

### GESTION DEL ERROR ASISTENCIAL EN EL HOSPITAL PUBLICO MATERNO INFANTIL

Comité de Seguridad del Paciente

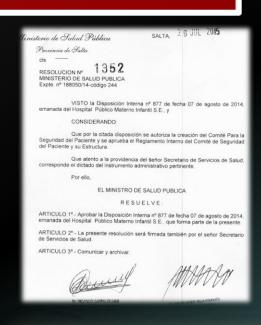
### Comité de Seguridad

#### Creación:

Disposición interna Agosto 2014 Resolución Ministerial Julio 2015

#### Conformación multidisciplinaria:

Rosa Abdenur (Salud Mental)
Liliana Corimayo (Enfermería)
Claudia Ezpeleta (Odontólogía)
Adriana Falco (Infectología)
María E. Szanto (Gestión de Pacientes)
Virginia Ocaña (Farmacia)
Mónica Zuleta (Enfermería)
Gloria Méndez (Terapia Intensiva)





### HOSPITAL DE REFERENCIA EN TOCOGINECOLOGIA-NEONATOLOGIA Y PEDIATRIA DE LA PROVINCIA DE SALTA



**CAMAS: 393** 

**URGENCIAS: 170.000 CONSULTAS: 125.000** 

**EGRESOS: 44.600** 

# Dimensiones de la calidad en la atención médica

Seguridad Accesibilidad **Oportunidad Efectividad** Eficiencia Equidad Atención centrada en el paciente



#### **RELACION ENTRE CALIDAD Y SEGURIDAD**

Elevar el techo

**CALIDAD** 



CALIDAD



**SEGURIDAD** 

Garantizar la base

Stevens P, Matlow A, Laxer RM. Pediatr Clin N Am 2006 (53): 1255 (modif.)

### Objetivos del Comité

Generar acciones para alcanzar las "Metas Internacionales"

Identificar los errores que se producen, para aprender de ellos y crear barreras que eviten que los mismos errores se repitan





"Enfocarse en el proceso, no en las personas"

(Lucien Leape, 1998)



#### **CULTURA JUSTA**

Se centra en la identificación y abordaje de las debilidades del sistema, pero exige la responsabilidad individual mediante tolerancia cero al comportamiento imprudente o irresponsable



(Ceriani Cernadas, 2013)



PRINCIPIOS RECTORES DE LA ACTIVIDAD DEL COMITE

#### **HERRAMIENTAS DE TRABAJO**

Notificación y análisis del error

Análisis de causa-raíz

Protocolo de seis pasos



Capacitación y consenso

### Notificación voluntaria y anónima de Incidentes y Eventos Adversos





#### Formulario de Notificación de Incidentes y Eventos Adversos relacionados con la atención de salud

La Notificación de los Eventos Adversos (EA) es voluntaria y anónima.

Tiene como objetivo identificar y priorizar factores del sistema que implican riesgos y que deben ser examinados para aprender de ellos y producir mejoras.

- l. Fecha de Notificación: ...../...../....../
- II. Unidad donde se produjo el suceso: ...
- III. Función que desempeña en el HPMI la persona que notifica: .....
- IV. El suceso se trata de (marque la opción que corresponda):
  - Casi falla: Se produjo un error que no llegó al paciente porque se
  - ☐ Error sin daño: El error llegó al paciente, pero no le causó daño

#### Evento Adverso:

- ☐ Infección asociada al cuidado de la salud
- ☐ Daño REVERSIBLE¹
- ☐ Daño IRREVERSIBLE o Muerte¹
- V. Número de Historia Clínica: .....
- VI. Descripción del suceso:



**Identificar** 







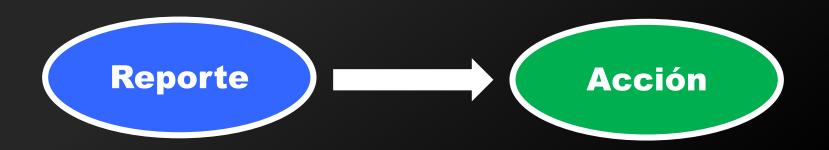
Analizar



**Aprender** 



**Prevenir** 



El reporte en sí mismo no mejora la seguridad

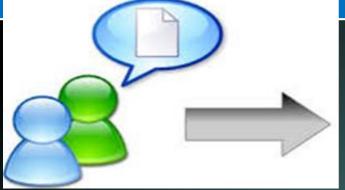
Es la respuesta al reporte lo que conduce al cambio

Estos sistemas sólo tienen sentido en la medida en que el reporte origina una acción de mejoramiento en la seguridad

### ¿Qué pretendemos lograr con el sistema de notificación ?



- 1. Aprender del error notificado
- 2. Generar barreras
- 3. Favorecer la creación de una <u>cultura</u> de seguridad





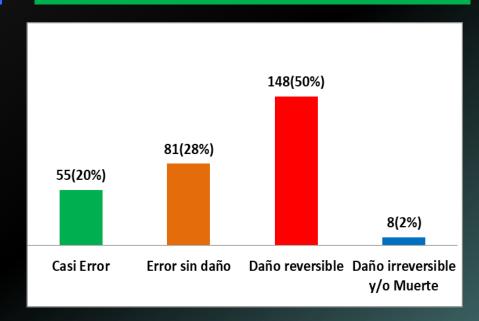
### Notificación de Incidentes del HPMI Junio 2017 – Mayo 2019 Total de Notificaciones : 292

## Clasificación de los Incidentes (Total=292)

165
(57%)
123 (42%)
25%
4 (1%)

Procedimientos Comunicación Medicación
- protocolos

## Incidente según el impacto sobre el paciente (Total= 292)



Estudio Nacional sobre Eventos Adversos Ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Febrero de 2006

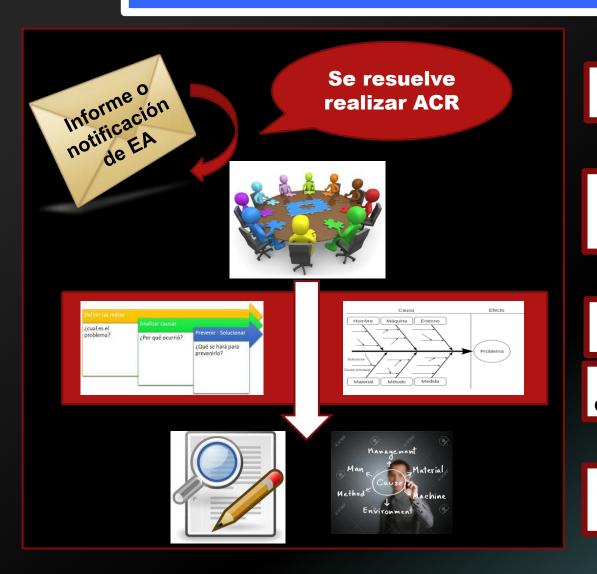
**ENEAS-2006** 

## Implementación de mejoras



- Protocolo de identificación de pacientes
- Prescripciones médicas informatizadas
- Pases de sala interdisciplinarios
- Talleres para compartir las "lecciones aprendidas"
- Protocolos de prevención de IACS
- Ateneos de capacitación, retroalimentación y consenso

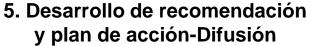
### **Análisis Causa-Raíz**



1. Identificación y selección del evento



- 3. Construcción de mapa de hechos y línea de tiempo
- 4. Análisis de los factores contribuyentes y de las barreras

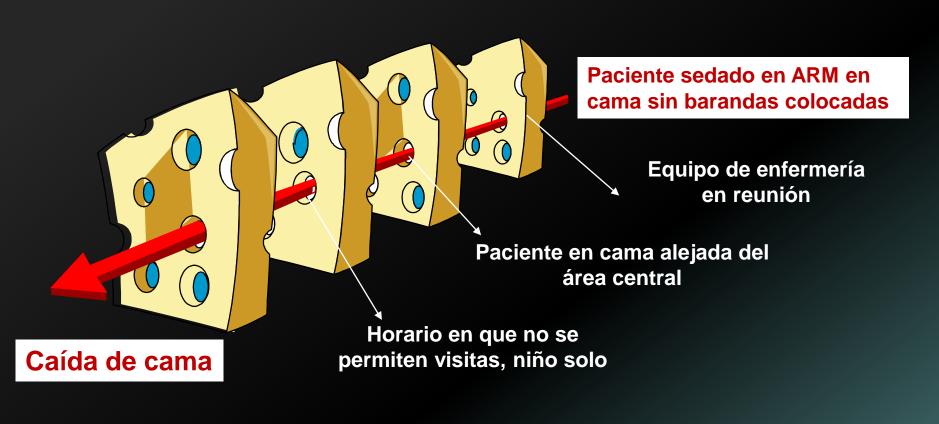


### NO SE PREGUNTA QUIÉN COMETIÓ EL ERROR

SINO QUÉ PASÓ, CÓMO PASÓ Y POR QUÉ PASÓ.



## PACIENTE EN ARM SUFRE CAIDA DE CAMA



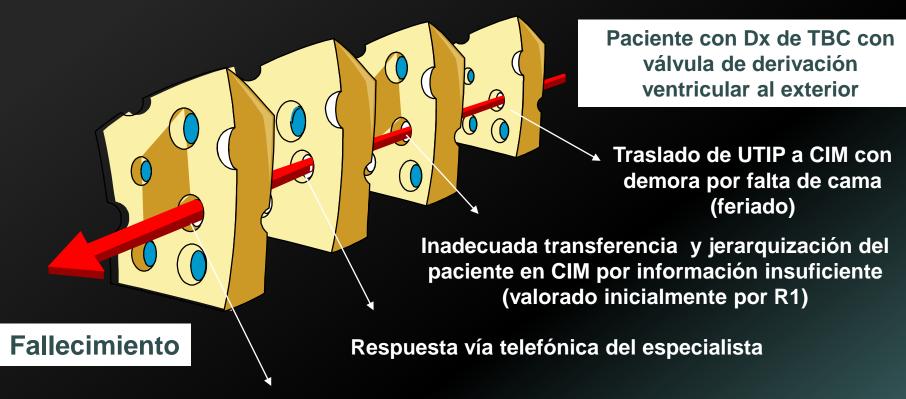
## PACIENTE EN ARM SUFRE CAIDA DE CAMA

Protocolo de caídas

Favorecer presencia de padres en UTIP

Colocar cámaras y monitores centrales en UTIP

## PACIENTE QUE FALLECE EN CIM A LAS 12 HORAS DE SU DERIVACIÓN DESDE UTIP



Administración no segura de medicamentos (vancomicina). Registro diferido

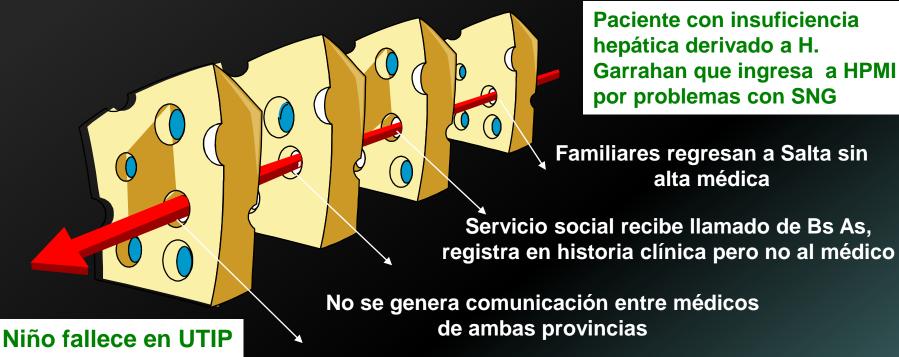
### PACIENTE QUE FALLECE EN CIM A LAS 12 HORAS DE SU DERIVACIÓN DESDE UTIP

Crear un instrumento para mejorar la calidad de la información durante la transferencia de pacientes

Reglamentar el funcionamiento de guardias pasivas

Trabajar en la estandarización de la administración de medicamentos y el registro de enfermería

### NIÑO FALLACE POR SHOCK HIPOVOLEMICO SECUNDARIO A RUPTURA DE <u>VARICES ESOFÁGICAS</u>



Niño fallece en UTIP luego de shock hipovolémico

Pase de UTI a CIM sin correcta categorización. Durante traslado para ecografía comienza con vómitos de sangre.

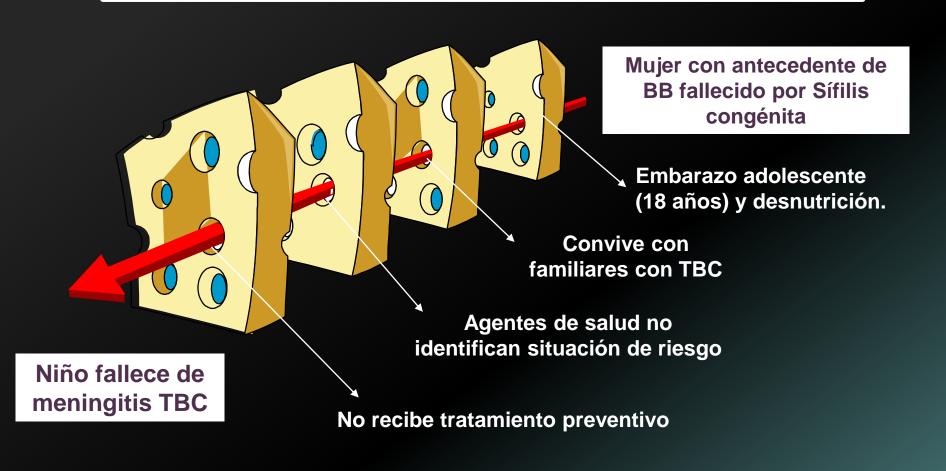
### NIÑO FALLACE POR SHOCK HIPOVOLEMICO SECUNDARIO A RUPTURA DE VARICES ESOFÁGICAS

Asegurar la transferencia de pacientes en el término de 2 hs de la comunicación de la misma.

Valorar estabilidad clínica y riesgo/beneficio de traslado para estudios complementarios

Crear la figura de enfermero "Gestor de caso"

### RECIEN NACIDO FALLECE DE TBC NEONATAL



## RECIEN NACIDO FALLECE DE TBC NEONATAL

Revisar los mecanismos de seguimiento de pacientes con TBC y sus contactos

Mejorar la comunicación interinstitucional



### PROTOCOLO DE 6 PASOS

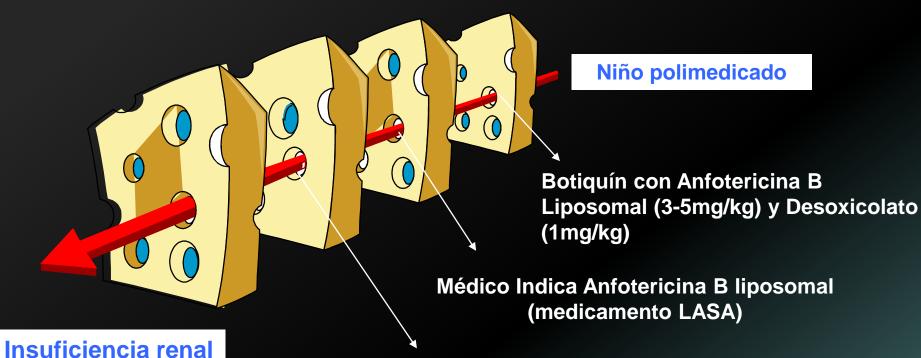
Descripción detallada de proceso

Identificación de los errores Identificación de factores predisponent es

Descripción de las barreras que no funcionaron

Explicación de las causas de falla de las barreras Propuesta de mejoras y nuevas barreras

## NIÑO CON DIAGNÓSTICO DE LLA CON INTERCURRENCIA DE IRA



Enfermero administra Anfotericina Desoxicolato a dosis de Anfotericina liposomal

## NIÑO CON DIAGNÓSTICO DE LLA CON INTERCURRENCIA DE IRA

# Prescribir Anfotericina DESOXICOLATO o Anfotericina LIPOSOMAL

Retirar Anfotericina de botiquines

Dispensar Anfotericina identificada con nombre del paciente

### **APRENDIZAJE**

Informar los resultados del análisis y las recomendaciones a los directivos y fundamentalmente a quienes participaron del ACR



### **DESAFIOS**

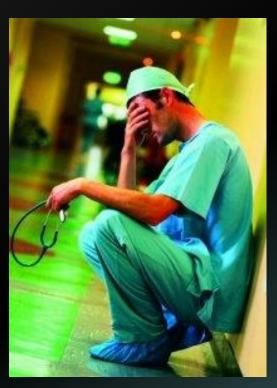


Lograr un cambio de paradigma: desde el de la CULTURA PUNITIVA a la del APRENDIZAJE a partir del error

Lograr la implementación y la adhesión a las recomendaciones

### La segunda víctima





Sin duda, errar es humano, pero también es humano ajustar, adaptar, aprender, cuidar y consolar.



### MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN