

SWISS MEDICAL

G R O U P

# El rol de Enfermería en la Seguridad de los Pacientes

Fernanda Suarez



# Hoja de ruta

1. Seguridad del Paciente: Historia y evolución
2. Definiciones de:
  - Seguridad del Paciente
  - Calidad Asistencial
3. El rol de enfermería en la Seguridad de los pacientes



## Una frase para la reflexión:



**“Hay algunos pacientes que no podemos ayudar, pero no hay ninguno que no podamos dañar”.**

**A. Bloomfield (1888-1962)**



SWISS MEDICAL  
G R O U P

**Ninguna intervención en salud o enfermedad es inocua, en consecuencia, los grados de calidad dependen del interjuego que tienen en cada circunstancia los beneficios y los riesgos.**



**SWISS MEDICAL**  
G R O U P

## Ha pasado el tiempo...



- Establecía que: “El médico que produce la muerte de alguien libre, en el tratamiento, o quien deja ciego a un ciudadano libre, se le amputarán las manos; si quien muere es un esclavo, pagará el médico su precio; si lo dejara ciego, pagará la mitad de su precio”.
- Entre los pueblos antiguos, hay noticias de que los Visigodos y los Ostrogodos entregaban el médico a la familia del paciente fallecido por supuesta impericia, para que lo ajusticiaran como mejor entendieran.

**Código de Hammurabi (2400 a.C.)**

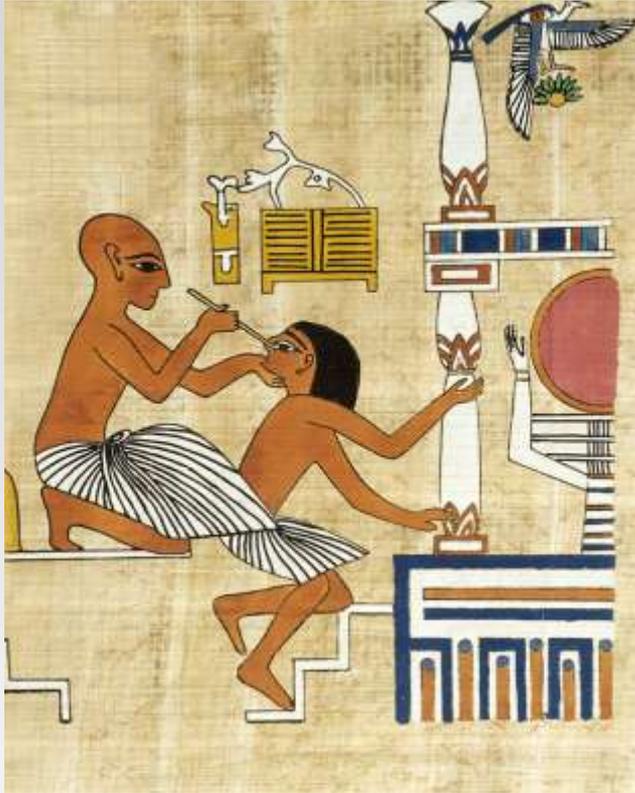
## Ha pasado el tiempo...



- Otros códigos antiguos, establecían penas para los médicos que no aplicasen con rigor la medicina de su época. Así, ellos podrían tener las manos amputadas o perder la propia vida si el paciente quedase ciego o terminara falleciendo, cuando él fuese un ciudadano y, si fuera esclavo, indemnizarían a su señor (dueño) con otro siervo.

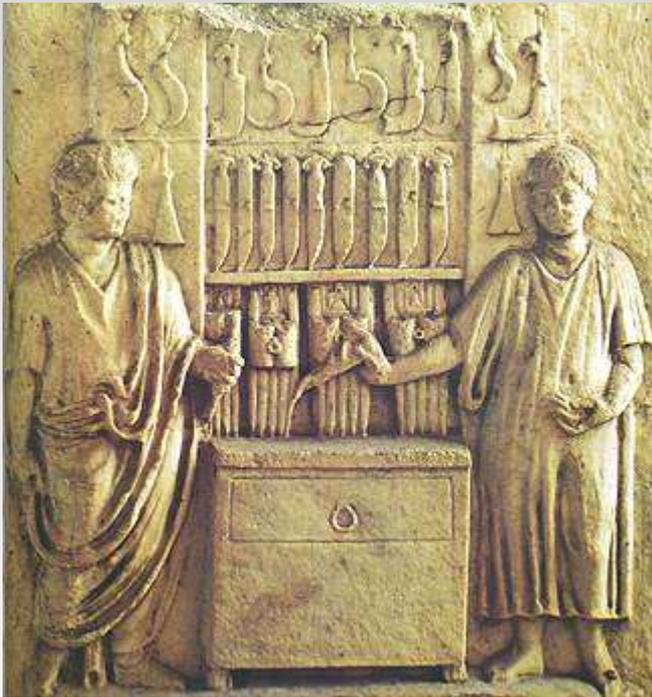
**El libro de los Vedas, el Levítico**

## Ha pasado el tiempo...



- Entre los egipcios, había una tradición de castigar al médico cuando este se apartaba del cumplimiento de las normas, y aún que el paciente se salvase, estaba el médico sujeto a penas diversas, inclusive la muerte.
- Entre los griegos había también un tratamiento riguroso del supuesto error médico. Se cuenta que “al mando de Alejandro Magno fue crucificado Clauco, médico de Efésio, por haber éste sucumbido a consecuencia de una infracción dietética mientras el médico se encontraba en un teatro”.

## Ha pasado el tiempo...



- En Roma, en la época imperial, los médicos pagaban indemnización por la muerte de un esclavo y con la pena capital la muerte de un ciudadano cuando eran considerados culpados por impericia (Ley Aquílea).
- En la Edad Media, la reina Astrogilda exigió del rey, su marido, que fuesen enterrados con ella los dos médicos que la trataban, a los cuales atribuía un tratamiento no exitoso.

## Ha pasado el tiempo...



Puede parecer extraño decir que el primer principio en un Hospital es no hacer daño a los enfermos.

Pero es necesario decirlo porque la mortalidad hospitalaria es muy alta comparada con la extrahospitalaria (1863)

**Florence Nightingale (1820-1910)**

# PROCESO DE ATENCIÓN MÉDICA



# ¿Qué sabemos sobre los errores y los eventos adversos?

## Magnitud del problema

**Los primeros estudios datan de los años 50 y 60.  
En los 90 se comenzó a disponer de evidencia científica:**

Harvard Medical Practice Study (EE.UU) (1991)

Quality in Australian Healthcare Study (Australia) (1995)

To error is human (IOM – EE.UU) (1999)

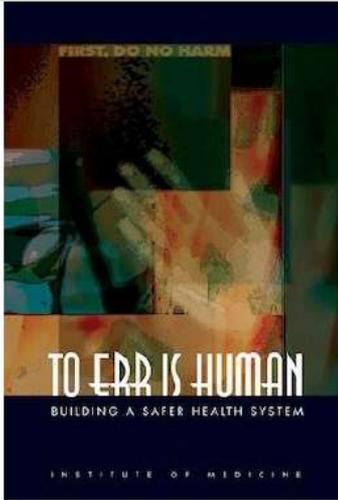
An organization with memory (R.U) (2000)

España: Estudios parciales (proyecto IDEA- FIS)

ENEAS – 2006 (Estudio Nacional efectos adversos)

IBEAS-2009 (Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica)

# EEUU. 1999 Instituto de medicina (IOM) Informe sobre seguridad de los pacientes



Errar es humano

Muertes anuales por errores asistenciales entre 44.000 y 98.000

Muertes anuales por errores en la medicación 7.000

El 4% de los pacientes sufre algún daño en el Hospital, el 70% de estos produce una incapacidad, y el 14% son mortales.

El Departamento de Salud del Reino Unido, en su informe de 2000, An organization with a memory, estimó que se producen eventos adversos en cerca del 10% de las hospitalizaciones, es decir, 850.000 EA al año.

## Prevalencia de Eventos

# Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica

- 5 países
- 58 Centros
- 11.555 pacientes
- Prevalencia global: 19,8%
- **60% evitables**

"IBEAS es un proyecto dirigido por el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y la Organización Mundial de la Salud en colaboración con los Ministerios de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú y gestionado por la Organización Panamericana de la Salud".

2007-2008

## Resultados de IBEAS

### En el estado físico del paciente:

De cada 100 pacientes que sufrieron incidentes dañinos,

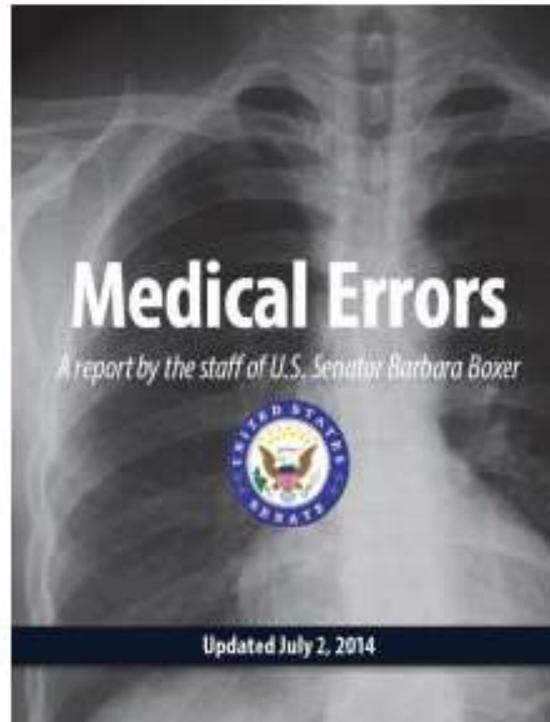
- 7 murieron (2 como consecuencia directa del incidente y 5 por la suma del incidente con otras condiciones)
- 17 quedaron con una incapacidad total
- 12 con una incapacidad severa y
- 64 con incapacidades leves o sin incapacidad

### En los días extra en el hospital:

De cada 100 incidentes dañinos,

- 63 alargaron la estancia en el hospital, 18 dieron lugar a un reingreso y sólo 19 no tuvieron efectos sobre los días de estancia en el hospital

2014



**210.000 y 440.000 pacientes que acuden al hospital sufren algún tipo de daño evitable que contribuye a su fallecimiento.**

# Seguridad del Paciente a nivel internacional

- ✓ Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes (**OMS/OPS**). 2004
- ✓ Comité Europeo de Sanidad. Declaración de Luxemburgo. **Unión Europea**.
- ✓ AHRQ. Agencia para la investigación de los cuidados de la salud y calidad. **EE.UU.**
- ✓ JOINT COMMISSION o JCAHCO. Comisión conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Salud. **EE.UU.**
- ✓ Institute for Healthcare Improvement. **EE.UU.**
- ✓ Institute of Medicine. **EE.UU.**
- ✓ National Quality Forum. **EE.UU.**
- ✓ Canadian Patient Safety Agency. **Canadá**.
- ✓ National Patient Safety Agency. **Reino Unido**.
- ✓ Patient Safety International. **Australia**.
- ✓ Ministerio de Sanidad y Consumo. **España**.
- ✓ Fundación Avedis Donabedian. **España**.
- ✓ .....

En Argentina

**Seguridad del Paciente y Error en Medicina**  
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES EPIDEMIOLÓGICAS  
Academia Nacional de Medicina

**DESTACADOS**  
Los días 28 y 29 de noviembre se realizaron las 4<sup>o</sup> Jornadas de Seguridad en la Atención Médica de los Pacientes en Buenos Aires.

En las exposiciones del Dr. Dennis S. O'Leary, presidente de la Academia Nacional de Medicina, Dr. Carlos Velásquez de OPS; Dres. Karen Timmons y David Jaimovich, de la OPS; Dra. Esperanza y Guillermo Williams del Ministerio de Salud de la Nación, y Dr. Roberto Luca del Instituto de Investigaciones Epidemiológicas.

**4<sup>o</sup> Jornada de Seguridad en la Atención Médica de los Pacientes**  
28 y 29 de Noviembre de 2007

Implementación exitosa de un programa para la Seguridad en la Atención Médica de los Pacientes

**2008**  
Nuestros deseos de felicidad para el año que se inicia.

# Seguridad del Paciente en Argentina

## Comités

- ✓ Hospital Italiano
- ✓ Hospital Austral
- ✓ Hospital Argerich
- ✓ Hospital Británico
- ✓ Fundaleu
- ✓ Clínica del Sol
- ✓ Sanatorio Allende
- ✓ Hospital Garrahan
- ✓ Hospital Alemán
- ✓ Hospital Posadas
- ✓ CEMIC
- ✓ Sanatorio Otamendi
- ✓ Hospital de Clínicas
- ✓ **Swiss Medical Group**
- ✓ ...

25 de marzo 2010



SWISS MEDICAL  
G R O U P



SWISS MEDICAL  
G R O U P

# Seguridad del Paciente

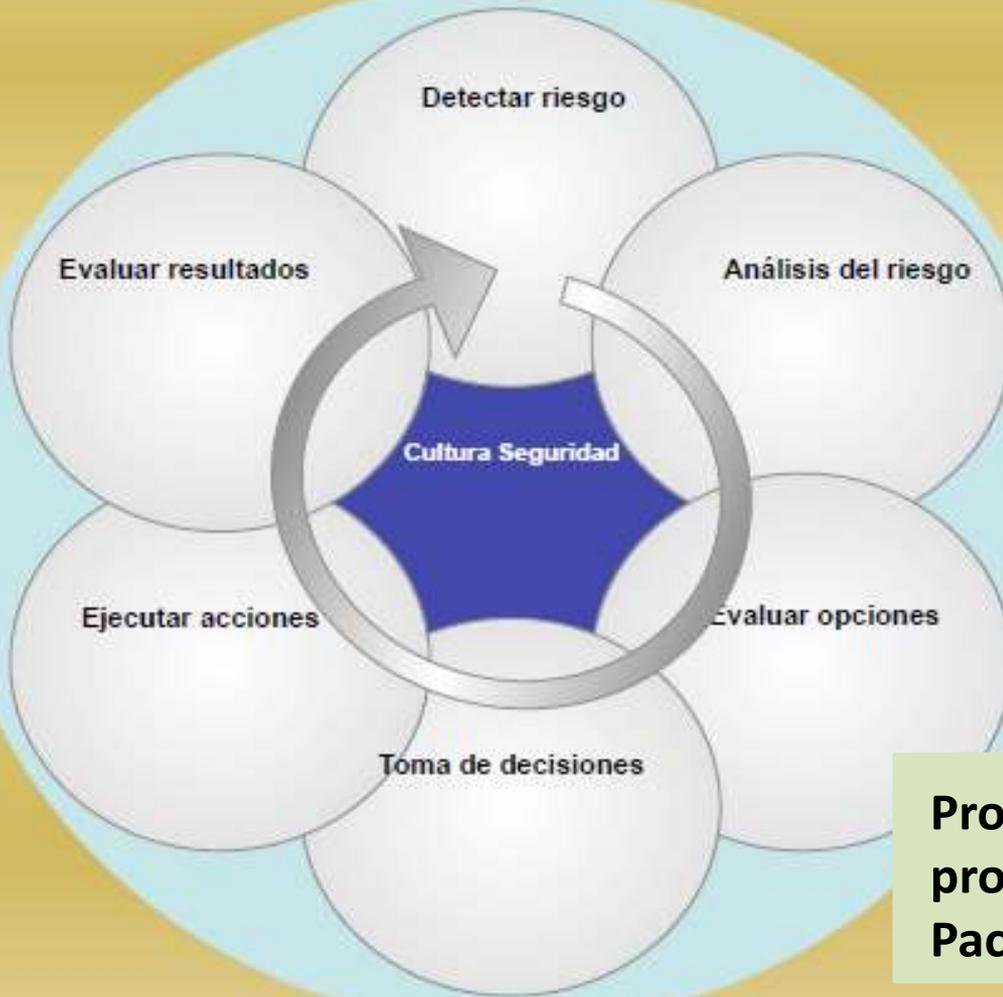
## ¿De qué estamos hablando?

“Es el conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos”

Reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de los óptimos resultados para el paciente.



# Seguridad del Paciente



Proceso por el cual una organización proporciona cuidados seguros al Paciente

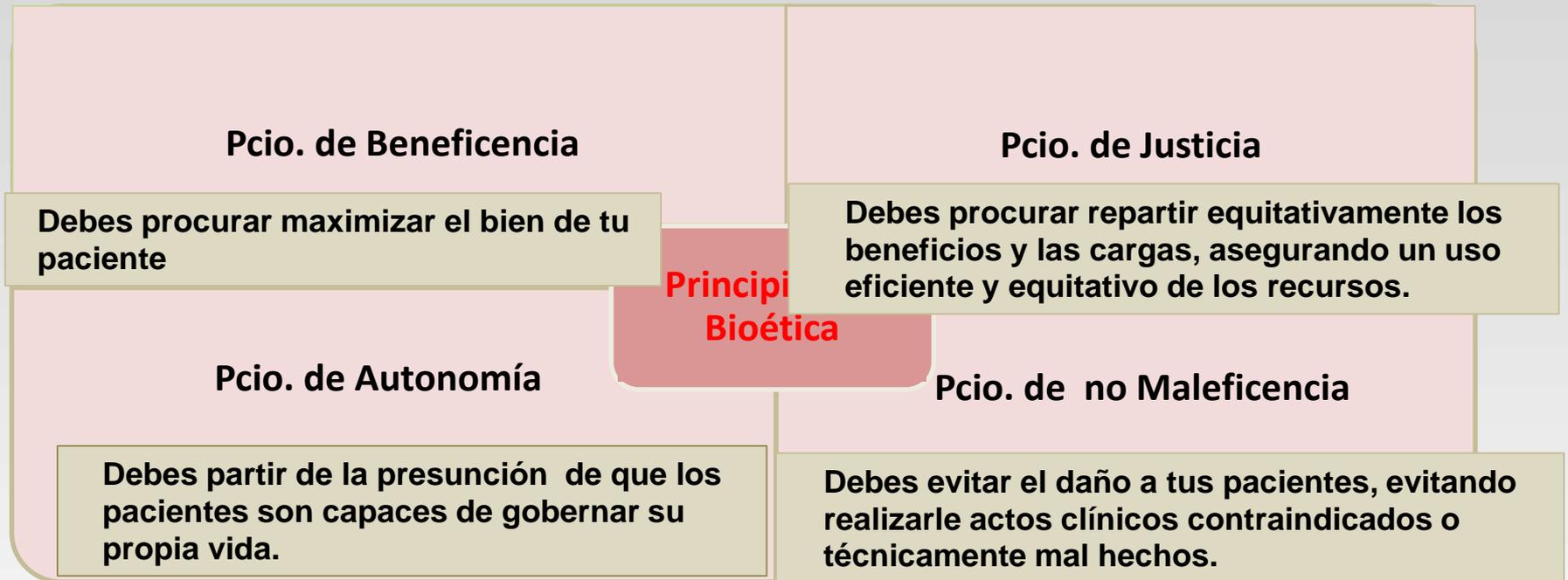
La enfermera, desde su competencia profesional, tiene el deber de proporcionar al paciente unos cuidados óptimos que favorezcan su recuperación en el menor tiempo posible y minimicen las complicaciones que puedan surgir a lo largo del tratamiento.



La Enfermera/o: Es el profesional clave en la Seguridad del Paciente.

- ✓ La enfermería es esencial para mejorar la seguridad de los pacientes.
- ✓ Es una fuerza técnico-científica para liderar las iniciativas de la Seguridad de los Pacientes.

# Motivaciones éticas que subyacen a la preocupación por la Seguridad de los pacientes



La enfermera debe ser consciente de su responsabilidad ante la calidad del cuidado que presta al paciente, a la Institución, a la ética, a las leyes y a las normas de la profesión , y también a la contribución de su desempeño en la valuación del cuidado y satisfacción de los pacientes.



# Calidad Asistencial



“Calidad de atención, es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar, después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes”

**Avedis Donabedian (1919-2000)**

El profesional debe saber que está éticamente obligado a proteger a su paciente del daño mediante el cuidado esmerado de la calidad de su práctica profesional. Esto significa hacerse responsable de adquirir y mantener altos estándares de calidad científico-técnica.



# ¿Cuáles son las metas de un cuidado de Calidad?

**Oportuno:** disminuyendo los plazos de espera y las demoras, que en oportunidades generan daño

**Seguro:** evitando lesiones o daño a los pacientes por parte del sistema y sus integrantes.

**Centrado en el paciente.**

**Efectivo:** brindando la atención a quien corresponde y evitando tanto la subprestación como la sobreprestación y la malprestación.

**Justo y equitativo:** evitando la variación cualitativa por cuestiones como características personales, condición socio-económica y ubicación geográfica

**Eficiente:** mejorando la ecuación costo- beneficio y evitando el gasto excesivo.

## Calidad en Enfermería

- ❖ La calidad en Enfermería es un proceso que pretende alcanzar el más alto grado de excelencia en la realización de los cuidados.
- ❖ Para conseguirlo es necesario la existencia de un proceso de mejora continuo en el que participen todos los profesionales.



## Proceso de Mejora

Cada profesional debe asumir la responsabilidad de evaluar periódicamente su actividad, lo que conlleva a detectar las deficiencias, las causas que las originan e introducir las medidas apropiadas con el fin de mejorar o mantener los estándares en niveles óptimos.



## Enfermería del Presente Compromiso con la Seguridad

El concepto **Cuidado lleva implícito la Seguridad**, por lo tanto, no puede haber seguridad sin enfermería, ni auténtica enfermería sin seguridad.



La Seguridad del Paciente, es una responsabilidad en el acto del cuidado.

# Objetivos

- Disminuir los eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería
- Implantar estrategias de prevención de riesgos
- Monitorización de indicadores de Seguridad
- Fomentar la Cultura de Seguridad entre los Profesionales de Enfermería



## Definiciones

**Incidente:** Desvío del proceso normal de atención que generó o pudo generar daño en el paciente. Es decir el daño puede ser potencial. Por ejemplo, se cae un paciente de la camilla, se golpea pero no sufre ningún daño, es un incidente. No necesariamente implica un error.

**Evento Adverso:** es cuando el incidente causa daño efectivo. Injuria o daño no físico no intencionado como resultado o como contribución de un acto derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad del paciente. Ej.: Por ejemplo en el caso anterior, la caída le produce una fractura.



Institute of Medicine 1999

## Eventos adversos más frecuentes en enfermería:

Relacionados con el cuidado de enfermería :

- ✓ Errores en la administración de medicamentos
- ✓ Errores en identificación e inadecuada interpretación de signos y síntomas
- ✓ LPP
- ✓ Caídas de pacientes hospitalizados
- ✓ Errores de identificación de paciente
- ✓ Quemaduras
- ✓ IACS
- ✓ .....

Cada EA deberá ser evaluado en un contexto de tiempo, modo y lugar.

## Deberes frente al Evento Adverso

- Prevenir el riesgo
- Minimizar el riesgo
- Mitigar sus consecuencias
- Evitar que se repita
- Identificar error causa y tomar acciones



Búsqueda activa del error latente

Gestión del riesgo

Cultura de la Seguridad

- Deberes éticos



- **Con el paciente**
- **Con la sociedad**

## La Gestión de Riesgo implica

- Asumir que van a ocurrir eventos adversos.
- Hacerse cargo de ellos.
- Tener la certeza de que un gran porcentaje de ellos son evitables.
- Trabajar en la prevención de eventos adversos evitables.

***“Brindar el mayor beneficio probable con el menor error posible”***

## Estrategia

# Crear una cultura de la seguridad no punitiva que permita aprender de los errores

- Comunicar los errores
- Analizar las causas
- Discutir las estrategias para evitarlos



## Cambio cultural

# Beneficios de una cultura de la seguridad

Impacto positivo en el funcionamiento de la organización.

- Transición desde **Análisis de Fallos** → **Mejora Continua**
- El personal está informado de **QUÉ PUEDE IR MAL** y **QUÉ HA IDO MAL** (no rumor / temor)
- Reducir la **RECURRENCIA y SEVERIDAD** ↓ debido al aprendizaje.
- **DAÑO / IMPACTO** al paciente ↓ (prevención + comunicación)
- Personal con menos stress, culpabilidad, falta de confianza... al ocurrir menos **EVENTOS ADVERSOS**.
- Reducción de costos extra-tratamiento.
- Reducción de costos de RECURSOS requeridos para gestionar quejas y reclamos.
- Reducción de costos sociales (bajas pacientes) y financieros (pagos por incapacidades).

**Monitorizar indicadores** dentro de la gestión de seguridad, es una estrategia de prevención de los problemas de seguridad.

Monitorización: Medición sistemática y planificada de indicadores con un objetivo muy concreto:

“Saber lo que se puede mejorar y así conocer sobre qué hay que actuar”

## GESTIÓN DEL RIESGO



Los procedimientos y procesos implantados en materia de seguridad se les realiza un **seguimiento y evaluación**.

Para ello se han definido los distintos Indicadores de Seguridad del Paciente.



## Definición de indicador

Se define como un medio para constatar, estimar, valorar, controlar y autorregular los resultados de un proceso. La aplicación de un indicador requiere condiciones específicas y fijas para no alterar el resultado.

Los indicadores deben evaluarse en forma permanente.

Un indicador de calidad es una herramienta de detección para identificar una potencial atención médica subóptima.

## Indicadores de Calidad:

**Estructura** refleja las características del medio donde se dan los cuidados: recursos materiales, humanos y la estructura de la organización.

**Proceso** incluye todas las actividades de los profesionales en la realización del diagnóstico, cuidados y tratamiento del paciente.

**Resultado** refleja los efectos tanto del proceso como de la estructura.

# Indicadores de Calidad

## Estructura

- Relación pacientes enfermeros
- Estrategia para evitar errores durante la administración de medicamentos
- Protocolos de admisión y alta
- Interrupción diaria de la sedación
- Tasa de ocupación completa de camas
- Tasa de admisiones retrasadas
- Tasa de altas retrasadas
- Tasa de readmisión a UTI
- Costo promedio/día en UTI
- .....

# Indicadores de Calidad

## Proceso

- Estadía en UTI
- Días de ventilación mecánica
- Soporte nutricional precoz
- Tasa de ocupación de camas
- Evaluación adecuada del dolor
- Uso apropiado de sedación
- Profilaxis de úlcera gástrica
- Profilaxis TVP
- Tasa de pacientes tratados según las guías
- Tasa de fibrinólisis en pacientes con IAM
- Tasa de pacientes evaluados por un médico en 24 hs

# Indicadores de Calidad

## Resultado

- Tasa de neumonía asociada a la ventilación mecánica (VM)
- Tasa de trombosis venosa profunda (TVP)
- Tasa de Mortalidad Hospitalaria por APACHE
- Tasa de Lesiones por decúbito
- Tasa de infecciones por gérmenes resistentes
- Tasa de infecciones asociadas a catéter
- Tasa de mortalidad en UTI
- Satisfacción del paciente y la familia

## Indicadores de Calidad:

### 1. Porcentaje de pacientes con valoración de riesgo de caída al ingreso:

$$\text{N}^\circ \text{ de pacientes con valoración del riesgo de caída al ingreso} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ total de altas}$$

### 2. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de riesgo de caída que han sufrido una caída:

$$\text{N}^\circ \text{ de pacientes con diagnóstico "Riesgo de caída" que han sufrido una caída} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes con diagnóstico de "Riesgo de caída"}$$

### 3. Porcentaje de pacientes sin diagnóstico de riesgo de caída que han sufrido una caída:

$$\text{N}^\circ \text{ de pacientes sin diagnóstico de "Riesgo de caída" que han sufrido una caída} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes sin diagnóstico "Riesgo de caída"}$$



#### **4. Porcentaje de caídas:**

N° de caídas de pacientes x 1000/ N° de días cama

#### **5. Porcentaje de pacientes con lesión debido a caídas:**

N° de pacientes con lesión x 100/ N° de pacientes con caídas



## Seguridad del paciente: la importancia de generar información sobre la atención en salud

### Detalles

Última actualización: 26 Abril 2013

**Buenos Aires, 26 de abril de 2013 (OPS/OMS).**- La Organización Panamericana de la Salud (OPS), que funciona como oficina regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), declaró que la incorporación de sistemas de información y evaluación sobre el funcionamiento de los servicios de salud y de un registro de los eventos adversos permite mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente. Así lo indicó durante un encuentro nacional organizado por la Universidad del Salvador con el Ministerio de Salud de la Nación y el auspicio de la OPS/OMS.

Además, la inclusión de la seguridad del paciente en la educación de futuros profesionales en salud, la revisión de marcos normativos y el diálogo y las negociaciones de los gerentes de

ser  
Ba  
aut  
"El  
pre  
sub

El profesional de la salud es una pieza clave de la calidad asistencial que precisa conocimientos, destrezas, recursos y un entorno normativo que defina las características de las prestaciones....

El representante de la Organización también resaltó la importancia de crear incentivos de productividad a partir de metas y trabajo en redes con la población que rodea el centro de salud y sumar las nuevas tecnologías de la información para facilitar el registro del funcionamiento del servicio y la información oportuna a los usuarios.



### Centro de prensa

Página inicial

Comunicados

Noticias

Noticias de los países

Hojas informativas

Infografías

Campeones de la Salud

Héroes de la Salud  
Pública

Campañas

## Enfermería en las Américas - Datos



Materiales de



## El personal de enfermería es importante porque



Está en la primera línea de atención a la salud



Promueve la salud y la prevención de enfermedades



Desarrolla actividades docentes en las escuelas, universidades y en los servicios de salud, en la capacitación al personal de salud y en la promoción y educación sanitaria



Genera nuevos conocimientos científicos que influyen en la práctica clínica de enfermería



Gestiona los servicios, programas de salud y cuidados de enfermería a los individuos, familia y comunidad





## Red Internacional de Enfermería y Seguridad de los Pacientes - RIENSEP



### Red Internacional de Enfermería y Seguridad de los Pacientes - RIENSEP

**Año de creación**

2004 - 2005

**Países coordinadores**

Argentina

María Cristina Cometto

México

Rosa Zarate Amarilis

Ecuador

Carmen Falconi

**Países miembros**

**País**

**Sigla**

**Año de creación**

**Nº miembros**

**Coordinadores Nacionales**



## A tener en cuenta:

- ✓ Es un deber ético de las enfermeras alertar a las instancias pertinentes acerca de las situaciones de estructura, proceso o resultado que vulneren la seguridad de los pacientes.
- ✓ La prevención del daño depende de evitar el error y evitarlos representa haber aprendido de los ya cometidos y desarrollar métodos que reduzcan las probabilidades de recurrir.
- ✓ Aprender de los cometidos exige descubrirlos, reconocerlos en el sentido de aceptar la responsabilidad y comunicarlos como fuente de trabajo.
- ✓ La máxima seguridad del paciente se consigue por un conocimiento adecuado de los riesgos, la prevención y protección de aquellos que hay que asumir de forma inevitable. Porque seguridad no es igual a ausencia de riesgo.

## Desafíos en Seguridad de Paciente

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



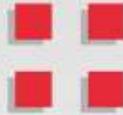
## Actividades

- ✓ Sensibilización del personal en el tema de SP (Ateneos, Recorridas, Capacitación)
- ✓ Promover el desarrollo de una cultura organizacional no punitiva y proclive al análisis de su propia actuación
- ✓ Identificar problemas y prácticas posibles para mitigar los eventos adversos en cada sector
- ✓ Incrementar el reporte voluntario de eventos adversos
- ✓ Fomentar el establecimiento de una Cultura de la Seguridad del Paciente

***La Seguridad del Paciente es un proceso,  
y sólo podemos construirlo trabajando en  
equipo***



Muchas gracias!!!!



SWISS MEDICAL  
G R O U P

