

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Dra. MONICA CUESTA



**Curso Anual de
Auditoria Médica
Hospital Aleman**

CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES

DICIEMBRE 2011

INTRODUCCION

En la actualidad la importancia al tipo de atención con el cual se prestan los servicios de salud a nivel mundial ha logrado gran injerencia, aunque en el transcurrir de los años en las academias de salud se ha intentado establecer ética a todo lo que concierne a dicha atención, en muchos casos se pasa por alto ciertas pautas o criterios, para que el paciente que requiera una atención, no solo reciba el tratamiento de la patología encontrada sino que lo reciba con altos estándares de calidad, siendo se expuesto lo menos posible en los centros hospitalarios, (de primer o segundo nivel), a padecer infecciones cruzadas o incidentes intrahospitalarios que pongan en riesgo la seguridad del paciente.

Se han realizado ciertos estudios en pro de lograr establecer parámetros con los que se logre minimizar la exposición del paciente, y así no solo brindarle la atención por la cual asiste, sino brindarle además la seguridad de no recibir incidentes o patologías por las cuales no ingreso al centro de salud, y que gracias a estas investigaciones, es menos el porcentaje que hoy se detectan a nivel mundial.

De ahí que a continuación lograremos aclarar estos puntos y darle una mayor visión a la importancia de la seguridad del paciente.

PROLOGO

En todo sistema de salud a nivel mundial el factor de mayor importancia es el paciente, considerándose este el eje de un todo, alrededor de cual gira ese sistema, en el que participa un conjunto de procesos y de personas las que en la evolución del mismo proceso vamos tomando conciencia del valor y la seguridad de ese eje.

Mi interés hacia el tema se inició en el curso de Auditoría llegando a mi mente la imagen de un sistema en el que participo pero un sistema sin su eje "el paciente" de ahí la idea de profundizar este aspecto y ayudar a la expansión y motivación del interés de todos los que conforman ese sistema y así cuidar de ese eje.

INDICE

INTRODUCCION

PROLOGO

1. OBJETIVO

2. SEGURIDAD DEL PACIENTE

2.1. Definición

2.2 Políticas de seguridad

2.3 Criterios básicos de la clasificación de la seguridad del paciente

2.4 Propósito

2.5 Eventos adversos mas comunes

2.6 Soluciones

3. Países comprometidos

4. Estudio IBEAS

5. Estudio ENEAS

6. Programas en diferentes países

6.1 Programa en Andalucía: Observatorio para la seguridad del paciente en Andalucía

6.2 Programa en Colombia

6.3 Programa en Chile

7. Otros estudios

8. CONCLUSIONES

9. Bibliografía

1. OBJETIVO

Determinar de manera clara y concisa la importancia y los aspectos a tener en cuenta en la seguridad del paciente, para así implementar las políticas adecuadas sin importar el país o lugar del mundo para darle al paciente esa seguridad.

2. SEGURIDAD DEL PACIENTE

2.1 definición

La seguridad del paciente es un programa creado por la Organización Mundial de la salud, en el cual determinan cuales son los factores por el cual se puede ver comprometida la salud del paciente luego de ser atendido en un centro hospitalario:

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente se inició en octubre del año 2004 implementado por el Director General de la Organización Mundial de la Salud en ese momento. , Jong wook Lee. Logrando desde entonces establecer una gran importancia a nivel mundial.

Su creación se generó mediante una investigación realizada por la OMS en diferentes países con el objetivo de enumerar y difundir los datos necesarios para garantizar una atención sanitaria segura al paciente, fundamentada en datos probatorios en todos los Estados Miembros de la OMS; Logrando el medio para incentivar la colaboración y la acción internacional, la de los Estados Miembros de la OMS, la de la Secretaría de la OMS; la de expertos, usuarios y grupos de profesionales que hacen

parte de un sistema de salud.

En la investigación se tuvo en cuenta

- * Profesionales de la salud, instituciones entre los que se incluyen clínicas, laboratorios y cuerpo administrativo
- * Encargados del desarrollo del programa de seguridad del paciente.
- * Administrativos del sistema de salud a nivel nacional en cada país.
- * Ministro de salud de cada país.
- * Investigadores
- * Directivos de la organización de riesgos.
- * Sociedad civil encargada de la vigilancia de la seguridad del paciente.
- * Paciente

El programa intentó asegurar que las intervenciones y medidas que hayan resuelto problemas relacionados con la seguridad del paciente en algún lugar del mundo se difundan ampliamente de manera accesible e inteligible para todos, estableciendo una clasificación internacional de la seguridad del paciente para facilitar la descripción, comparación, medición,, monitoreo, análisis e interpretación de la información para mejorar la atención al paciente, para análisis epidemiológico con fines de política de planificación.

La investigación fue realizada por La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations y la Joint Commission International siendo estas

Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente en 2005.

El inicio de la investigación se basó en un reporte de Medline Plus donde en 1999 el Instituto de Medicina calculó que entre 44,000 y 98,000 personas mueren todos los años en Estados Unidos a consecuencia de equivocaciones cometidas por descuido en la seguridad del paciente, basados en pautas Publicadas por la "Agencia Para la Calidad e Investigación y Cuidado de la Salud".

2.2 Políticas de Seguridad

- *pulsera de identificación durante la estancia en el hospital.
- *Hacer preguntas cuando tenga dudas o preocupaciones.
- *Pedirle a un amigo o familiar que lo ayude a hacer preguntas y entender así las respuestas
- *Asegurarse de haber entendido lo que ocurrirá en caso de que necesite una operación.
- *Informarle a los profesionales de la salud sobre todas las medicinas que toma, incluso los medicamentos sin receta médica y los suplementos dietéticos, así como todas las alergias o reacciones adversas a la anestesia.
- *Asegúrese que sabe tomar sus medicamentos correctamente.
- *Obtener una segunda opinión acerca de las opciones de tratamiento.
- *Conservar una copia de su propia historia clínica.

2.3 Criterios básicos de la clasificación de la seguridad del paciente:

- Identificación y definición de los conceptos clave de la seguridad del paciente;
- Organización de los conceptos de seguridad de los pacientes en categorías significativas y útiles;
- lingüística y culturalmente apropiados;
- Aplicación sobre el espectro completo de los centros de atención de salud.
- Comparación de la información o datos de la seguridad del paciente
- Sistema de enfoque, y Conformidad con los principios que rigen a otros miembros de la Familia.

2.4 PROPOSITOS DEL PROGRAMA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

El propósito es el de Coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo.

Recolectar, agregar y analizar factores relevantes para la seguridad del paciente de un modo que permita el aprendizaje y el mejoramiento del sistema.

Contribuir a que los países incluyan entre sus prioridades la investigación en este campo.

Logros de la investigación:

La OMS mediante su investigación logro establecer datos sobre seguridad del paciente entre los cuales están:

*La seguridad del paciente es un problema grave de salud pública en todo el mundo, donde se calcula que en los países desarrollados hasta uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital.

En los países en desarrollo, la probabilidad de que los pacientes sufran algún daño en los hospitales es mayor que en los países desarrollados.

En algunos países en desarrollo, el riesgo de infección asociada con la atención médica llega a ser hasta 20 veces superior al registrado en los países desarrollados.

2.5 Eventos adversos más comunes

1. Neumonía
2. Infección de una herida quirúrgica
3. Úlceras por presión (por inmovilización)
4. Sepsis y shock séptico
5. Necesidad de cuidado en la Unidad de Tratamiento Intensivo
6. Flebitis
7. Consecuencias en la salud debido al retraso en el Diagnóstico o a un diagnóstico erróneo

8. Lesión de un órgano debida a una intervención o un Procedimiento médico
9. Hemorragia o hematoma debido a una intervención o un procedimiento médico
10. Invasión bacteriana de la sangre, debido a algún dispositivo por ejemplo, un catéter

2.6. Soluciones implementadas por el programa

Fueron establecidas por la OMS 9 soluciones o puntos para mejorar la asistencia a los enfermos y evitar errores humanos perjudiciales para los pacientes:

- Medicamentos de aspecto o nombre parecidos
- Identificación de pacientes
- Comunicación durante el traspaso de pacientes
- Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto
- Control de las soluciones concentradas de electrolitos
- Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales
- Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos
- Usar una sola vez los dispositivos de inyección
- Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud

Las nueve soluciones se basaron en intervenciones y acciones que han reducido los problemas relacionados con la seguridad del paciente en algunos países, y se difunden de tal manera que los Estados Miembros de la OMS puedan usarlas y adaptarlas y así reformulen los procedimientos de asistencia al enfermo y hacerlos más seguros.

Según la OMS, se estima que en estos momentos 1,4 millones de personas en todo el mundo están padeciendo alguna infección asociada a la atención sanitaria.

3. PAISES COMPROMETIDOS

- África: Yaundé – Camerún (sept 2008)
- Australia (noviembre 10 2006)
- Bahréin (octubre 13 2005)
- Bangladesh(septiembre 17 2006)
- Bélgica (noviembre 10 2006)
- Bulgaria (noviembre 10 2006)
- Canadá (octubre 20 2006)
- Estados del Caribe (septiembre 29 2007)
- China (noviembre 27 2007)
- Colombia (diciembre 4 2007)
- Costa Rica (noviembre 10 2006)
- Croacia

- Dinamarca (abril 16 2007)
- Egipto (mayo 6-8 2008)
- Francia
- Grecia
- Reino Unido de Gran Bretaña (octubre 13 2005)
- Japón
- Finlandia (noviembre10 2006)
- Alemania (noviembre 10 2006)
- Hong Kong (octubre 13 2005)
- Hungría
- Islandia (febrero 8 2007)
- India (julio 14 2006)
- Indonesia (julio 17 2007)
- Irlanda (diciembre 2 2005)
- Iran (mayo 7 2007)
- Italia (octubre 13 2005)
- Jordania (agosto 16 2007)
- Kenia (noviembre 10 2006)
- Kuwait (octubre 22 2007)
- Luxemburgo (noviembre 20 2006)

- Malasia (mayo 15 2006)
- Mali (enero 18 2007)
- Malta (noviembre 30 2006)
- Mercosur: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Paraguay, Uruguay, (noviembre 30 2007)
- México (septiembre 21 2007)
- Mongolia (mayo 10 2007)
- Mozambique (marzo 28 2008)
- Países Bajos (octubre 13 2005)
- Irlanda del Norte (marzo 13 2006)
- Noruega (octubre 31 2007)
- Omán (diciembre 4 2006)
- Pakistán (octubre 29 2007)
- Perú (mayo 21 2008)
- Filipinas
- Portugal (octubre 8 2008)
- Qatar (septiembre 2 2007)
- Rwanda (diciembre 10 2007)
- Arabia Saudita (octubre 13 2005)
- Escocia (octubre 13 2005)

- Senegal (mayo 29 2008)
- Singapur (noviembre 10 2006)
- Eslovenia (junio 6 2006)
- España (noviembre 5 2006)
- Sudan (noviembre 19 2006)
- Suiza (octubre 13 2005)
- Uganda (noviembre 10 2006)
- Finlandia (junio 20 2007)
- Emiratos Árabes (septiembre 17 2006)
- Estados Unidos (noviembre 10 2006)
- Vietnam
- Yemen (mayo 25 2008)

4. ESTUDIO IBEAS (ESTUDIO IBEROAMERICANO DE EVENTOS ADVERSOS)

Fue el 1er estudio llevado a cabo en latino América, con la finalidad de conocer la magnitud de los problemas que pueden ocurrir en los hospitales, posterior a una atención.

Este estudio fue realizado por La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Oficina Regional para las Américas/Organización Panamericana de la Salud (AMRO-OPS), y el Ministerio de Sanidad y Consumo de España en coordinación y apoyo de las autoridades sanitarias de Argentina,

Colombia, Costa Rica, México y Perú.

El resultado de esta investigación fue el hallazgo de las 10 lesiones más comunes en las cuales están

1. Neumonía
2. Infección de una herida quirúrgica
3. Úlceras por presión (por inmovilización)
4. Sepsis y shock séptico
5. Necesidad de cuidado en la Unidad de Tratamiento Intensivo
6. Flebitis
7. Consecuencias en la salud debido al retraso en el
8. Diagnóstico o a un diagnóstico erróneo
9. Lesión de un órgano debida a una intervención o un Procedimiento médico
10. Hemorragia o hematoma debido a una intervención o un procedimiento médico
10. Invasión bacteriana de la sangre, debido a algún dispositivo por ejemplo, un catéter

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
- De media, los incidentes que causaron daño aumentaron la estancia en el

hospital más de 16 días por paciente (una variación entre países que va desde 13 a 19 días).

PROPOSITO A EJECUTAR POR IBEAS

- 1.** Dar a conocer el problema de la atención sanitaria insegura y sensibilizar a los actores de la salud para mejorar la seguridad del paciente
- 2.** Diseñar estrategias específicas encaminadas a la mejora en la seguridad basada en los resultados obtenidos en el Estudio
- 3.** Prestar especial atención a las personas más vulnerables, tales como los pacientes con patologías múltiples, y a los menores de 1 año y los mayores de 65
- 4.** Recomendar políticas sanitarias que favorezcan la seguridad del paciente
- 5.** Fomentar una cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y los gestores de la salud
- 6.** Seguir investigando para conocer, conocer para actuar y actuar para mejorar la seguridad del paciente. El mero hecho de

5. ESTUDIO ENEAS (ESTUDIO NACIONAL SOBRE EVENTOS ADVERSOS)

Se realizó en España en mayo 2005. Los directores científicos del proyecto fueron los profesores Jesús Aranaz y Carlos Aibar, de la Universidad de Alicante y la Universidad de Zaragoza, España.

El proyecto fue lanzado en Buenos Aires, Argentina, en un encuentro que tuvo lugar del 27 al 31 de marzo de 2007 y que fue inaugurado por el Ministro de Salud argentino, Dr G. González García.

Fue una investigación realizada en 48 centros hospitalarios de España, 452 profesionales sanitarios de medicina y enfermería (251 médicos de familia, 49 pediatras y 152 enfermeros). En total se han analizado los datos de 96.047 consultas.

El estudio fue observacional de tipo transversal con componentes analíticos, mediante datos plasmados por el profesional en un formulario bajo confidencialidad.

La investigación se basó en la Atención Primaria, la que consideran el primer punto de encuentro del paciente con el sistema sanitario, siendo el nivel asistencial más frecuentado por la población,

En este estudio implantaron términos técnicos como:

Paciente sufre un efecto adverso (EA).(Es decir, un accidente imprevisto e inesperado que causa algún daño.)

Concluyeron en esta investigación que La etiología (causa/as) de los efectos adversos es multicausal. En su origen están comprometidos factores relacionados con el uso de fármacos, con la comunicación, con la gestión y con los cuidados.

Y como consecuencia de estos efectos adversos la que se dio más comúnmente era un peor curso evolutivo de la enfermedad de base del paciente, continuando en secuencia la infección relacionada con los cuidados (infección nosocomial) en Atención Primaria.

6. Programa en diferentes países

6.1 ANDALUCIA:

Observatorio para la seguridad del paciente en Andalucía:

Ellos ponen a disposición de todos los interesados, el conocimiento generado por sus profesionales (buenas prácticas, acciones de mejora, notificación de incidentes, etc.) y el precedente de otras organizaciones y sistemas, con la finalidad de ayudar a proporcionar cuidados cada vez más seguros.

Dividen la práctica segura en:

- * Prevención de la infección nosocomial.
- * Prevención de complicaciones peri operatorias.
- * prevención de los errores en el uso de la medicación (las tres causas más frecuentes de eventos adversos según el Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005), así como prácticas seguras de ámbito general, relacionadas con los cuidados de enfermería y con mejoras en la comunicación en diversas situaciones.

Concluyen:

Que de acuerdo con el estudio ENEAS, el 21,2% de los eventos adversos en pacientes ingresados están relacionados con la infección nosocomial, considerándose evitables en un porcentaje superior al 50% (56,6% evitables)

Puede lograrse mucho a través de la integración y del mejor uso de las soluciones existentes para prevenir y controlar las infecciones asociadas a la atención sanitaria.

Y consideran que la higiene de manos, una acción muy simple, continúa siendo la principal medida para reducir la infección asociada a la atención sanitaria y proliferación de resistencias antimicrobianas.

6.2 PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN COLOMBIA

El ministerio de Protección social en Colombia define como la seguridad del paciente como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias. y fue implementado en junio del año 2008, por el mismo ministerio.

Se basaron en principios creados en junio del 2007 para la consecución de la seguridad para el paciente, estos principios son:

*Enfoque de atención centrado en el usuario: Lograr óptimos resultados para el paciente, siendo este el centro del programa.

*Cultura de Seguridad: confidencialidad y confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad, lo cual es deber del profesional dentro del sistema permitir ese entorno.

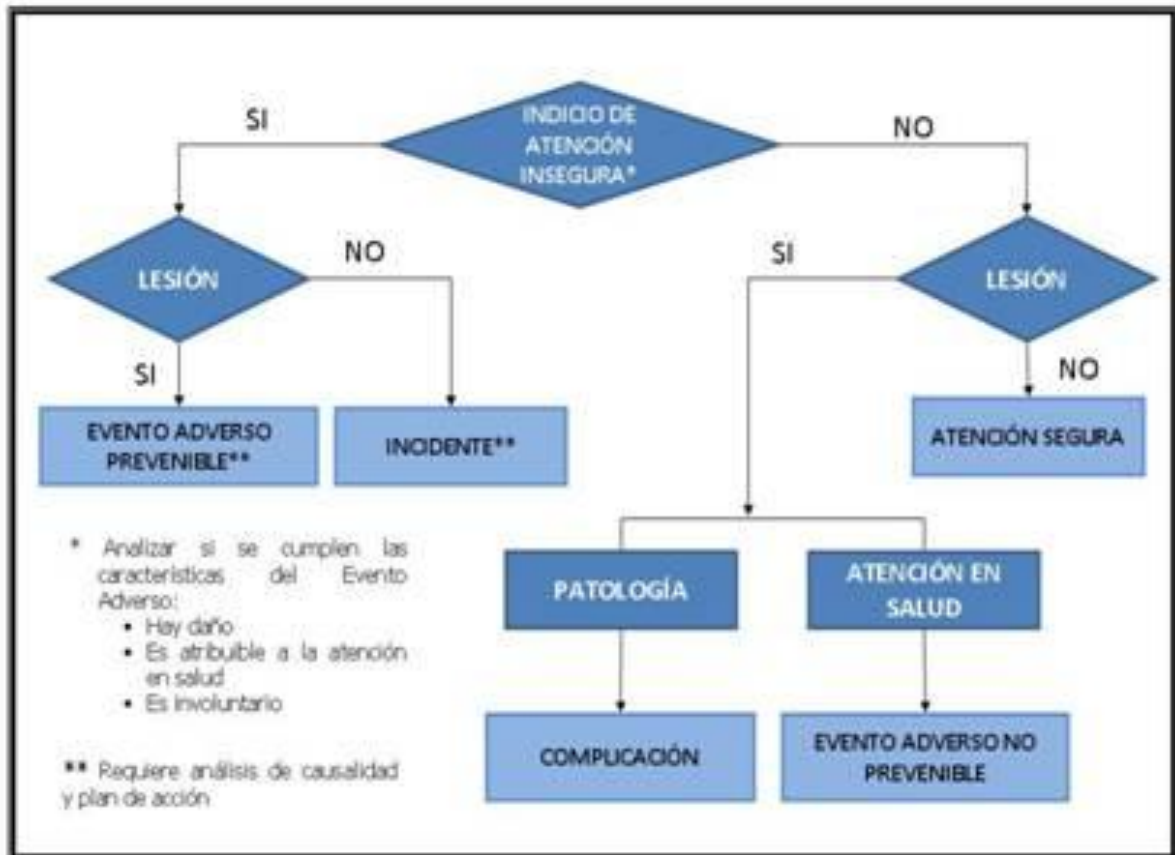
*Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud: La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.

*Multicausalidad: El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.

*Validez: Para impactarlo se requiere implementar metodologías y

herramientas prácticas, soportadas.

En el siguiente grafico resumen su política de seguridad del paciente.



El ministerio de seguridad social igual que el estudio apenas tecnicifican términos para igualar conceptos como son:

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

ATENCIÓN EN SALUD:

Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA

Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

RIESGO

Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

EVENTO ADVERSO

Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

EVENTO ADVERSO PREVENIBLE

Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE

Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

INCIDENTE

Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

COMPLICACIÓN

Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

BARRERA DE SEGURIDAD

Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO

Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO

Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.

En este documento ponen en manifiesto que generalmente se tiende a señalar al profesional ante un evento adverso pidiendo así la sanción de este, pero aclaran que científicamente se ha demostrado que cuando un evento adverso ocurre, es la consecuencia final, derivada de una secuencia de procesos defectuosos que han favorecido la aparición del evento adverso o no lo han prevenido



en este esquema ilustran la concurrencia de eventos que pueden desencadenar un evento adverso.

Y determinan que es fundamental mental la búsqueda de las causas que

originaron el evento adverso: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad, y así identificar las barreras de seguridad que deberán prevenir o neutralizar la ocurrencia del evento.

El ministerio de protección social agrupa los eventos adversos así:

de acuerdo a la frecuencia y severidad de los riesgos identificados:

- * Infección nosocomial
- * Eventos adversos ocurridos durante la intervención quirúrgica o
Procedimientos diagnósticos invasivos
- * Eventos adversos asociados al uso de medicamentos, sangre y
hemoderivados terapéuticos.
- * Eventos adversos asociados al cuidado de la salud.

de igual forma enumeran las barreras más importantes para evitar los anteriores eventos:

Algunas de las prácticas seguras que utilizan las instituciones para disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso son:

- * Acciones dirigidas a garantizar una atención limpia en salud
- * Acciones dirigidas a evitar la confusión en la administración de medicamentos: formas de denominación, presentación, prescripción,

dosificación, dispensación.

- * Acciones a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano: fatiga, comunicación, entrenamiento.

- * Programas para evitar las caídas de pacientes

- * Protocolos para la remisión oportuna de pacientes

- * Barreras de seguridad en la utilización de tecnología

y establecieron unas políticas de seguridad tales como:

- * Instituir una cultura de seguridad del paciente: cultura justa, educativa y no

- punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad.

- * Reducir la incidencia de incidentes y eventos adversos.

- * Crear o fomentar un entorno seguro de la atención.

- * Educar, capacitar, entrenar y motivar el personal para la Seguridad del paciente

- * La creación de un sistema de reporte de incidentes y Eventos adversos.

- * Garantizar la confidencialidad de los análisis.

- * Estrategias organizacionales para su operación: unidad Funcional, equipo de trabajo, componente del sistema de Calidad, programa o plan, definición de responsable,

Mecanismos de difusión, capacitación, entrenamiento.

- * Homologar en la institución los conceptos y definiciones claves.
- * Integración con otras políticas y procesos institucionales:
Calidad, talento humano, recursos físicos, tecnológicos, Información, etc.
- * Como se va construye una alianza con al paciente y su familia.
- * Como se integra con los procesos asistenciales.
- * Definición de los recursos dispuestos para la implementación de la política.
- * Educar al paciente e incentivarlo para preguntar acerca de su enfermedad, de su autocuidado y de los riesgos, transmitiéndole la idea de que la búsqueda de este, es algo positivo y no negativo.
- * Promover la participación del paciente y su familia, como un integrante activo en la prevención de incidentes y eventos adversos.
- * Sembrar en el equipo de atención, la necesidad de concurrir hacia el paciente cuando ocurre un EA, y no acompañarlo.

Ponen en manifiesto algunas recomendaciones para el protocolo ante algún evento adverso:

- * No negarle la ocurrencia del evento adverso; por el contrario, darle información y

 - apoyarlo: definir qué se explica, quien lo hace, cómo y cuando.

- * Hacer todo lo necesario para mitigar las consecuencias del evento adverso

- * Resarcir al paciente que ha padecido un evento adverso, entendido este como e

 - el reconocimiento, soporte y acompañamiento en lo que sea pertinente.

- * Explicarle que es lo que se hará para prevenir futuras ocurrencias del evento adverso.

- * Mostrar que no se eluden las responsabilidades ante la ocurrencia del evento

 - adverso y que se tiene la voluntad de contribuir al resarcimiento de las consecuencias

 - de este.

- * Si la situación lo amerita: presentarle excusas al paciente y su familia por la

 - ocurrencia del EA.

6.3 SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CHILE

Credo en el año 2006 por la subsecretaria de redes asistenciales del ministerio de salud en la fecha Andrea Martones Reyes, lanza una política de seguridad no tanto basado en protocolos sino en leyes y estrategias de auditoria generando mayor control en cuanto al tipo de servicios prestados tanto en entidades privadas o públicas, no se basaron en investigar sino en buscar medios de control más que todo ante una mala praxis,

(http://www.sofofa.cl/BIBLIOTECA_Archivos/Documentos/2006/07/19_salud_AMartones.pdf)

Su política se basa además en los siguientes parámetros:

- Evaluación de tecnologías de salud (equipamiento y medicamentos)
- *Infecciones intrahospitalarias*
- *Manuales generales de acreditación para atención abierta y cerrada para prestadores de salud*
- Normas técnicas de autorización sanitaria_

7. OTROS ESTUDIOS

Un estudio realizado por el Dr. Alejandro Cragno. Dr. Marcelo Garcia Dieguez del

Departamento de Ciencias Médicas Universidad Nacional del Sur Bahía Blanca miran la etiología de la falta de seguridad del paciente desde otro punto de vista; desde aquel donde la importancia de la educación desde el pregrado hasta el postgrado del profesional de la salud y su crecimiento durante el proceso priman el aumento o disminución de efectos adversos en el paciente, poniendo en manifiesto que no solo es importante la capacitación del mismo, sino el trato que se le da a este durante su desarrollo educacional, viendo este crecimiento profesional

no solo como adquisición de conocimientos sino un proceso de socialización . Argumenta que durante el pregrado se debe fomentar profundamente todo lo relacionado con la seguridad del paciente tales como manejo de la identificación, control de infecciones y la prescripción segura) y fomentar además las estrategias educativas a tener en cuenta. (Ej: trabajo en pequeños grupos, aprendizaje basado en problemas, laboratorios de simulación). En el caso del proceso en el posgrado menciona que se deja de lado el crecimiento personal concentrando al estudiante en su adiestramiento sin importar la forma de llevarlo a cabo, formas como largas horas de residencia, las cuales aumentan la incidencia de errores, humillación entre los residentes de años más avanzados en relación a los de menor año, todo ello repercute en el comportamiento del profesional hacia el paciente, de ahí que en este artículo le dan la importancia al proceso educacional del profesional dando prioridad a la parte ética de ese proceso, y así lograr mejores resultados para el paciente.

8. CONCLUSIONES

La seguridad del paciente es actualmente uno de los programas más importantes que ha creado la OMS, con la finalidad de reducir los riesgos de un paciente que es tratado intra hospitalariamente y como consecuencia de este, lo cual no se hubiese logrado sin el interés y el vínculo por parte de muchos países a nivel mundial, disminuyendo así el porcentaje de eventos adversos en la atención a los pacientes, gracias a las investigaciones realizadas, las cuales permitieron difundir datos necesarios para el conocimiento y corrección de aquellas fallas que se podrían haber presentado en centros hospitalarios en todo el mundo; Teniendo ya claramente establecido cuales son los riesgos más comunes

entre los cuales se destacan

- * Infección nasocomial
- * Eventos adversos ocurridos durante la intervención quirúrgica o
Procedimientos diagnósticos invasivos
- * Eventos adversos asociados al uso de medicamentos, sangre y
hemoderivados terapéuticos.
- * Eventos adversos asociados al cuidado de la salud.
- * Higiene de manos

Las cuales pueden ocasionar eventos adverso tales como :

1. Neumonía
2. Infección de una herida quirúrgica
3. Úlceras por presión (por inmovilización)
4. Sepsis y shock séptico
5. Necesidad de cuidado en la Unidad de Tratamiento Intensivo
6. Flebitis
7. Consecuencias en la salud debido al retraso en el Diagnóstico o a un diagnóstico erróneo
8. Lesión de un órgano debida a una intervención o un procedimiento medico
9. Hemorragia o hematoma debido a una intervención o un procedimiento médico
10. Invasión bacteriana de la sangre, debido a algún dispositivo por ejemplo, un catéter.

Enunciando asi las posibles soluciones ante estos eventos adversos como

son:

- Medicamentos de aspecto o nombre parecidos
- Identificación de pacientes
- Comunicación durante el traspaso de pacientes
- Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto
- Control de las soluciones concentradas de electrolitos
- Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales
- Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos
- Usar una sola vez los dispositivos de inyección
- Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud

El riesgo de nuestros pacientes debe disminuir considerablemente.

9. BIBLIOGRAFIA

*Medline plus

*www.seguridaddelpaciente.es/

*www.juntadeandalucia.es/.../observatorioseguridadpaciente/

www.safetypatient.com/documentos/estudio_apeas.

www.msc.es/organizacion/sns/.../Estudio_APEAS_resumen.pdf

http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_form/en/index.html

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_22-sp.pdf

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/index.html>,

<http://www.who.int/gpsc/statements/countries/es/>

ESTUDIO IBEAS

http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf

ESTUDIO ENEAS

<http://www.safetypatient.com/antecedentes.html>

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf

***Fundamentos de seguridad al paciente para disminuir errores médicos**

autor: Adolfo León Franco (Editor) **Editorial:** Universidad del Valle - Programa Editorial

*** Seguridad del paciente hospitalizado**

Autores: Enrique Ruelas Barajas, Odet Sarabia González y Walter Tovar Vera

Editorial: Médica Panamericana S.A.

Instituto Nacional de Salud Pública (México) **Año de edición:** 2007

***Criterios técnicos y recomendaciones basada en evidencias para la construcción de guías prácticas clínicas. Seguro Social; departamento de Farmaco epidemia de Costa Rica. 2005**

http://www.cochrane.ihcai.org/programa_seguridad_paciente_costa_rica/pdfs/0_Plan-General.pdf

***instituto de investigaciones epidemiológicas de Buenos Aires**

www.errorenmedicina.anm.edu.ar/editoriales.asp

*** Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la**

Hospitalización. ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2006.

*** pagina oficial del ministerio de protección social de Colombia**

www.minproteccionsocial.gov.co/OCS

http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/Default.aspx

*** seguridad del paciente en Chile**

http://www.sofofa.cl/BIBLIOTECA_Archivos/Documentos/2006/07/19_salud_AMartones.pdf

***pagina del ministerio de salud de chile**

http://www.sofofa.cl/BIBLIOTECA_Archivos/Documentos/2006/07/19_salud_AMartones.pdf

*** Departamento de Ciencias Medicas Universidad Nacional del Sur Bahía Blanca**

Dr. Alejandro Cragno. Dr. Marcelo Garcia Dieguez

Descargar PDF | Marzo 2009