

# La cultura de notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente.



*Lic. Adrián Chávez Intriago  
Gestión de calidad.*

## ***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”*



## Algunos datos mundiales

- » Los errores médicos son la tercera causa de muerte más común en Estados Unidos
- » Los Daños causados a los pacientes ocupan el 14º lugar en la lista de causa de morbilidad, a un nivel equiparable a la tuberculosis y paludismo



# SEGURIDAD DEL PACIENTE

## Algunos datos mundiales

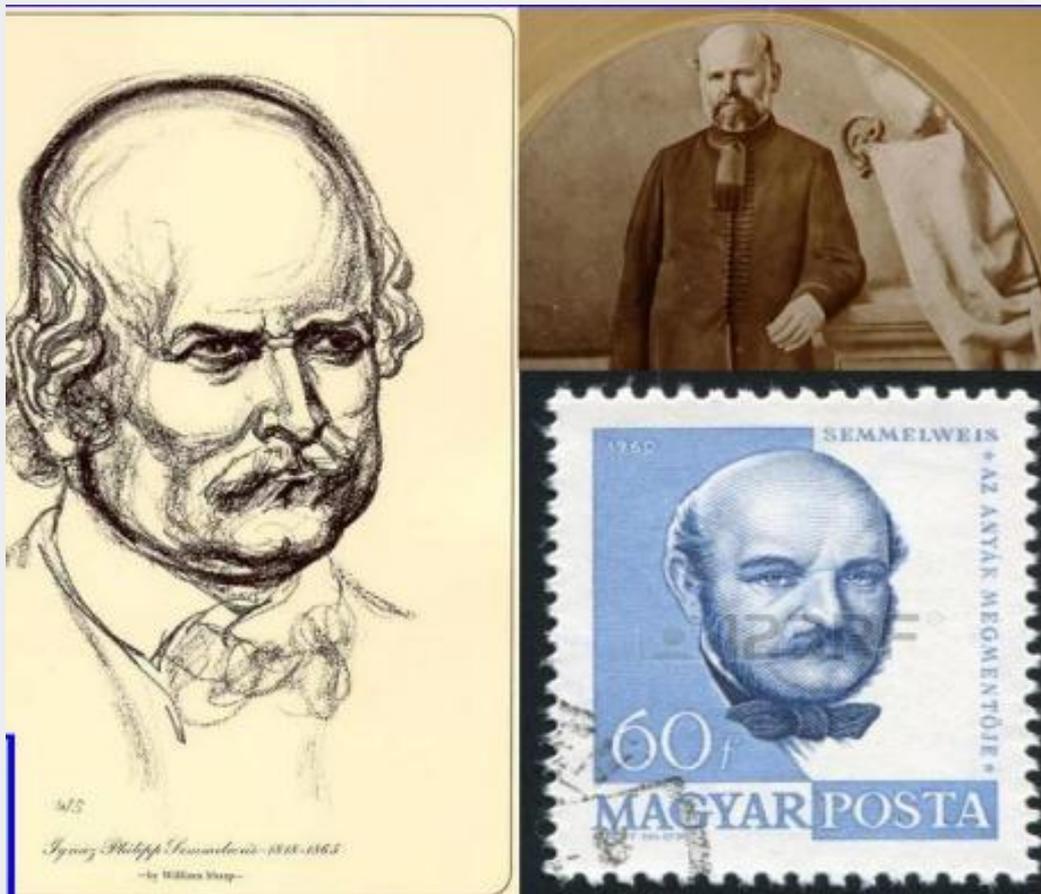
- ❖ Mas de un millón de pacientes fallece anualmente por complicaciones quirúrgicas.



- ❖ La OMS estima que, cada año, a escala mundial, decenas de millones de pacientes son víctimas de lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia directa de prácticas médicas peligrosas.
- ❖ A nivel mundial, los accidentes de tránsito son la principal causa de muerte en el grupo de 10 a 24 años.
- ❖ El consumo de tabaco es la causa principal de muerte evitable y se calcula que cada año mata a más de 5 millones de personas en el mundo.



## Ignaz Philipp Semmelweis. En 1847



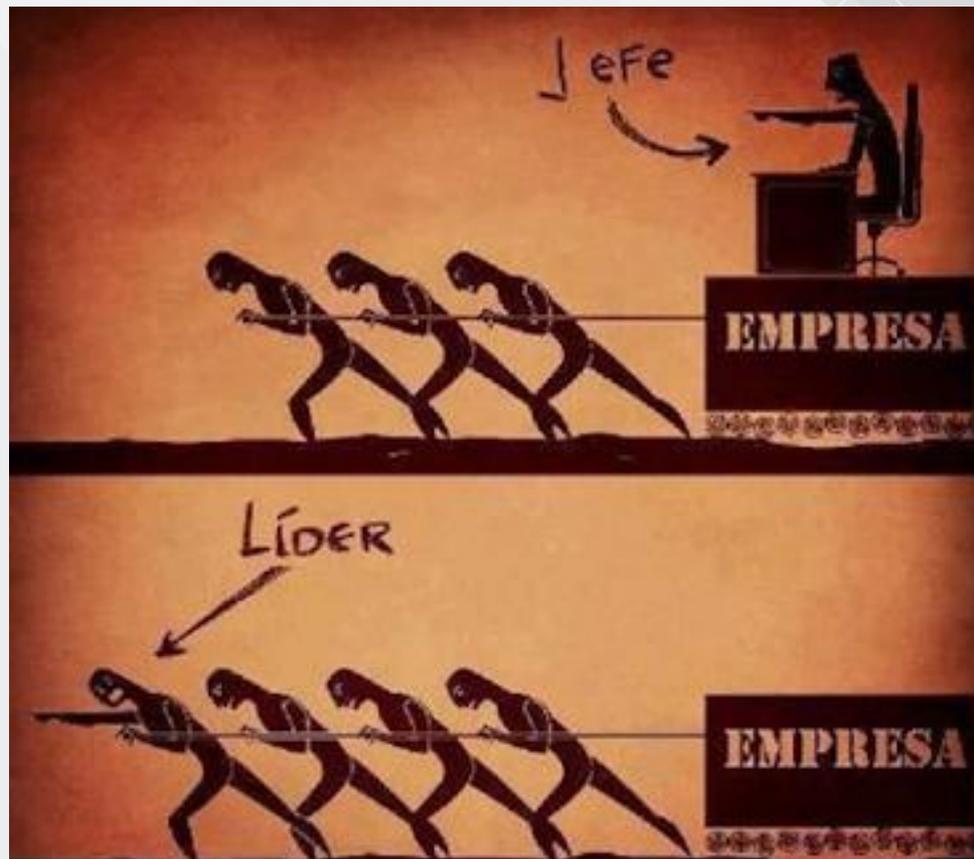
*¿Que hacer para mejorar la adherencia a la notificación de eventos adversos?.*

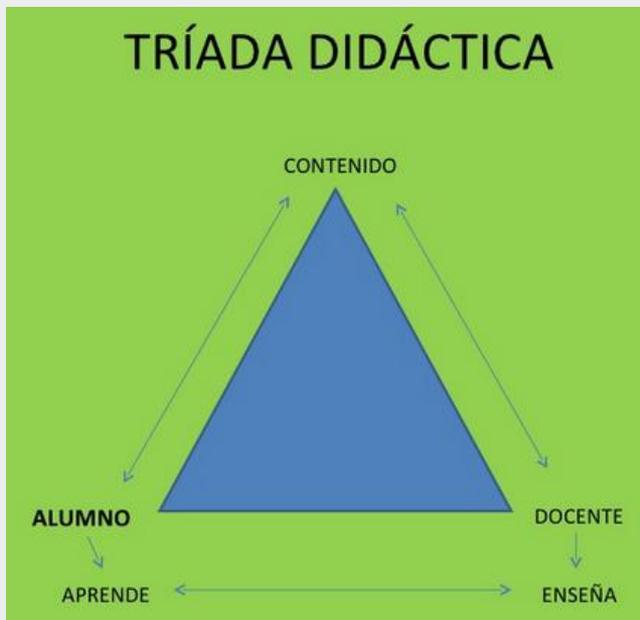


## PROMOVER EL CAMBIO

Abordando la problemática desde la perspectiva de la calidad de los servicios de salud, convirtiendo a la seguridad del paciente como un eje transversal de la excelencia en la atención sanitaria, y transformando la cultura punitiva por una cultura proactiva.

*Manual de seguridad del paciente*





## La triada del aprendizaje.



***LA NOTIFICACIÓN PROMUEVE EL APRENDIZAJE***

## *Educación en seguridad del paciente (5.7)*

# **Acciones del establecimiento de salud.**

- *Enfatizar en las capacitaciones el trabajo en equipo, la comunicación efectiva, notificación de eventos: reconocimiento del evento, reporte, análisis y difusión*



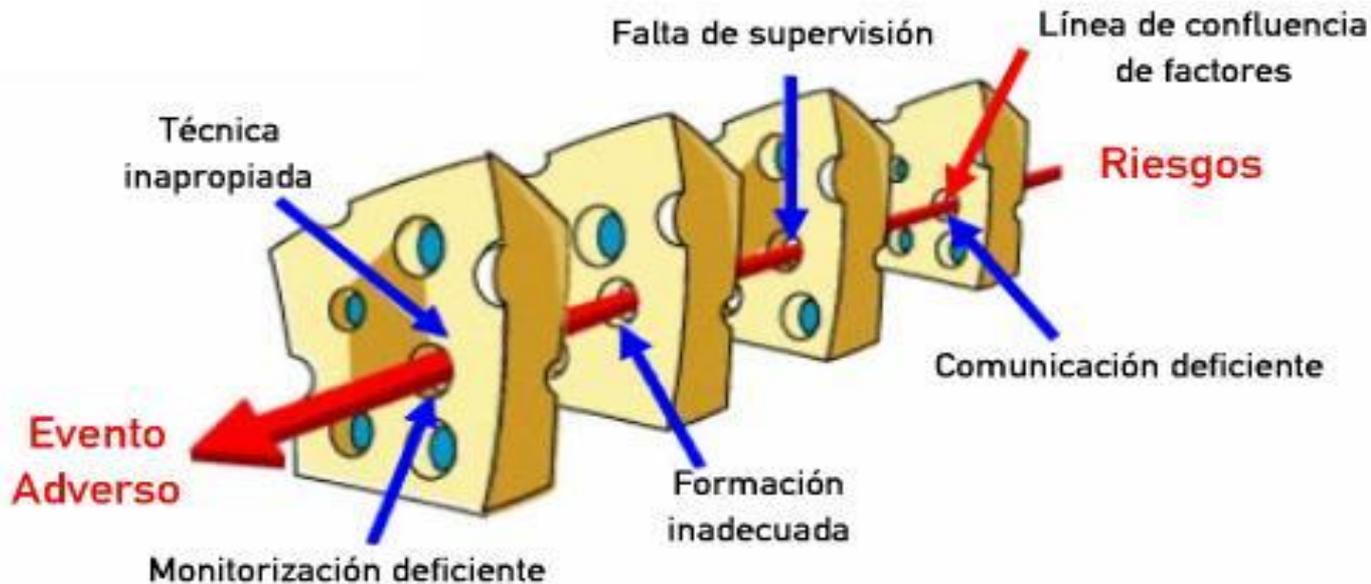


## SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

cuasi evento

evento adverso

evento centinela



J. Reason (2000)

Human error: models and management

# TAXONOMÍA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

*Más que palabras*

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

A World Alliance for Safer Health Care

## CUASI EVENTO ADVERSO

Error que llega al paciente y **no produce daño**

## EVENTO ADVERSO

Error que llega al paciente y **produce daño**

## EVENTO CENTINELA

**Es un evento adverso perse, que produce lesión o daño severo** (incluyendo la muerte) que llega al paciente producto de un error

**Complicación** : alteración del proceso natural de la enfermedad, no provocada por el proceso asistencial.

## EL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS

### ACCIÓN INSEGURA

Conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud usualmente por acción u omisión de miembros del equipo en un incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras

Las acciones inseguras tienen dos características esenciales

1. La atención se aparta de los límites de una práctica segura
2. La desviación tiene al menos el potencial directo o indirecto de causar un evento adverso para el paciente



## ***ACCIONES INSEGURAS***

1. No monitorizar, observar o actuar
2. Tomar una decisión incorrecta
3. No buscar ayuda cuando se necesita
4. Administración errónea por denominación y/o apariencia común en los medicamentos.
5. No Identificar y definir los medicamentos con efectos secundarios importantes y molestos para los pacientes.
6. No información al paciente en relación con el medicamento
7. No marcaje adicional de los medicamentos de alto riesgo clínico para que sean fácilmente identificados por el personal de enfermería y se extreme el cuidado en su uso.
8. Recepción por parte de la farmacia de medicamentos y dispositivos médicos defectuosos

9. Dispensación no correcta de los medicamentos.
10. Errores asociados al uso de electrolitos como el potasio, el sodio y el calcio.
11. Se prescribe un medicamento a un paciente que presenta una alergia conocida.
12. Omisión en la Conciliación Medicamentosa en el ingreso, el alta del paciente y el traslado del paciente
13. Se administra un medicamento no recetado.
14. No hay cumplimiento de los correctos en la administración de medicamentos: verificación de alergias, paciente, medicamento, dosis, frecuencia, hora, caducidad del medicamento, registro
15. Manejo no adecuado de medicamentos que son de uso frecuente y que pueden tener efectos secundarios severos. (Ej.: claritromicina y la vancomicina)

## FACTORES CONTRIBUTIVOS

<b>EQUIPO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comunicación verbal y escrita</li><li>• Supervisión y disponibilidad de soporte</li><li>• Estructura del equipo (consistencia, congruencia, etc.)</li><li>• Ambientales</li><li>• Personal suficiente; mezcla de habilidades; carga de Trabajo; patrón de turnos; diseño, disponibilidad y Mantenimiento de equipos; soporte administrativo y</li><li>• Gerencial; clima laboral; ambiente físico (luz, espacio, Ruido)</li></ul>
<b>ORGANIZACIONALES Y GERENCIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Recursos y limitaciones financieras; estructura</li><li>• Organizacional; políticas, estándares y metas;</li><li>• Prioridades y cultura organizacional</li></ul>
<b>CONTEXTO INSTITUCIONAL</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Económico y regulatorio</li><li>• Contactos externos</li></ul>

## FACTORES CONTRIBUTIVOS

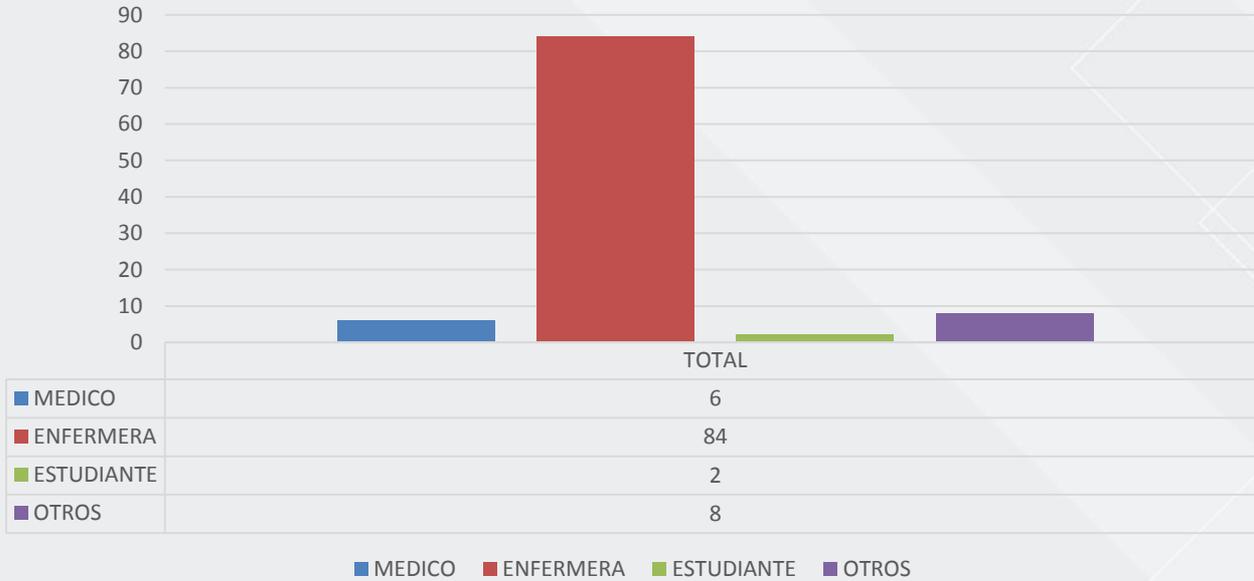
<b>EQUIPO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comunicación verbal y escrita</li><li>• Supervisión y disponibilidad de soporte</li><li>• Estructura del equipo (consistencia, congruencia, etc.)</li><li>• Ambientales</li><li>• Personal suficiente; mezcla de habilidades; carga de Trabajo; patrón de turnos; diseño, disponibilidad y Mantenimiento de equipos; soporte administrativo y</li><li>• Gerencial; clima laboral; ambiente físico (luz, espacio, Ruido)</li></ul>
<b>ORGANIZACIONALES Y GERENCIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Recursos y limitaciones financieras; estructura</li><li>• Organizacional; políticas, estándares y metas;</li><li>• Prioridades y cultura organizacional</li></ul>
<b>CONTEXTO INSTITUCIONAL</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Económico y regulatorio</li><li>• Contactos externos</li></ul>

## EVENTOS REPORTADOS 2018



	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBR E	OCTUBRE	NOVIEMBR E	DICIEMBRE	TOTAL
■ MEDICO	1	0	1	2	1	0	0	1	6
■ ENFERMERA	3	0	6	11	15	20	16	13	84
■ ESTUDIANTE	0	0	0	0	1	0	0	1	2
■ OTROS	0	0	0	2	3	2	1	0	8
■ TOTAL	4	0	7	15	20	22	17	15	100

## PERSONAL QUE REALIZA REPORTE DURANTE EL PERIODO 2018

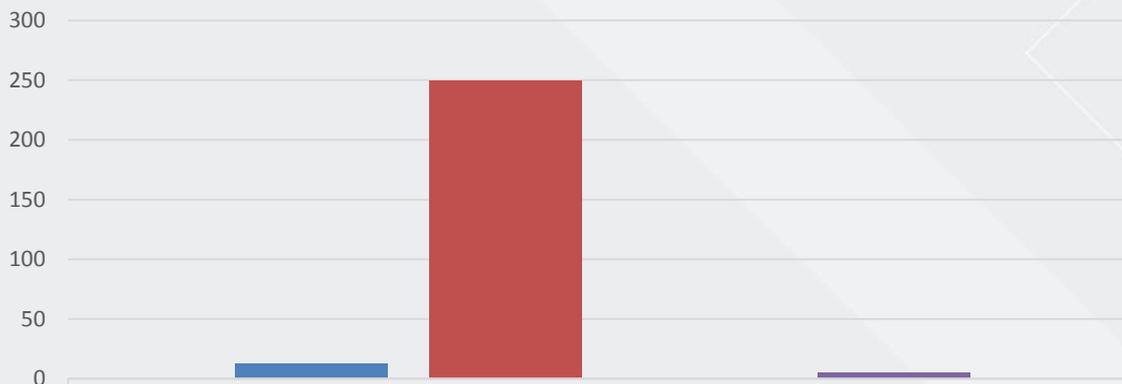


## EVENTOS REPORTADOS 2019



■ MEDICO ■ ENFERMERA ■ ESTUDIANTE ■ OTROS ■ TOTAL

## PERSONAL QUE REALIZA REPORTE DURANTE EL PERIODO 2019



	TOTAL
<span style="color: blue;">■</span> MEDICO	13
<span style="color: red;">■</span> ENFERMERA	250
<span style="color: green;">■</span> ESTUDIANTE	0
<span style="color: purple;">■</span> OTROS	5

■ MEDICO ■ ENFERMERA ■ ESTUDIANTE ■ OTROS



## Finalmente:

*Los errores de los cocineros  
se cubren con salsa*



***Los errores de los arquitectos  
se cubren con pintura***



***Los errores de los ingenieros se cubren con flores***



## *Los errores de los profesionales de salud ...*



*..se cubren con tierra*