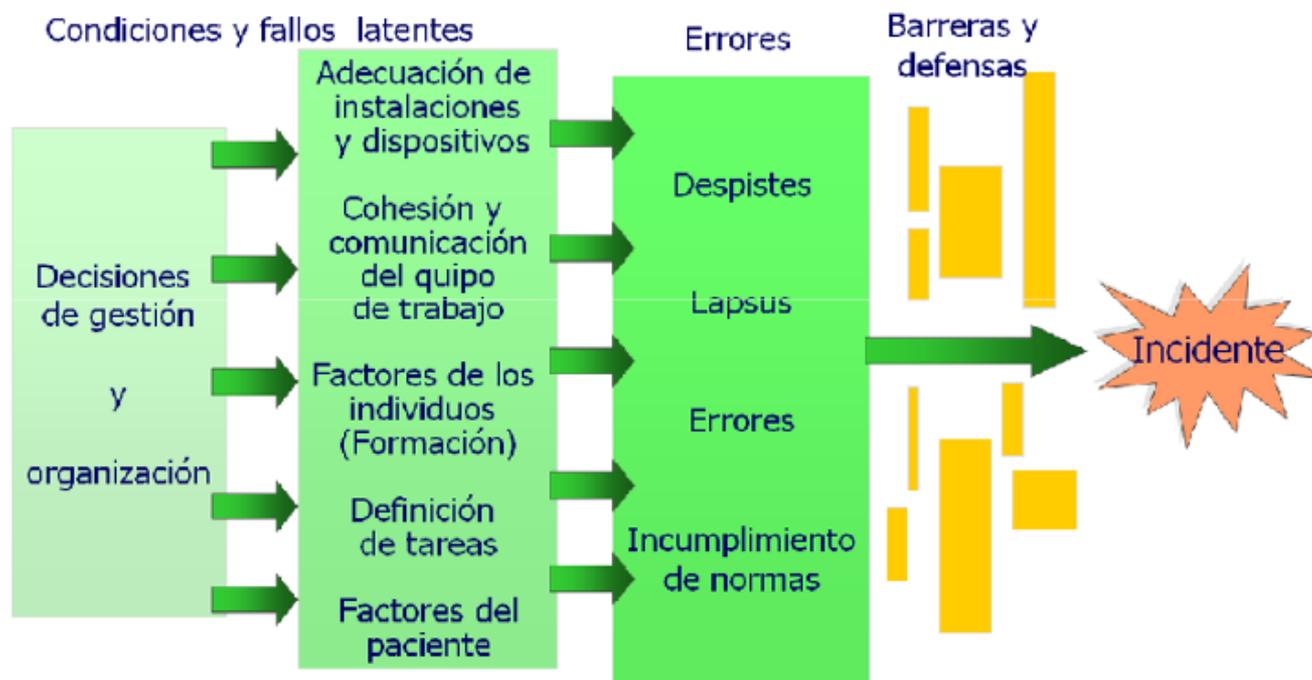
AREAS DE INFORMACIÓN	DIMENSIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA DIMENSIÓN
EJES ESENCIALES	Equidad	Igual acceso a igual necesidad; igual utilización para igual necesidad; igual calidad para todos
	Eficiencia	Maximizar la calidad de la atención y los resultados obtenidos con los recursos disponibles
ACCESO Y EFECTIVIDAD	Accesibilidad	Uso adecuado y a tiempo de los servicios sanitarios para alcanzar los mejores resultados de salud
	Efectividad	Grado en que una intervención -servicio, proceso, procedimiento, prueba diagnóstico o tratamiento- produce el resultado deseado
CENTRALIDAD EN EL PACIENTE	Experiencia del paciente	Adecuada interrelación entre profesionales y pacientes considerando necesidades, deseos y preferencias
	Seguridad	Minimizar el riesgo innecesario de daños al paciente, medido en ausencia de lesiones accidentales atribuible a la provisión asistencial o errores
	Coordinación	Atención al paciente durante su proceso asistencial en los diferentes puntos de prestación de manera efectiva, segura y eficiente
CAPACIDAD	Capacidad del sistema	Recursos financieros, infraestructura y equipamiento, personal, TIC, así como medicamentos y productos sanitarios
HACIENDO FUTURO	Innovación	Introducción de estrategias para la mejora continua relacionadas con la prestación sanitaria, ejercicio profesional, investigación, etc.

**Sin
seguridad
no hay
Calidad**

El modelo del queso suizo en la producción de accidentes



Análisis sistemático de incidentes clínicos



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

CALIDAD y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Calidad y Seguridad del Paciente
Política de estado desde la visión de DDHH
componentes constantes e indispensables
de todos los niveles del Sistema de Salud



Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente

Con la mejor evidencia disponible



CALIDAD y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Marco normativo: SNIS



Profesión Enfermería

Ley N° 17.930

Art. 264



Ley 18.211

Art.1

Art.2

Art.3



Ley 18.335

PACIENTES Y USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DERECHOS Y OBLIGACIONES



Ley 18.815

Art.1



23



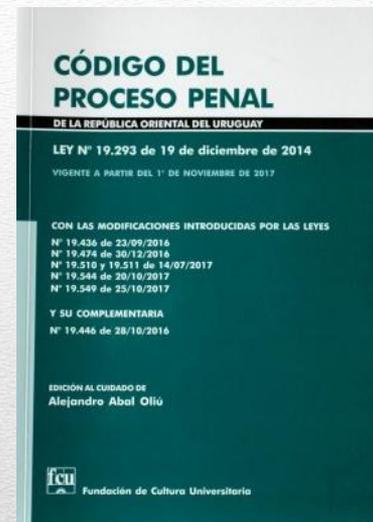
Accidentes
Fallos humanos



ERROR ≠ MALA PRAXIS



Delito definido por la ley
Hechos en que el sanitario no cumplió con su deber
y con lo que es correcto hacer según la Lex Artis.



Objetivos Sanitarios Nacionales 2020



Objetivos Sanitarios Nacionales

1. Alcanzar mejoras en la situación de salud de la población.
2. Disminuir las desigualdades en el derecho a la salud.
3. Mejorar la calidad de los procesos asistenciales de salud.
4. Generar las condiciones para que las personas tengan una experiencia positiva en la atención de su salud.

Seguridad paciente

Seguridad del paciente como pilar de la calidad asistencial

24 de Abril, 2018

El Ministerio de Salud realizó una jornada sobre la importancia de la seguridad del paciente en la reforma de salud, los desafíos de la estrategia nacional y el rol de las sociedades científicas en la temática, en el marco de la semana de la seguridad del paciente en Uruguay.



Ministerio de SALUD

MANUAL BÁSICO EN SALUD, SEGURIDAD Y MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO

La ley 16.074 Art. 2, 1989

“Todo patrono es responsable civilmente de los accidentes o enfermedades profesionales que ocurren a sus obreros y empleados a causa del trabajo o en ocasión del mismo”.

Se puede definir el accidente como un acontecimiento violento, brusco, inesperado, imprevisto que ocurre como consecuencia de la realización del trabajo y causa un daño a la salud del o de los trabajadores y que generalmente es posible prevenirlo. Otras definiciones agregan el hecho de que el accidente además puede dañar los equipos y herramientas y producir una interrupción del proceso de trabajo.

Los accidentes son sucesos inesperados y violentos que causan lesiones que van desde a muerte del trabajador/a, los y traumatismos de diversa gravedad (contusiones, compresiones, luxaciones, heridas, cortes, fracturas) hasta las irritaciones e intoxicaciones agudas y quemaduras.

La denuncia de accidente de trabajo debe ser realizada al Ministerio de Salud Pública (MSP), al BSE y al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS). El Código Nacional establece que la denuncia debe realizarse dentro de la primera semana de ocurrido el accidente y también la ley 16.074 establece la obligatoriedad de la denuncia para los empleadores, los médicos y las instituciones de asistencia médica.

26

Comisión Nacional de Seguridad del Paciente- Comisiones institucionales ordenanza ministerial N.º Ordenanza Ministerial Comisión Asesora de seguridad paciente 481 del 31 de agosto de 2008

Decreto N° 81/012 - Sistema Nacional Integrado de Salud. Se aprueba el Contrato de Gestión suscrito entre la Junta Nacional de Salud y los prestadores integrales.

Trigésima Novena - Calidad de la atención y seguridad del paciente. 1. Con el fin de asegurar la mayor calidad en la atención y la seguridad del paciente el prestador debe implementar los Comités que a continuación se detallan, constituidos en la forma y con los cometidos que determine la normativa aplicable, los cuales tendrán carácter preceptivo.

A- Comité de Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina (Co.Se.Pa.). Ordenanza No. 481/2008. Establece la constitución de las Co.Se.Pa. Institucionales. La Dirección General de la Salud, evaluará el cumplimiento de los cometidos de la Comisión a partir del número de historias clínicas auditadas cada año y de los informes que produzca a su respecto, los cuales deberán incluir conclusiones y recomendaciones. Los informes serán elevados a la JNS.

B- Comité de Infecciones Hospitalarias. Decreto No. 436/97 del 11 de noviembre de 1997, constituirá la base para la conformación de la Unidad de Epidemiología del Servicio, ampliándose su integración para dar cumplimiento a los demás cometidos.

La información requerida, se registrará en un plan mensual de vigilancia de infecciones hospitalarias y será enviada en los plazos establecidos al Ministerio de Salud Pública.

En caso de infecciones hospitalarias que se presenten en forma de brote o como casos inusitados, el prestador deberá comunicar por la misma vía en forma inmediata.

C- Comité de Gestión de Residuos Sanitarios. Decreto No. 586/2009 artículo 6. Se deberá informar al Ministerio de Salud Pública en un plazo de 30 días a partir de la firma del presente contrato: nombre de sus integrantes, frecuencia de reuniones, y toda información relevante a juicio del prestador.

D- Estrategia de Cirugía Segura. El prestador se compromete a implementar la Lista de Verificación de seguridad en Cirugía, promovidas por el MSP y OPS.

**Acciones
Esenciales
para la
Seguridad
del Paciente**

Identificación del paciente.

Comunicación Efectiva

Seguridad en el proceso de medicación.

Seguridad en los procedimientos.

**Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la
Atención de la Salud (IAAS).**

Reducir el riesgo de Úlceras por decúbito (UPP)

**Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de
caídas**

**Registro y análisis de eventos centinela, eventos
adversos y cuasi fallas**

Cultura de seguridad del paciente.

**Metas
internacionales
de Seguridad
del paciente.**



Gracias!!