

CULTURA DE SEGURIDAD Y PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

Dr. Héctor Maisuls

Cultura de la Seguridad de Pacientes

- 1) Dirección de Seguridad de Pacientes (10/12/07)**
- 2) Comité de Seguridad de Pacientes Res Min N °965 (15/12/08)**
- 3) Programa de Vigilancia, Control y Prevención de IACS RM N°1091 (19/11/14)**
- 4) Comité de Calidad e Historia Clínica RM N°912 (02/10/15)**
- 5) Dirección de Calidad Hospitalaria y Seguridad de Paciente (2015)**
- 6) Subsecretaría de Coordinación de Atención Médica, Calidad Hospitalaria y Seguridad de Paciente (2016)**

ERROR

“Es la falla para completar una acción tal como fue planeada o bien el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo .

**La acumulación de errores lleva a accidentes.
No todos los errores producen daño o lesión.”**

(Kohn 1999)



ERROR EN MEDICINA

Temor al azar

Causa----efecto----predictibilidad

Regularidad demostrable

Futuro predecible



EVENTO ADVERSO

EA: “Injuria o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico ó todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente”.

EA significativo

- **Prolongación de la estadía**
- **Necesidad de re-internación**
- **Secuela transitoria (< 1 año)**
- **Secuela definitiva**
- **Muerte**

ERROR MÉDICO

“Comprende el conjunto de los EA previsibles con el conocimiento actualizado.”

CUASIDAÑO

“Evento o situación que pudo haber terminado en un EA, pero donde una intervención a tiempo (planificada o no) o la casualidad evitó que se produjera el mismo”.



"Errar es humano"

Instituto de Medicina de EEUU 1999

Error: 100.000 muertes por año

Accidentes de tránsito

SIDA

Cáncer de mama



LUCIAN L. LEAPE, MD

HARVARD SCHOOL OF PUBLIC HEALTH



Reconocido internacionalmente como líder del movimiento para la Seguridad del Paciente

“Error in Medicine” que fue publicado en la revista JAMA en 1994.

“To Err is Human” 1999

“Crossing de Quiality Chasm” 2001

Fundador de prestigiosas instituciones “National Patient Safety Foundation”,

“Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Error”,

“Harvard Kennedy School Executive Session on Medical Error”.

Distinciones: duPont Award for Excellence in Children’s Health Care (2003)

John Eisenberg Patient Safety Award and Modern Healthcare (2004).

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DE EEUU

6 Objetivos para 10 años

La Atención Sanitaria debe ser:

Segura

Efectiva

Centrada en el paciente

Realizada en el momento adecuado

Eficiente

Equitativa

SEGURIDAD DEL PACIENTE

¿De que hablamos?

- Infecciones hospitalarias
- Úlceras de decúbito
- Complicaciones anestésicas
- Caídas
- Errores y retrasos diagnósticos
- Cirugía inadecuada
- Reingresos
- Fallecimiento
- Errores de medicación
- Prescripción errónea
- Confusión de HC y doc.
- Sobreutilización de tratamientos
- Cirugía del sitio equivocado
- Deficiencias en la contención física de los pacientes
- Litigios y reclamos

Modelo de Análisis Iceberg



Eventos Adversos

Fallos en:

Organización

Gestión

Estándares

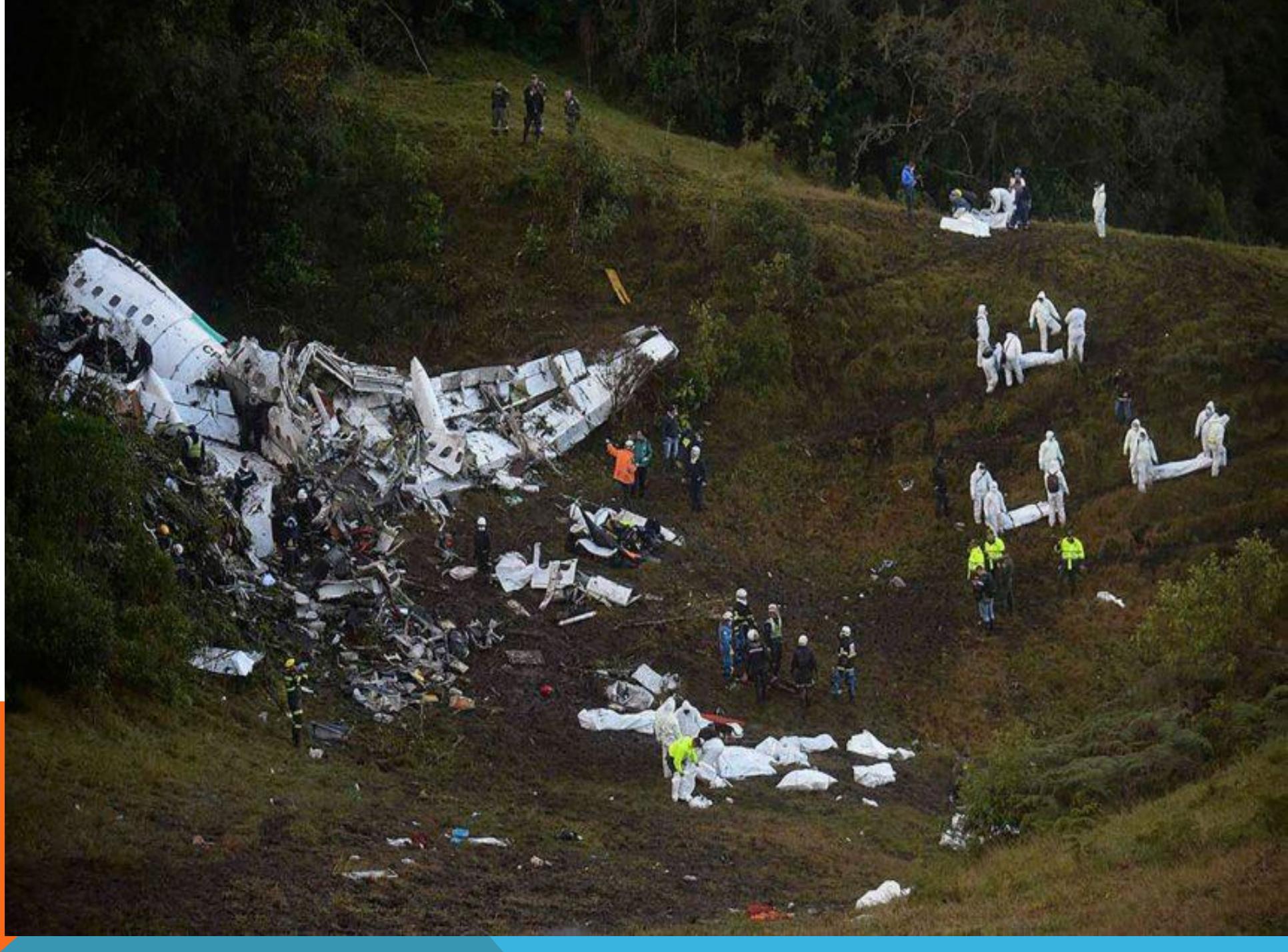
Supervisión

Roles

Comunicación

Mantenimiento

Actividades



Una bacteria mata a cuatro recién nacidos en Huancavelica

En el hospital regional

Otros dos bebés están aislados debido a un bacilo resistente a los antibióticos.

Cuatro bebés recién nacidos murieron en menos de 72 horas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Regional de Huancavelica a causa de la mortal bacteria 'Klebsiella pneumoniae', que es resistente a todo tipo de antibióticos. Este bacilo es el principal causante de infecciones del tracto urinario, neumonías, sepsis, infecciones de tejidos blandos e infecciones de herida quirúrgica.

En la Unidad de Cuidados Intensivos, que ya fue cerrada y declarada en cuarentena, permanecen aislados otros tres neonatos. El estado de salud de uno de ellos es delicado.

El director del hospital, Walter Mallca Jáuregui, indicó que el problema se detectó el 23 de setiembre. Ese día murió un be-



PELIGRO LATENTE. El director del hospital regional teme que la bacteria se disperse por el nosocomio y afecte a otros pacientes.

be y 24 horas después fallecieron otros dos. Un día después, el martes 25, murió uno más.

Dos de los menores provenían de la provincia de Lircay, otro de la provincia de Pampas-Tayacaja y el último vivía en la periferia de la ciudad de Huancavelica.

Todos presentaron infecciones y complicaciones a la hora del parto (placenta previa y desprendimiento de esta).

“Uno de ellos nació pesando solo un kilo”, anotó Mallca. El resultado de las muestras analizadas confirmó que la bacteria 'Klebsiella pneumoniae' causó sus decesos.

El director del hospital aseguró que los recién nacidos que permanecen aislados seguirán en esa situación, pues temen que se pueda propagar la bacteria a otros ambientes del nosocomio.

Ofreció implementar todas las medidas necesarias para controlar los riesgos y que la UCI será sometida a procedimientos de desinfección, que se prolongarán entre dos y cinco semanas.

LA BACTERIA

MUY COMÚN

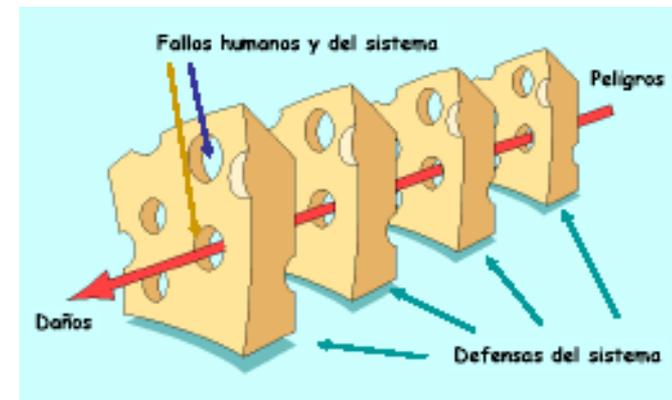
La bacteria 'Klebsiella pneumoniae' es una de las infecciones intrahospitalarias más comunes en el Perú y el mundo, y ataca principalmente a recién nacidos.

MUY LETAL

El agosto del 2011 al menos 50 pacientes del hospital Arnulfo Arias Madrid, de ciudad de Panamá, murieron víctimas de la 'Klebsiella pneumoniae'.

Modelo de Análisis Queso Suizo

James Reason



Fallos latentes

Condiciones de trabajo

Fallos de actividad (actos inseguros)

Barreras/defensas

Organización

Gestión

- Sobrecarga de trabajo
- Indefinición de tareas
- Formación insuficiente
- Supervisión insuficiente
- Fallos de comunicación
- Recursos obsoletos
- Escaso nivel de automatización
- Incorrecto mantenimiento de instalaciones
- Insuficiente estandarización de procesos, ...

- Omisión
- Distracciones
- Errores
- Fallos de atención

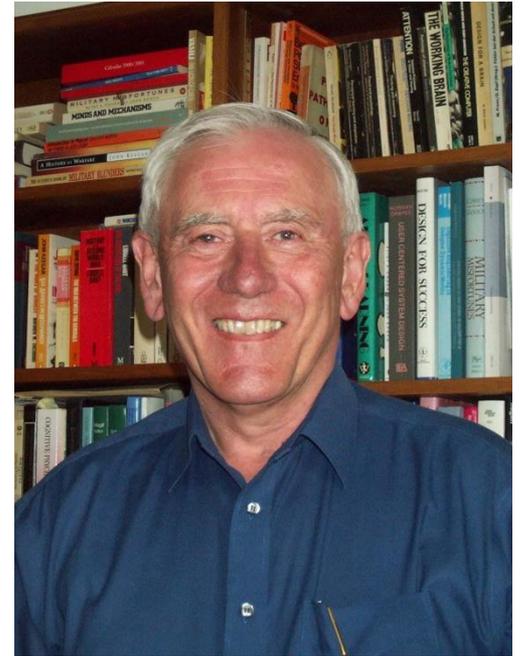
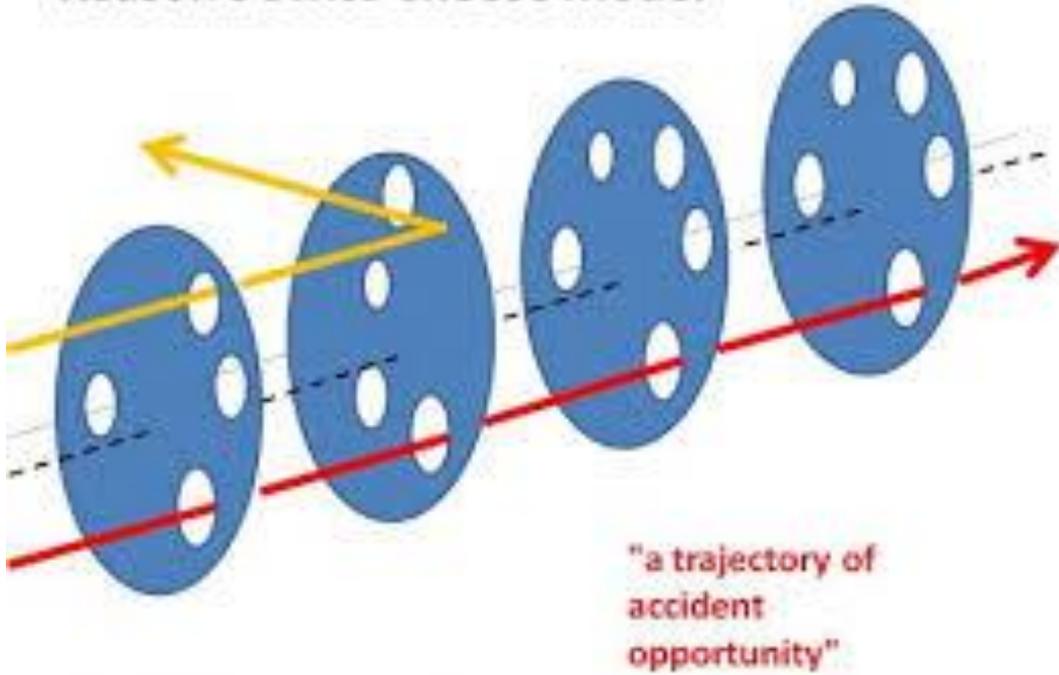
¡Efecto Adverso!



James Reason Accident Model: Layers of Safety



Reason's Swiss Cheese Model



ESTRATEGIA

Un Modelo centrado en el sistema

**Lo más importante cuando surge un Problema
no es quién,
sino qué, cómo, cuándo, dónde, por qué y
cómo se podría haber evitado**



Cambiar la cultura punitiva por cultura proactiva

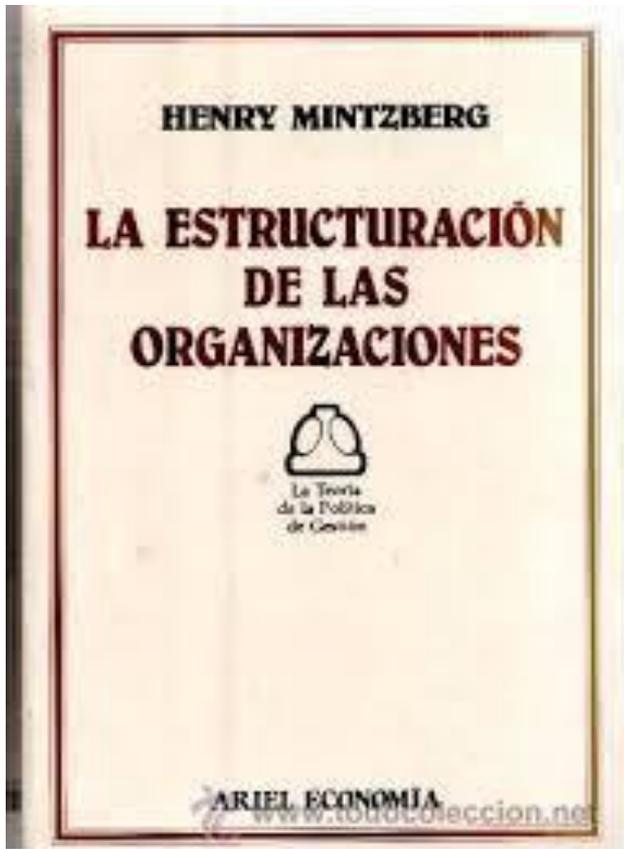
SEGURIDAD DEL PACIENTE

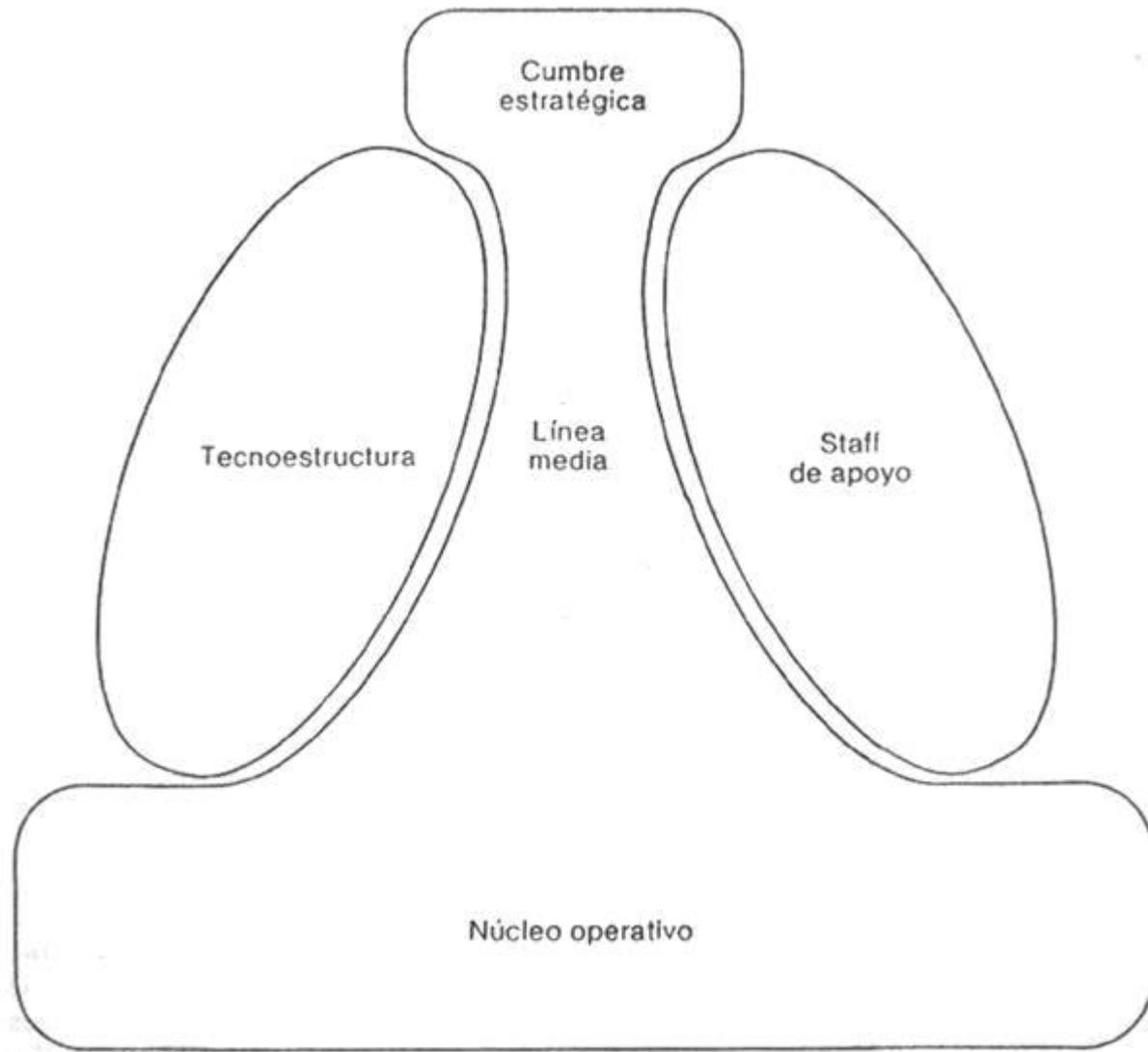
CONSTRUYENDO UN SISTEMA SANITARIO MÁS SEGURO

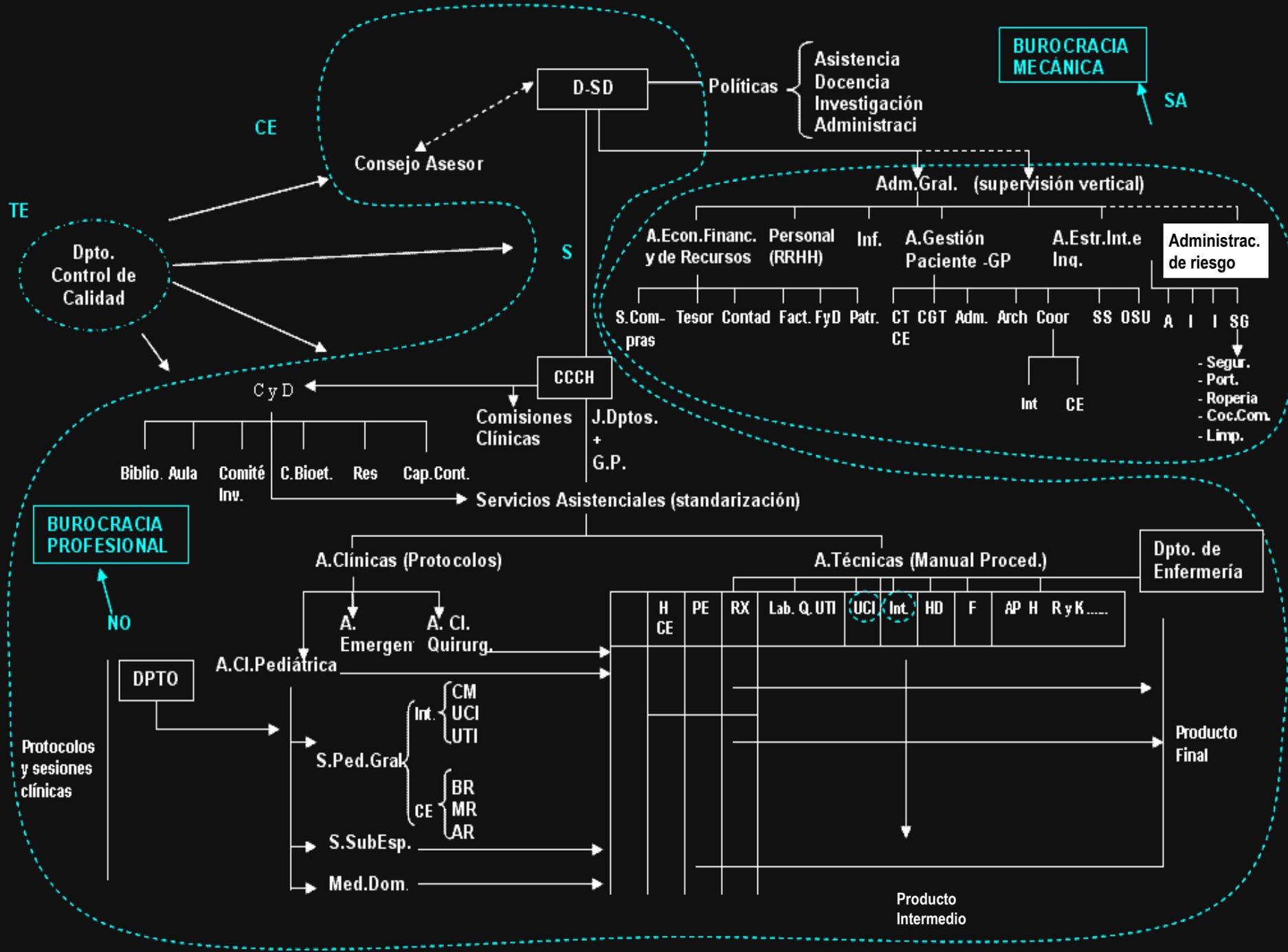
El foco debe cambiar de culpar por errores pasados a enfocarse en la prevención de futuros errores diseñando programas de seguridad en todos los sistemas.

Los problemas se originan en malos diseños y procesos, no en malos RRHH

La idea de que los errores médicos son causados por malos sistemas es un concepto transformador.







BUROCRACIA MECÁNICA

SA

BUROCRACIA PROFESIONAL

NO

Dpto. de Enfermería

Producto Final

Producto Intermedio

DE JAMES REASON A HENRY MINTZBERG

DE LA SEGURIDAD A LA CALIDAD



CULTURA DE SEGURIDAD Y PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

- 1) Comité IACS – Programa VIHDA**
- 2) Comité de Seguridad de Pacientes – Registro de Eventos Adversos**
- 3) Comité de Calidad Hospitalaria**
- 4) Historia Clínica Electrónica y Consentimiento Informado**
- 5) Guías de Práctica Clínica**
- 6) Comité de HC**
- 7) Relevamiento Hospitalario 2017**
- 8) Seguridad de Paciente en Salud Mental**
- 9) Comité de Emergencia y Desastres**
- 10) Planificación Estratégica Hospitalaria**

MUCHAS GRACIAS

Ministerio de
SALUD



cultura.cba.gov.ar
f Cultura.cba
@AgCBACultura



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
CÓRDOBA

**ENTRE
TODOS**