

## 10° Jornada Abierta del Foro Latinoamericano Colaborativo en Calidad y Seguridad en Salud

Encuentro Subregional Latinoamericano  
de la Sociedad Internacional de Calidad



“MIRANDO MAS ALLA DE LA COBERTURA”

Buenos Aires 11-12-13  
Aires Septiembre

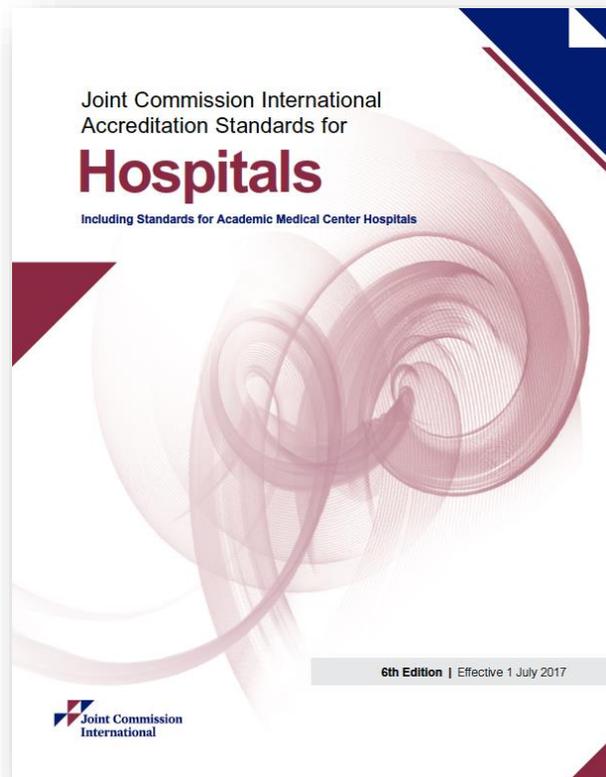


# Seguridad del Paciente 101

# TALLER SEGURIDAD DEL PACIENTE 101

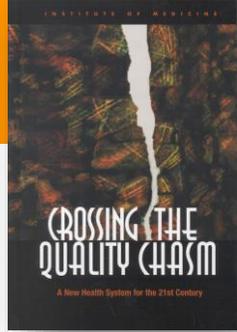
- 101
- Dinámica:
  - Introducción a Seguridad del Paciente: 10 minutos
  - Introducción a las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente: 20 Minutos
  - Consignas de trabajo: 5 minutos
  - Trabajo en equipos: 25 minutos
  - Feddback: 30 minutos

# Metas Internacionales de Seguridad del Paciente



## Sección II: **Estándares centrados en el paciente**

- Objetivos internacionales para la seguridad del paciente (IPSG)



# Calidad en Salud

- Efectiva
- Centrada en el Paciente
- Oportuna
- Eficiente
- Equitativa
- Segura

**Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century.** Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.

# MUERTES EVITABLES

Entre 44.000 y 98.000 anuales

- Errores médicos
  - Incluidas las IACS
- 1 avión cada día



**To Err is Human: Building a Safer Health System.** Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; [Kohn L, Corrigan JM, Donaldson MS, Washington \(DC\): National Academies Press \(US\); 2000.](#)

[Kohn L, Corrigan JM, Donaldson MS, Washington \(DC\): National Academies Press \(US\); 2000.](#)

10<sup>o</sup> Jornada Abierta del Foro Latinoamericano  
Colaborativo en Calidad y Seguridad en Salud

Encuentro Subregional Latinoamericano  
de la Sociedad Internacional de Calidad

ISQua

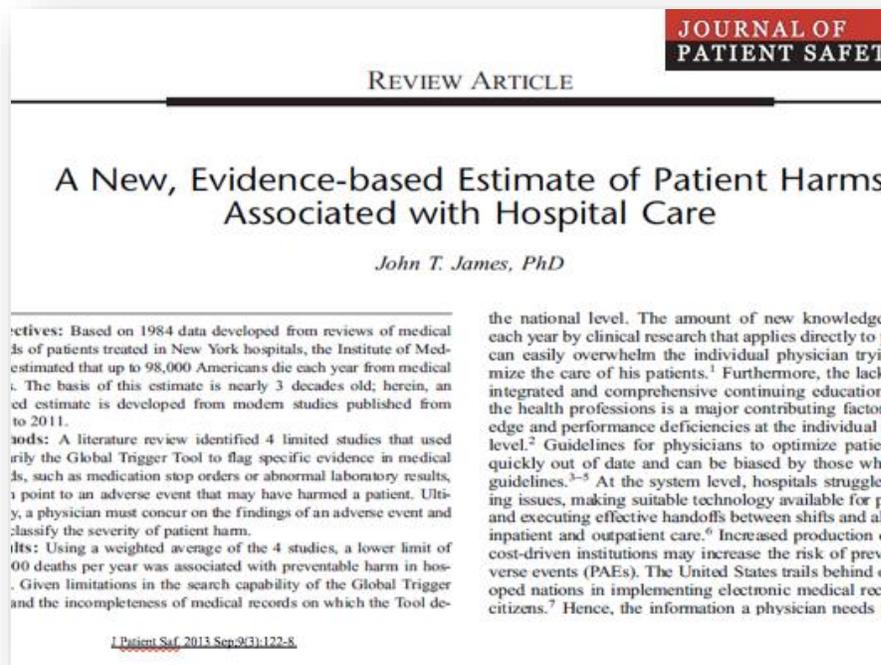
10  
Años

"MIRANDO MAS ALLA DE LA COBERTURA"

Buenos Aires 11-12-13  
Septiembre

# GLOBAL TRIGGER TOOLS

Daño en el 33% de las admisiones



James JT. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J Patient Saf.* 2013 Sep;9(3):122-8.



Classen DC<sup>1</sup>, Resar R, Griffin F, Federico F, Frankel T, Kimmel N, Whittington JC, Frankel A, Seger A, James B. 'Global trigger tool' shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health Aff (Millwood)*. 2011 Apr;30(4):581-9

10<sup>o</sup> Jornada Abierta del Foro Latinoamericano Colaborativo en Calidad y Seguridad en Salud

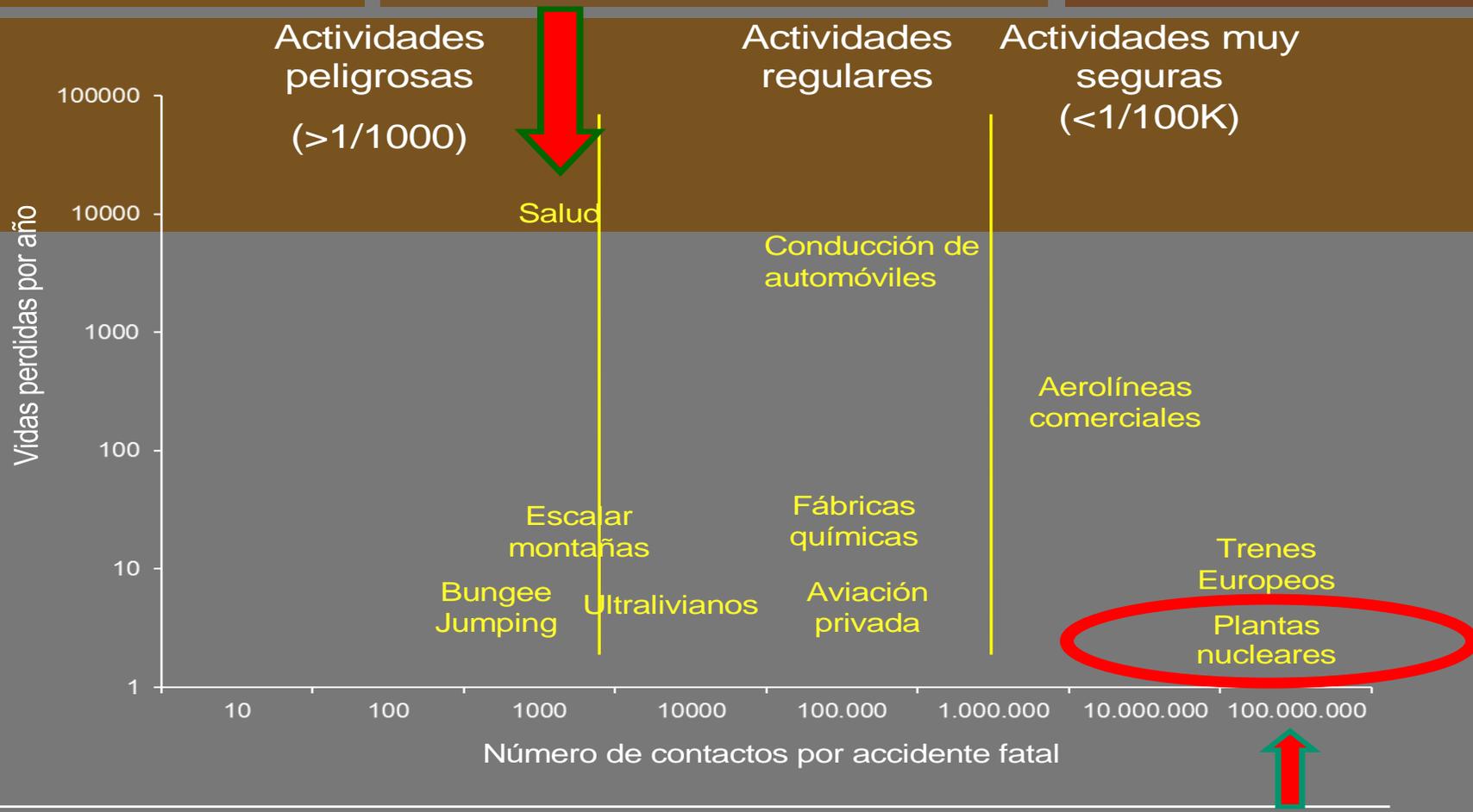
Encuentro Subregional Latinoamericano de la Sociedad Internacional de Calidad

ISQua



"MIRANDO MAS ALLA DE LA COBERTURA"

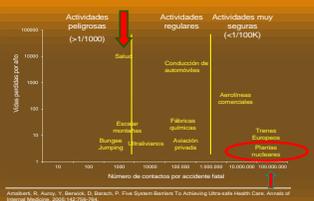
Buenos Aires 11-12-13



Amalberti, R, Auroy, Y, Berwick, D, Barach, P. Five System Barriers To Achieving Ultra-safe Health Care. Annals of Internal Medicine, 2005;142:756-764.



¿Seguridad?



JUEVES 25 DE AGOSTO DEL 2016 | 03:08

# Tras prueba de ADN descubrió que no es su hijo, ni de su mujer

Marcos Llaique y Maribel Unsaja creen que les entregaron otro bebe en el hospital Honorio Delgado de Arequipa

0 **Twitter**

30



Colaborativo en Calidad y Seguridad en Salud

10<sup>o</sup> Jornada Abierta del Foro Latinoamericano Colaborativo en Calidad y Seguridad en Salud

Encuentro Subregional Latinoamericano de la Sociedad Internacional de Calidad

ISQua

10 Años

"MIRANDO MAS ALLA DE LA COBERTURA"

Buenos Aires 11-12-16

# ¿Seguridad?



Amabile, S., Augé, Y., Barak, O., Barak, P. Five System Barriers To Achieving Ultra-safe Health Care. *Academy of General Medicine*, 2010, 14(7): 704.

CHINA

16 DE AGOSTO 2016 - 17:17

## Fue al hospital a ver nacer a su hijo, lo confundieron con un paciente y lo operaron



Acudí al hospital para vivir el nacimiento de su hijo y terminé operado de hemorroides por error. El padre tenía el mismo apellido que el paciente que realmente debía ser intervenido. Esto junto con los nervios del momento

6130 LEYERON ESTA NOTICIA

8 COMENTARON ESTA NOTICIA

### CRONOLOGÍA

- 16.08.2016 Locura total: una mujer bailó sobre el cadáver de un hombre que atropelló
- 16.08.2016 Fue al hospital a ver nacer a su hijo, lo confundieron con un paciente y lo operaron
- 14.08.2016 Héroe: vio que un nene iba a caer al vacío y trepó veinte metros para salvarlo
- 10.08.2016 Padres golpean y desnudan a un maestro porque había abusado de su hija

Colaborativo en Calidad y Seguridad en Salud

10° Jornada Abierta del Foro Latinoamericano Colaborativo en Calidad y Seguridad en Salud

Encuentro Subregional Latinoamericano de la Sociedad Internacional de Calidad

ISQua

10 Años

"MIRANDO MAS ALLA DE LA COBERTURA"

Buenos Aires 11-12-13 Septiembre

# ¿Seguridad?



Amabile, S., Atiyah, Y., Beaulieu, D., Bharat, P. Five System Barriers To Achieving Ultra-safe Health Care. *Academy of General Medicine*, 2010, 16(1): 20-24.

© 09/05/2018 - 11:46 | Clarín.com | Ciudades

Operativo de rescate

## Cayó un ascensor en un hospital odontológico de Almagro: reportan tres heridos

Ocurrió en el Jose Dueñas, ubicado en Muñiz y avenida Rivadavia. Trabajan en el lugar bomberos y 6 ambulancias del SAME.



Calidad  
salud

Maratón Abierta del Foro Latinoamericano  
Colaborativo en Calidad y Seguridad en Salud

Encuentro Subregional Latinoamericano  
de la Sociedad Internacional de Calidad

ISQua

10  
Años

"MIRANDO MAS ALLA DE LA COBERTURA"

Buenos Aires 11-12-18  
Septiembre

**FAIL!!**

**AMBU**

**112**

35 II 8357

**TVSERIESTK8**



# METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

## Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente:

*«Promueven mejoras específicas en términos de seguridad del paciente en áreas problemáticas de la atención sanitaria, y describen soluciones basadas en la evidencia o en el consenso de expertos».*

# METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

- **Meta 1:** Identificar Correctamente a los pacientes.
- **Meta 2:** Mejorar la Comunicación Efectiva.
- **Meta 3:** Mejorar la seguridad de los Medicamentos de Alto Riesgo.
- **Meta 4:** Garantizar la Cirugía Segura
- **Meta 5:** Minimizar el Riesgo de Infecciones asociadas a la Atención Sanitaria.
- **Meta 6:** Minimizar el Riesgo de Daño causado por Caídas al paciente hospitalizado y ambulatorio.





# META 1 IDENTIFICAR CORRECTAMENTE A LOS PACIENTES

- Utilizar al menos dos identificadores para verificar la identidad de un paciente. Evitar utilizar el N° de Habitación, ubicación del paciente o diagnóstico/procedimiento.
- Definir Momentos de identificación del paciente, ej: Antes de proporcionar un tratamiento; Antes de realizar un Procedimiento; Ante cualquier procedimiento diagnóstico, etc.
- Todo profesional que recepte o atienda al paciente debe VALIDAR que su intervención sea para el paciente correcto.



# META 1 IDENTIFICAR CORRECTAMENTE A LOS PACIENTES

## Elementos medibles – Definiciones que deben contemplarse en la Política:

- Los pacientes son identificados por medio de dos identificadores de paciente, que no incluyen ni el uso del número de habitación ni la ubicación del paciente en el hospital.
- Los pacientes son identificados antes de realizar procedimientos diagnósticos, de proporcionar tratamientos y de llevar a cabo otros procedimientos.
- El hospital garantiza la correcta identificación de los pacientes que se encuentran en circunstancias especiales, como por ejemplo pacientes comatosos o recién nacidos a los que no se les ha puesto nombre de manera inmediata.



## META 2 MEJORAR LA COMUNICACIÓN EFECTIVA

Establecer procesos seguros de comunicación entre los profesionales de la salud:

### Órdenes Verbales

- Emergencias y/o Urgencias, salas de operaciones, procedimientos asépticos:
- **CHECK-BACK**

### Resultados críticos de pruebas diagnósticas

- Resultados críticos. Solicitud de traslados de pacientes:
- **READ-BACK**

### Traspaso de comunicación

- **IPASS o I-SAER – Traspasos asistenciales**
- **Teach-Back o I-SAER – Familia o Paciente.**



## META 2 MEJORAR LA COMUNICACIÓN EFECTIVA

### Momentos en que se realizan Traspasos de Información

---

**1- Pases de guardia entre profesionales de la salud.**

---

**2- Transferencia de información entre distintos niveles de atención dentro del hospital (ej: pase de paciente del internado a la terapia intensiva).**

---

**3- Transferencias desde los servicios de internación a los servicios de diagnóstico, o viceversa.**

---

**4- Transferencias de información entre los profesionales de la salud y el paciente o familia.**



## META 2 MEJORAR LA COMUNICACIÓN EFECTIVA

### Elementos medibles – Definiciones que deben contemplarse en la Política:

- **IPSG 2:** El receptor debe registrar y leer nuevamente la orden verbal completa, y la persona que realizó la orden debe confirmarla. El receptor debe registrar y leer nuevamente la orden telefónica completa, y la persona que realizó la orden debe confirmarla. El receptor debe registrar y leer nuevamente el resultado completo de la prueba diagnóstica, y el individuo que proporcionó dicho resultado debe confirmarlo.
- **IPSG 2.1:** El hospital ha definido los valores críticos para cada tipo de prueba diagnóstica, quién notifica y a quién los resultados críticos de pruebas diagnósticas y qué información se debe registrar en la historia clínica del paciente.
- **IPSG 2.2:** Durante los procesos de transferencia de pacientes los profesionales intercambian la información de manera estandarizada. El proceso se apoya en formularios o métodos estandarizados para que sea completo y consistente. Se monitoriza la información sobre los eventos adversos que sean consecuencia de la comunicación durante las transferencias, y se utiliza para identificar cómo mejorar dichos procesos de transferencia y estas mejoras se implementan.



## META 3 MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO

- El hospital desarrolla e implementa un proceso para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
- El hospital desarrolla e implementa un proceso para manejar de manera segura los electrolitos concentrados.

### **Medicamentos de Alto Riesgo (AR)**

*Aquellos relacionados con un elevado porcentaje de errores y/o eventos centinela, así como aquellas sustancias que conllevan un mayor riesgo de abuso o de otros efectos adversos.*

**Medicamentos LASA** (aspecto o nombre parecidos)

3


**MEDICAMENTOS**  
 Mejora la seguridad de los medicamentos

## Meta 3 Mejorar la Seguridad de los Medicamentos de Alto Riesgo

### Estrategias:

- Indicación estandarizada y diferencial del medicamento de **AR**.
- Etiquetado del medicamento de AR y dispensación diferencial.
- Utilización de Tall man lettering (**DOP**amina, Do**BUT**amina) para LASA.
- Definición y revisión anual del listado de medicamentos de AR de la institución.
- Almacenamiento del medicamento AR separado del resto de medicación y de los electrolitos concentrados.
- Eliminar los electrolitos concentrados de los servicios de internación.
- Control de psicotrópicos y estupefacientes.
- Proceso de preparación y administración de medicación AR.





## Meta 3 Mejorar la Seguridad de los Medicamentos de Alto Riesgo

### Elementos medibles – Definiciones que deben contemplarse en la Política:

- **IPSG 3:** El hospital identifica por escrito su lista de medicamentos de alto riesgo y medicamentos de apariencia o nombre similar, y desarrolla e implementa un proceso para su manejo y gestión. Los procesos de manejo y gestión de medicamentos de alto riesgo y de medicamentos de apariencia o nombre similar son uniformes en todo el hospital.
- **IPSG 3.1:** El hospital tiene un proceso que evita la administración involuntaria de electrolitos concentrados. Los electrolitos concentrados están presentes solo en las unidades de atención al paciente en las que se identifican como clínicamente necesarios. Los electrolitos concentrados que se almacenan en unidades de atención al paciente están claramente etiquetados y almacenados de manera que su acceso esté restringido y se promueva su uso seguro.

4



CIRUGÍA

## META 4 GARANTIZAR LA CIRUGÍA SEGURA

- El hospital desarrolla e implementa un proceso para realizar la verificación pre-quirúrgica y el marcado del sitio quirúrgico o del lugar del procedimiento invasivo.
- El hospital desarrolla e implementa un proceso para realizar la pausa que se realiza inmediatamente antes del comienzo del procedimiento quirúrgico o invasivo y para la confirmación que tiene lugar después del procedimiento.

### **Cirugía segura**

*Los procedimientos en sitios incorrectos (que incluyen el lado equivocado, el órgano equivocado, el lugar equivocado, el implante equivocado y la persona equivocada) pueden prevenirse aplicando un chequeo de seguridad antes de cada cirugía.*



# META 4 GARANTIZAR LA CIRUGÍA SEGURA

**Garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto:**

## PROCESO

- Chequeo Pre- Quirúrgico
- Marcado Pre- Quirúrgico

## PAUSA

### Time-out

- Chequeo de seguridad en sala quirúrgica o de procedimiento previo a la incisión quirúrgica o inicio del procedimiento.

## SALIDA

### Sign-out

- Chequeo de seguridad a la salida de quirófano o sala de procedimientos



## META 4 GARANTIZAR LA CIRUGÍA SEGURA

### Elementos medibles – Definiciones que deben contemplarse en la Política:

- **IPSG 4:** 1.El hospital implementa un proceso de verificación preoperatoria utilizando un listado de comprobación u otro proceso para registrar, antes del procedimiento quirúrgico o invasivo: que el consentimiento informado es el adecuado para el procedimiento; que se identificaron el paciente, procedimiento y sitio correctos; y que todos los documentos, componentes sanguíneos, equipamiento médico y dispositivos implantables necesarios se encuentran disponibles, son los correctos y funcionan correctamente.
- 2. El hospital usa una marca inequívoca y reconocible al instante para la identificación del sitio de la cirugía o del procedimiento invasivo que es consistente en todo el hospital.
- 3. El marcado del sitio es realizado por la persona que lleva a cabo el procedimiento quirúrgico o invasivo e involucra al paciente en el proceso de marcado.



## META 4 GARANTIZAR LA CIRUGÍA SEGURA

### Elementos medibles – Definiciones que deben contemplarse en la Política:

- **IPSG 4.1:** El equipo completo participa de manera activa en un proceso de pausa pre-quirúrgica, que incluye los elementos a) hasta c) de la intención, en la sala en la que se va a realizar el procedimiento quirúrgico o invasivo, inmediatamente antes de comenzar dicho procedimiento. La realización de la pausa pre-quirúrgica se registra.
- 2. Antes de que el paciente abandone la sala en la que se realizó el procedimiento quirúrgico o invasivo, se lleva a cabo un proceso de verificación post-quirúrgica, que incluye al menos los elementos d) hasta g) de la intención.
- 3. Cuando se realizan procedimientos quirúrgicos o invasivos, incluyendo procedimientos médicos y odontológicos fuera de quirófano, el hospital utiliza procesos uniformes para garantizar una cirugía segura.

5



**INFECCIONES**

## META 5 MINIMIZAR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN SANITARIA.

- El hospital adopta e implementa recomendaciones sobre higiene de manos basadas en la evidencia para minimizar el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria.

**Estrategia Multimodal - OMS**





## META 5 MINIMIZAR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN SANITARIA.

Elementos medibles – Definiciones que deben contemplarse en la Política:

### IPSG 5:

- 1. El hospital ha adoptado las recomendaciones sobre higiene de manos basadas en la evidencia que se encuentran en vigor.
- 2. El hospital implementa un programa de higiene de manos en todo el centro.
- 3. Los procedimientos de lavado y desinfección de manos se utilizan en todo el hospital de acuerdo con las recomendaciones de higiene de las manos.

6



CAÍDAS

## META 6 MINIMIZAR EL RIESGO DE DAÑO CAUSADO POR CAÍDAS AL PACIENTE HOSPITALIZADO Y AMBULATORIO

- El hospital desarrolla e implementa un proceso para minimizar el riesgo de daño por caídas a los pacientes ingresados.
- El hospital desarrolla e implementa un proceso para minimizar el riesgo de daño por caídas a los pacientes ambulatorios.

### Prevención de Caídas

*Muchas lesiones de pacientes internados y ambulatorios en el hospital son ocasionadas por caídas.  
Ocurren en un 18 – 20% de pacientes.*

6



CAÍDAS

## META 6 MINIMIZAR EL RIESGO DE DAÑO CAUSADO POR CAÍDAS AL PACIENTE HOSPITALIZADO Y AMBULATORIO

### Estrategias:

- ▶ Evaluación del riesgo de caídas del paciente internado y ambulatorio con escalas validadas.
- ▶ Identificación y gestión del riesgo de caídas.
- ▶ Reevaluación del riesgo si cambia la condición clínica del paciente.
- ▶ Educación del paciente y su familia como prevención.

Paciente Adulto o con  
Atención Domiciliaria



Escala JOHN HOPKINS

Paciente Pediátrico



Escala HUMPTY DUMPTY

Paciente Ambulatorio



Screening

6



CAÍDAS

## META 6 MINIMIZAR EL RIESGO DE DAÑO CAUSADO POR CAÍDAS AL PACIENTE HOSPITALIZADO Y AMBULATORIO

### Elementos medibles – Definiciones que deben contemplarse en la Política:

#### IPSG 6:

- ▶ 1. El hospital implementa un proceso para evaluar el riesgo de caídas en todos los pacientes ingresados y utiliza instrumentos/métodos de evaluación apropiados para los pacientes a los que atiende.
- ▶ 2. El hospital implementa un proceso para la reevaluación de los pacientes ingresados que pueden tener riesgo de caídas por un cambio en su condición clínica o de los que constan como de riesgo en base a los criterios registrados.
- ▶ 3. Se implementan medidas para minimizar el riesgo de caídas en aquellos pacientes, situaciones y ubicaciones del hospital considerados de riesgo. Las intervenciones a los pacientes se registran.

6



CAÍDAS

## META 6 MINIMIZAR EL RIESGO DE DAÑO CAUSADO POR CAÍDAS AL PACIENTE HOSPITALIZADO Y AMBULATORIO

### Elementos medibles – Definiciones que deben contemplarse en la Política:

#### IPSG 6.1:

- ▶ 1. El hospital implementa un proceso de cribado para aquellos pacientes ambulatorios cuya condición clínica, diagnóstico, situación o ubicación puede ponerlos en riesgo de caídas y utiliza instrumentos/métodos de cribado apropiados para la población atendida.
- ▶ 2. Cuando a partir del cribado se detecta un riesgo de caídas, se ponen en marcha medidas y/o intervenciones para minimizar el riesgo de aquellos pacientes identificados como de riesgo, y se registran el cribado y las intervenciones.
- ▶ 3. Se implementan medidas y/o intervenciones para minimizar el riesgo de caídas en aquellas situaciones y ubicaciones del área ambulatoria consideradas de riesgo.

# SEGURIDAD DEL PACIENTE: METAS INTERNACIONALES

## Identificadores:

Nombre y apellido completo



Fecha Nacimiento



Historia Clínica

Validar **dos** de tres identificadores.



**Identificación correcta del paciente**

1

2



**Comunicación efectiva**

*Establecer procesos seguros de comunicación entre los profesionales de la salud.*

**Órdenes Verbales:** Emergencias y/o urgencias, salas de operaciones, procedimientos asépticos utilizar Técnica Check-back.

**Comunicación Telefónica:** Resultados críticos, Solicitud de traslado de pacientes: utilizar Técnica Read-back.

**Pase de Guardia:** utilizar técnica IPASS o I-SAER.

*Medicación que está implicada en un porcentaje alto de errores y/o eventos adversos.*



**Medicación de Alto Riesgo**

3

4



**Cirugía segura**

*Garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto, y al paciente correcto.*

### Proceso:

- Chequeo Pre-quirúrgico.
- Marcado Pre-quirúrgico.
- **Pausa (Time-out).**
- Salida del Quirófano o Sala de Procedimientos (Sign-out).

### Proceso:

- Almacenamiento especial.
- Distribución especial.
- **Etiqueta roja:** Identificación del medicamento
- **Doble chequeo:** Seguridad en el momento de la administración.

*Reducir el riesgo de infecciones sanitarias asociadas con la atención sanitaria.*



**Higiene de Manos**

5

6



**Prevención de Caídas**

*Todo paciente que transite por la institución deberá ser evaluado su riesgo de caídas y gestionar las acciones necesarias para prevenirlas.*

**Escala de valoración del riesgo paciente internado:**

Adulto:  
**JOHN HOPKINS**

Pediátrico:  
**HUMPTY DUMPTY**

Identificar el riesgo con **broche naranja**.

### Momentos del lavado de manos:

- M 1: Antes del contacto con el paciente.
- M 2: Antes de un procedimiento limpio/aséptico.
- M 3: Después del riesgo de exposición a fluidos corporales.
- M 4: Después del contacto con el paciente.
- M 5: Después del contacto con el entorno del paciente.

# TRABAJO EN EQUIPOS

1. Elegir alguna de las metas internacionales por la seguridad del paciente.
2. Definir pasos o estrategias para llevar a adelante la implementación.
3. Definir las posibles barreras y estrategias de cómo traspasarlas.
4. Definir una solución de máxima y una de mínima.