

ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN DE LA CALIDAD Y LA



SEGURIDAD
DEL
PACIENTE

MSc. Mónica Limia Legrá
Profesor Auxiliar
FCM "Calixto García Íñiguez"



”Los sanitarios padecemos una enfermedad que nos lleva a cometer errores; se llama condición humana, incurable e inevitable.

Errar es humano pero mientras los cocineros cubren sus fallos con salsas y los arquitectos con plantas, los errores médicos se cubren desafortunadamente con tierra”.

Mónica Lalanda (de avestruces y asnos)

Seguridad Dimensión de la Calidad asistencial

Eliminar



Reducir



Mitigar

Resultados adversos evitables



promocionar

Prácticas seguras

Propiciar



Cambios en la cultura del error

70's

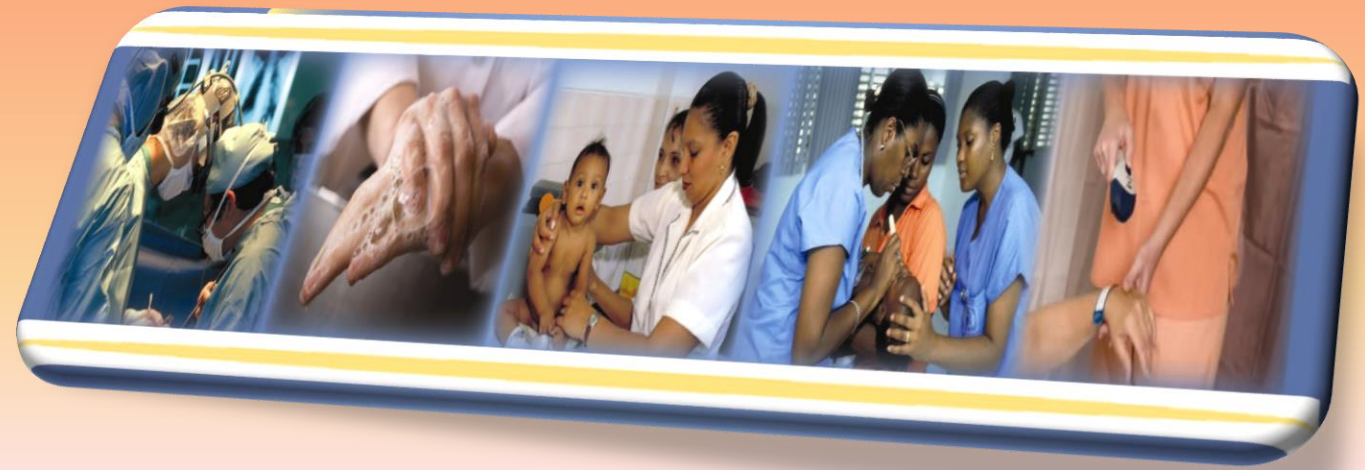


80's



90's

Tercer
Milenio



Definición de conceptos básicos

SEGURIDAD: Ausencia de peligro

SEGURIDAD DEL PACIENTE: Ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, de riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria. El “nivel mínimo aceptable” hace referencia al nivel de conocimiento actual, los recursos disponibles y el contexto en que se produce la atención frente al riesgo de no tratamiento u otro tratamiento.

RIESGO ASISTENCIAL: Posibilidad de que algo suceda durante la atención sanitaria y tenga un impacto negativo sobre el paciente. Se mide en términos de consecuencias y probabilidades.



Mayor riesgo asistencial

Factores

1. La m...
arte fa...
2. D...
ap...
- 3...
c...
de...
4. Exp...
sobre...
del poder...
resolver c...

Prevención y profilaxis

1. Entrenamiento personalizado y formación intensiva en los estudios premédicos y médicos
2. Adecuada relación médico-paciente
3. Remuneración médica digna que deje de justificar el exceso de tareas
4. Consentimiento informado escrito a firmar en tratamientos prolongados, o riesgosos, encarados para protección del paciente
5. Entrenamiento posgraduado en bioética, medicina legal y recertificación de especialistas

Factores adversos

1. Defensiva
delida del
s a veces
as
" en la
ulta
2. Relación
sistemas de
troles

Responsabilidad Legal en enfermería

RM 290 - 2006
y 396 - 2007

REGLAMENTO DISCIPLINARIO
PARA LOS TRABAJADORES
DE LA RAMA DE LA SALUD

LAS REGULACIONES DE LA
PRÁCTICA DE ENFERMERÍA en
todos los niveles del Sistema
Nacional de Salud



Causas de demandas en enfermería



Un enfermero/a puede ser demandado por daños ocasionados al paciente a raíz de:

- **No haber advertido en tiempo y forma** cambios serios en la condición del paciente (deterioro del sensorio, signos vitales anormales etc.)
- Habiendo advertido cambios serios, **no actuó adecuadamente** ni informó al médico.
- **Errores de medicación** (de vía, de dosis, de paciente)
- Inadecuada utilización de recursos técnicos
- **Falla en la evaluación del riesgo** de caídas de un paciente y pobre planificación.
- **Complicaciones de vías intravenosas** (flebitis, infiltraciones, daños por extravasación)
- **Daño a nervios en vías intramusculares** (ejemplo: rama nervio ciático)
- **Inadecuado manejo** de úlceras por presión
- **Falta de supervisión del personal auxiliar**: así como el médico delega funciones a los enfermeros, el personal de enfermería también delega órdenes en el auxiliar de enfermería, lo que hace que se asuma una obligación de supervisión con responsabilidad solidaria por los errores cometidos

Importancia médico legal de los registros de enfermería



1. **Los registros de enfermería son una parte vital de la historia clínica de los pacientes. Muchos casos médico-legales son resueltos basándose en los que escribió un enfermero/a.**
2. **Los querellantes suelen buscar allí inconsistencias y discrepancias con lo escrito por los médicos en sus evoluciones e indicaciones médicas siendo muchas veces notoria la diferencia entre lo escrito por distintos integrantes de un mismo equipo de salud.**
3. **También se suele buscar en estos registros la falta de respuesta ante un signo anormal, la falta de realización de una medicación o procedimiento indicado y la discontinuidad en la atención**

En un juicio **sólo servirá lo que se puede probar**, y los registros incompletos exponen a los enfermeros y auxiliares a ser víctimas del viejo aforismo médico legal:

“LO QUE NO ESTÁ ESCRITO NO FUE HECHO”

Errores comunes que deben evitarse



- Falta de registro de antecedentes médicos relevantes (alergia conocida a cierto alimento o medicamento, antecedentes de una enfermedad como diabetes o hemofilia)
- Falta de registro de las acciones de enfermería
- Falta de registro de la administración de un medicamento
- Documentación en la historia clínica equivocada (complementarios equivocados, radiografías equivocadas)
- Falta de registro de reacciones medicamentosas
- Escritura ilegible o incompleta, tachaduras
- Utilización de abreviaturas incorrectas o peligrosas
- Escritura ilegible del nombre y número de registro del profesional



Modelos que explican el error humano

Modelo centrado en la persona

Atribuir el error solo a las personas.

- Se basa en aspectos como falta de motivación, olvidos y descuidos, falta de cuidado, distracciones, ejecución incorrecta de procesos y procedimientos, negligencia, imprudencia, etc.
- Los seguidores de este enfoque tienden a tratar los errores como temas morales, **asumiendo que “Las cosas malas suceden a las personas malas”**.
- Los errores son las causas de los fallos.
- Las acciones acaban siendo punitivas como: miedo, medidas disciplinarias, amenazas de denuncia, culpabilización o avergonzar a los implicados.

Modelo centrado en el sistema

La condición humana es falible. Las personas fallan.

- Los errores son esperables / previsibles incluso en las mejores organizaciones.
- **“Las peores cosas suceden incluso a las mejores personas”**.
- Los errores se ven como consecuencias de los fallos, teniendo sus orígenes .básicamente en factores sistémicos.
- Como respuesta, no se trata de cambiar la condición humana sino de cambiar las condiciones en las que trabajan las personas.
- Cuando ocurre un EA lo importante no es quién se equivocó, sino cómo y por qué las defensas fallaron.

~~¿Quién?~~

¿Qué
ocurrió?

¿Cómo?

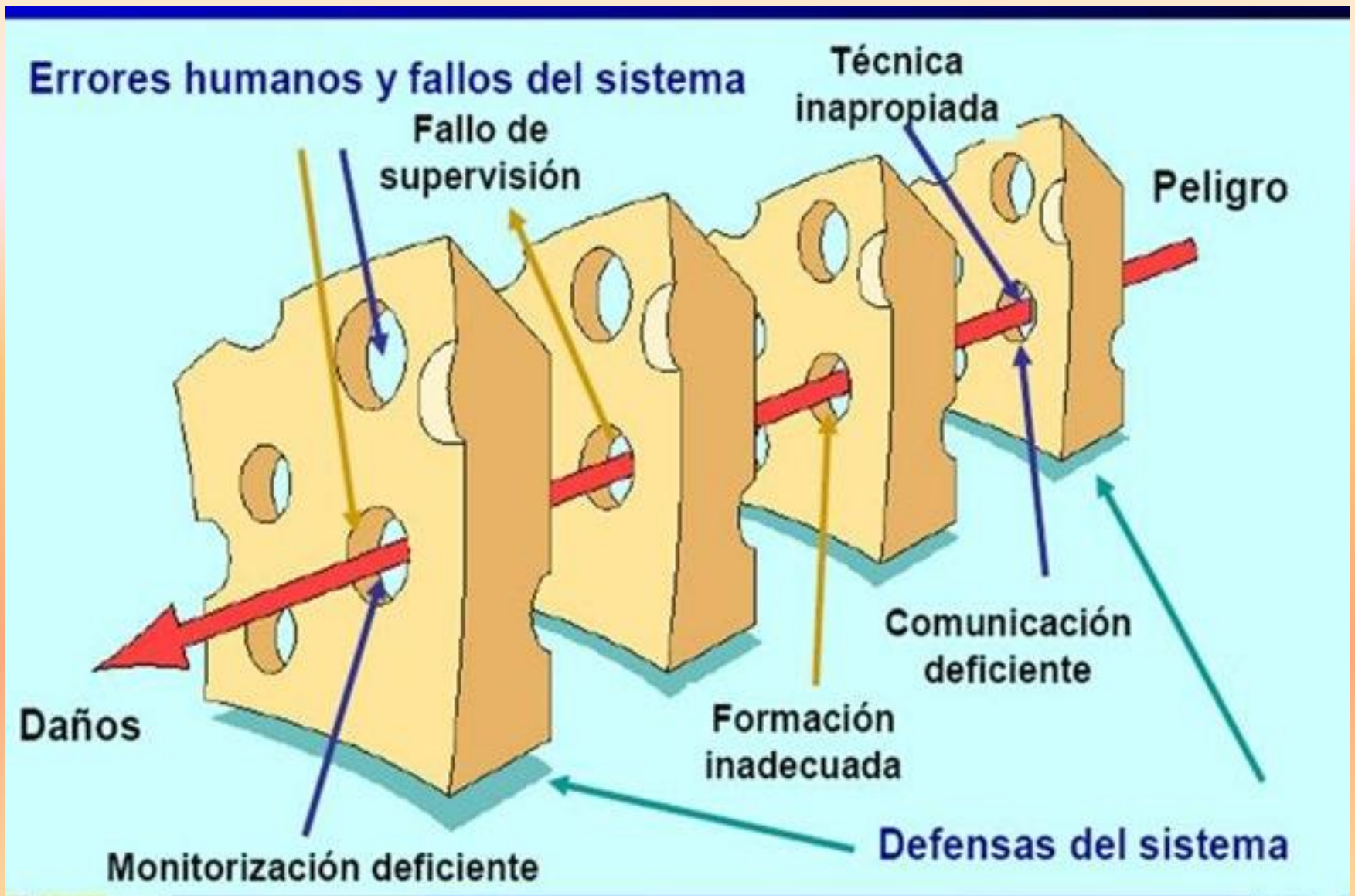
¿Cuándo?

¿Por qué
ocurrió?

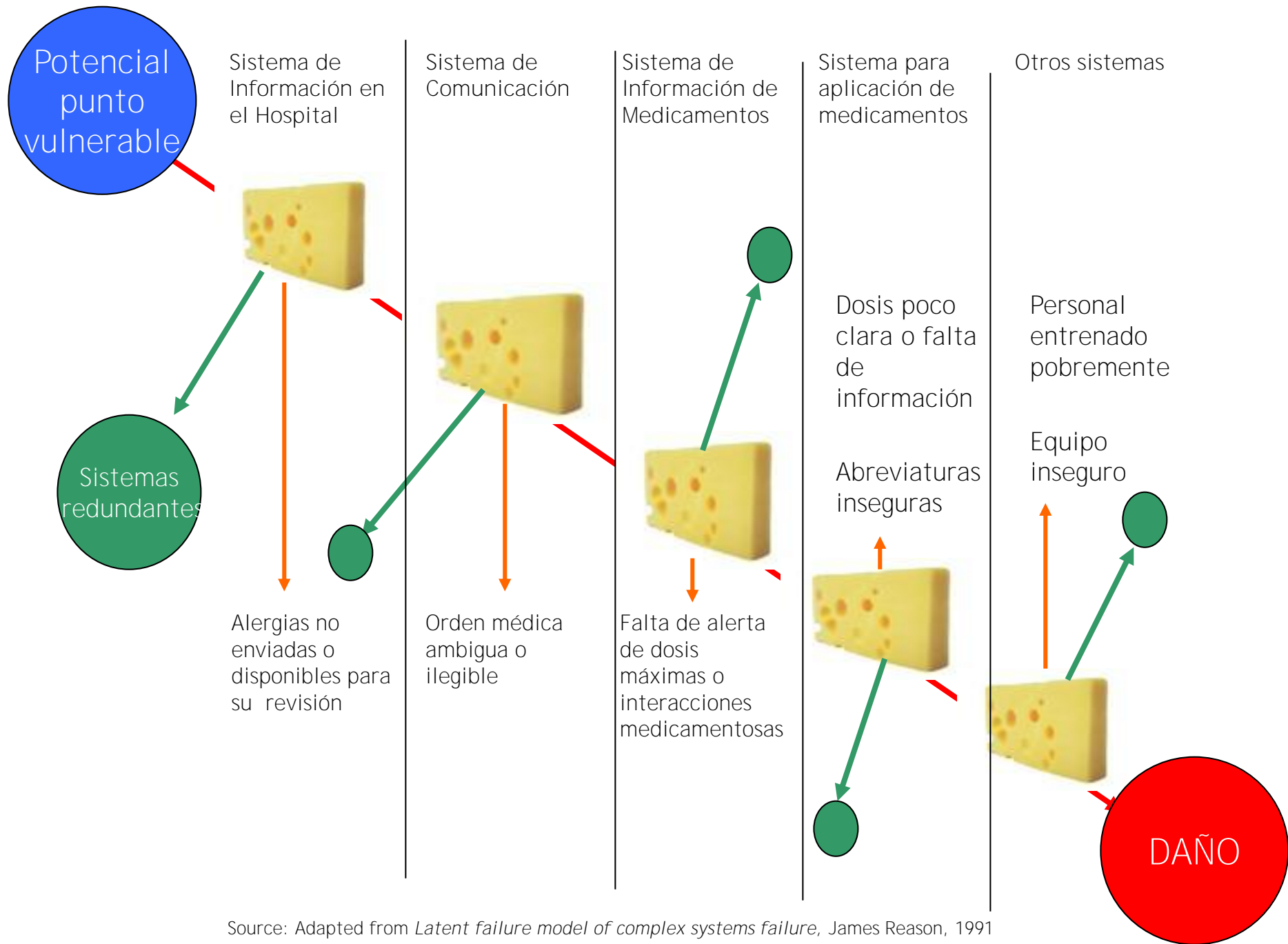
¿Qué puede
hacerse para
que no vuelva
a ocurrir?

¿Cómo se
podría haber
evitado?





MODELO JAMES REASON DEL “QUESO SUIZO”. 1990



Source: Adapted from *Latent failure model of complex systems failure*, James Reason, 1991

Cultura de la Seguridad caracterizada por:



- Considerar la seguridad como un **componente esencial de la calidad asistencial** y **una prioridad del sistema**, de modo que hacer las cosas bien sea lo “natural”.
- El desarrollo de un **sistema de gestión del riesgo asistencial**, con una **conducta proactiva para detectar los problemas** antes de que se manifiesten.
- Fomento de un **clima de lealtad, comunicación abierta y confianza** entre gestores, profesionales y pacientes, dirigidos a obtener como beneficio, una mayor confianza de los pacientes en el sistema y sus profesionales y unos profesionales motivados y satisfechos con su trabajo.
- **Trabajo en equipo.**
- **Estandarización de procedimientos** basados en el mejor conocimiento posible, al fin de reducir la variabilidad de la práctica clínica y mejorar su eficiencia y efectividad.
- **Atención centrada en el paciente**, mejorando los aspectos de transparencia de comunicación, respeto y participación en la toma de decisiones.



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del paciente

La Organización Mundial de la salud (O.M.S.)

Comunidad Europea



Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente



Enfatizan la necesidad de perfeccionar la calidad de la atención y de la adecuada orientación en las decisiones de la práctica clínica.



MINSAP



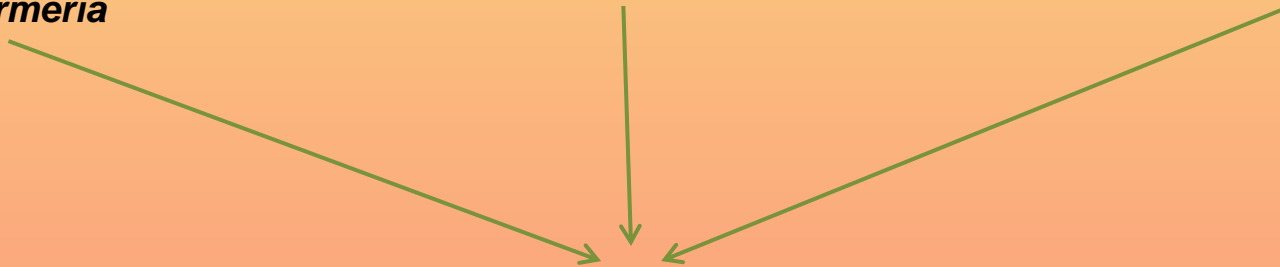
**Departamento Nacional de
Enfermería**



Docencia de Enfermería



Sociedad Cubana de Enfermería



Integración por la Calidad





REFLEXIÓN SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL



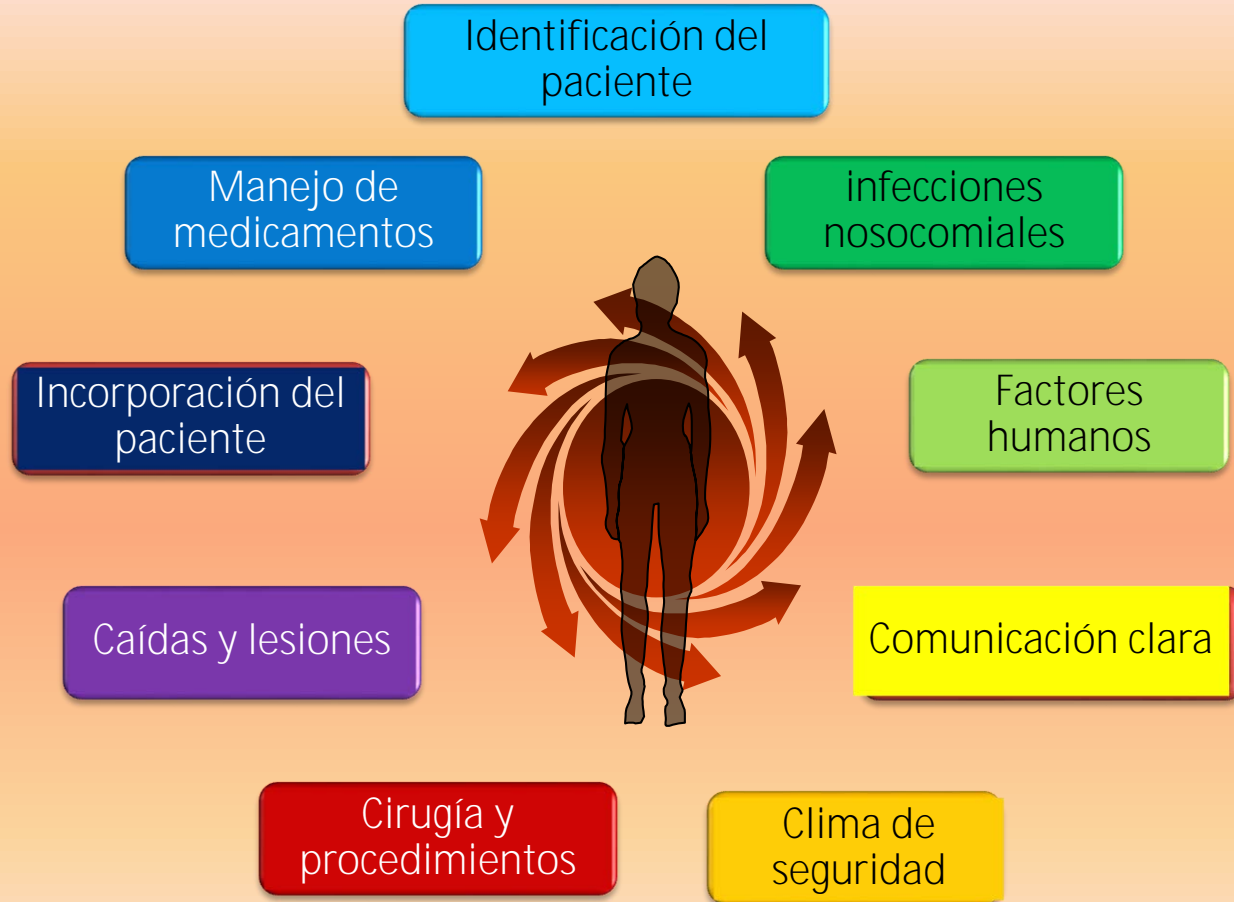
1. **No external preocupaciones.**
2. **No reportar incidentes.**
3. **No estudiar y por lo tanto no conocer nuestra realidad.**
4. **No tomar medidas para mejorar.**



" Red Cubana de Enfermería y Seguridad de los Pacientes "

✓ Crear expertos en Seguridad del los Pacientes.

✓ Diseña e impartir talleres y cursos sobre Seguridad de los Pacientes



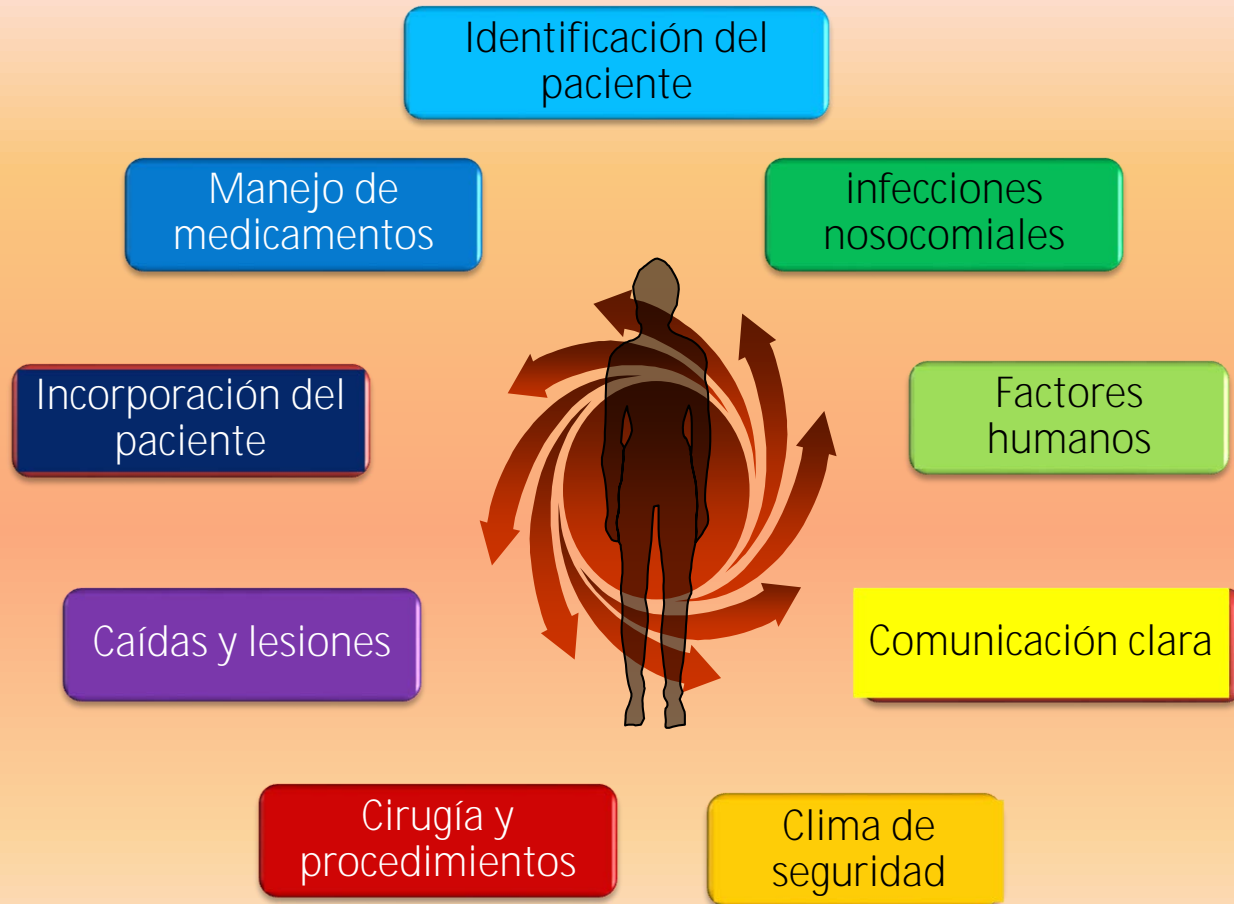
Crear el sitio web



" Red Cubana de Enfermería y Seguridad de los Pacientes "

✓ **Investigaciones** que facilite el análisis de las causas que originan errores y prevenirlos.

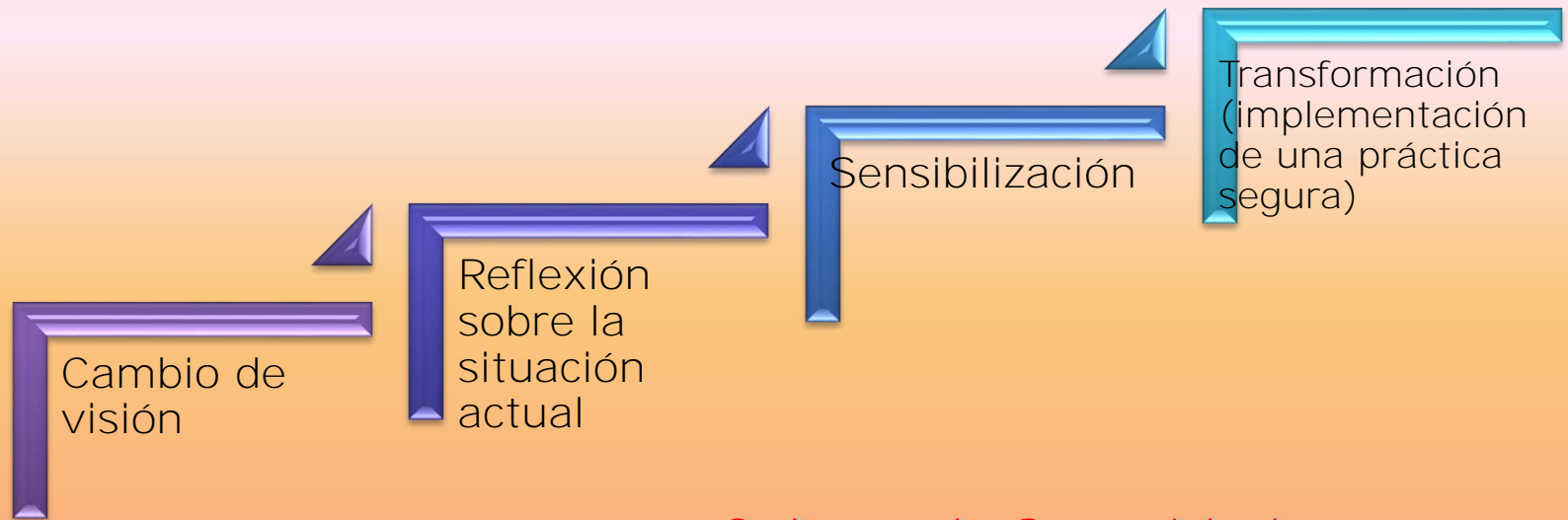
✓ Diseña y valida **Guías Prácticas** basadas en la evidencia centradas en la seguridad



2013- Manual para la prevención y cuidados de las úlceras por presión



" Red Cubana de Enfermería y Seguridad de los Pacientes "



Cultura de Seguridad

- Valores y visión compartida
- Compromiso con **"no dañar"**
- Enfoque sobre los Sistemas y no las personas
- Ambiente libre de castigo, reconociendo los errores
- Recursos humanos informados
- Cultura del reporte y del aprendizaje
- **Cultura "Justa"**
- Cultura de la mejora continua (Auditorías)
- Trabajo en equipo
- Empoderamiento (participación de pacientes y familiares)



**Organización
Mundial de la Salud**

Calidad: Consiste en asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima.



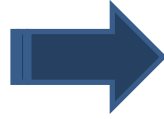
Protocolos de Actuación de Enfermería

Protocolo

Conjunto de aplicaciones estandarizadas desarrolladas mediante un proceso formal que incorpora la mejor evidencia científica de efectividad con asesoría experta.



Seguridad
del paciente



¿Por dónde
andamos?



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud



Inicio Presentación Proyectos Formación Información Participación Biblioteca

Está usted en: Inicio » Proyectos » Participación internacional » Organización Mundial de la Salud

Organización Mundial de la Salud. Programa de Seguridad del Paciente



El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad es uno de los principales colaboradores del Programa de Seguridad del Paciente de la OMS.

Las áreas de colaboración principal son las siguientes:

- Una Atención Limpia es Atención Segura:
 - con el apoyo a la implementación de campañas por la higiene de manos (HM) en varios hospitales

Terminado

1 Primer Reto Mundial

"Una atención limpia es una atención segura"

2 Segundo Reto Mundial

"La Cirugía segura salva vidas"

3 Los pacientes por su seguridad

4 Taxonomía

5 Investigación en seguridad del paciente

6 Notificación y aprendizaje

7 Soluciones en seguridad del paciente

8 Tecnología para la seguridad del paciente

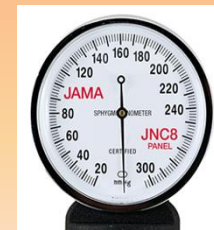
9 Atención a pacientes graves

10 Conocimientos sobre seguridad



Indicadores indispensables para evaluar programas de mejoras en la seguridad del paciente

- Reportes de eventos adversos (registros)
- Hemorragias postquirúrgicas
- Mortalidad intrahospitalaria
- Infección “in situ” operatoria
- Caídas de pacientes
- Cirugía o procedimiento en órganos y pacientes correctos
- Úlceras por presión
- Sepsis asociada a cateterismo central
- Mortalidad en diagnósticos de baja complejidad
- Infección urinaria asociada a cateterismo vesical
- Eventos adversos asociados a transfusiones
- Mortalidad materna y perinatal
- Evento adverso asociado al binomio madre-hijo
- Muerte o discapacidad asociada al uso de medicamentos



Conclusiones:



Por naturaleza, el hombre comete y seguirá cometiendo errores.



Por lo tanto la implementación de sistemas más seguros que puedan impedir que el error ocurra o que este llegue al paciente, es un elemento indispensable en la gestión de la organización del cuidado de la salud y la seguridad del paciente a todos los niveles.

Muchas gracias