

Liderazgo de Enfermería en la Seguridad del paciente

Prof. Lic. Willen Cabrera

DIMENSIONES DE LA CALIDAD

- ❑ Seguridad del paciente
- ❑ Atención centrada en la persona
- ❑ Efectividad clínica
- ❑ Eficiencia
- ❑ Oportunidad
- ❑ Equidad



SEGURIDAD DEL PACIENTE

Es la reducción del riesgo de
daños innecesarios
relacionados con la atención
sanitaria hasta un mínimo
aceptable.

Organización Mundial de la Salud

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

■ CONCEPTOS CLAVES

- ❑ **Daño asociado a la atención sanitaria:** es el daño que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.
- ❑ **Incidente relacionado con la seguridad del paciente:** es un evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente

CONCEPTOS CLAVES

- ❑ **Evento centinela:** Todo evento que haya derivado en la muerte del paciente o la pérdida permanente e importante de una función, de carácter imprevisto y sin relación con la evolución natural de la enfermedad o el trastorno subyacente del paciente.
- ❑ **Infracción:** Es un desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos operativos.
- ❑ **Error:** es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto.

■ ¿QUÉ ES EL LIDERAZGO?

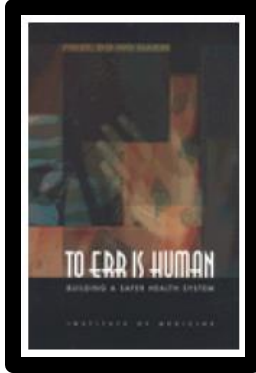
- ❑ El liderazgo es el proceso de influir en las actividades de un individuo o grupo hacia el logro de una meta en una situación dada. **Paul Hersey y Ken Blanchard**
- ❑ El liderazgo es la capacidad de influir en un grupo para que logre metas y objetivos comunes. **Stephen P. Robbins**



■ LIDERAZGO EN CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

- ❑ El liderazgo efectivo impacta directamente en la seguridad del paciente y la calidad del servicio, reduciendo errores y mejorando la experiencia de los usuarios.
- ❑ Los líderes son los responsables de establecer estándares elevados y de impulsar una visión organizacional compartida.
- ❑ Al influir en la cultura de trabajo, el liderazgo fomenta equipos más cohesionados, con un enfoque claro en la atención centrada en las personas

TO ERR IS HUMAN



Health care in the United States is not as safe as it should be--and can be. At least 44,000 people, and perhaps as many as 98,000 people, die in hospitals each year as a result of medical errors that could have been prevented, according to estimates from two major studies. Even using the lower estimate, preventable medical errors in hospitals exceed attributable deaths to such feared threats as motor-vehicle wrecks, breast cancer, and AIDS.

Kohn LT, Corrigan JM, Donalson MS. To err is human: building a safer health system. Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. Washington (DC). National Academy Press; 1999.

TO ERR IS HUMAN



Kohn LT, Corrigan JM, Donalson MS. To err is human: building a safer health system. Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. Washington (DC). National Academy Press; 1999.

MAGNITUD E IMPACTO DEL PROBLEMA



1 de cada 10 ptes internados sufren EA. 50% evitables

IBEAS, 2012; ENEAS, 2009



2,6 millones de muertes en el mundo anuales por atención médica insegura (220 a 400 K en USA)

NAP 2018; James, 2013



40 a 80 mil muertes por año en USA por Errores diagnósticos

Singh, 2014



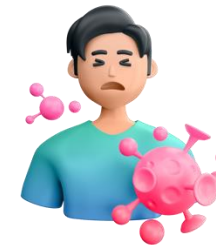
1 millón de muertes anuales por complicaciones quirúrgicas

OMS, 2009



400.000 EA por año en EE.UU por errores de medicación

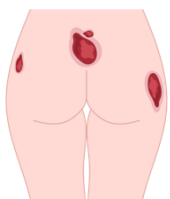
IOM, 2004



50 mil muertos por año en USA y Europa Por microorganismos multiresistentes

OMS Global Burden, 2016

MAGNITUD E IMPACTO DEL PROBLEMA



15,8% de los
pacientes
internados en
Argentina sufren
LPP

IBEAS, 2012



5 millones de
muertos por año
en el mundo por
sepsis

Fleishcmann , 2016



8,7 reacciones
adversas cada 100
mil
unidades
transfundidas

OMS, 2010



IACS: 7,6% en
países de ingresos
altos y 10% en
países de ingresos
medios y bajos

OMS, 2011



Aislamiento y
exceso de
restricción física en
salud mental

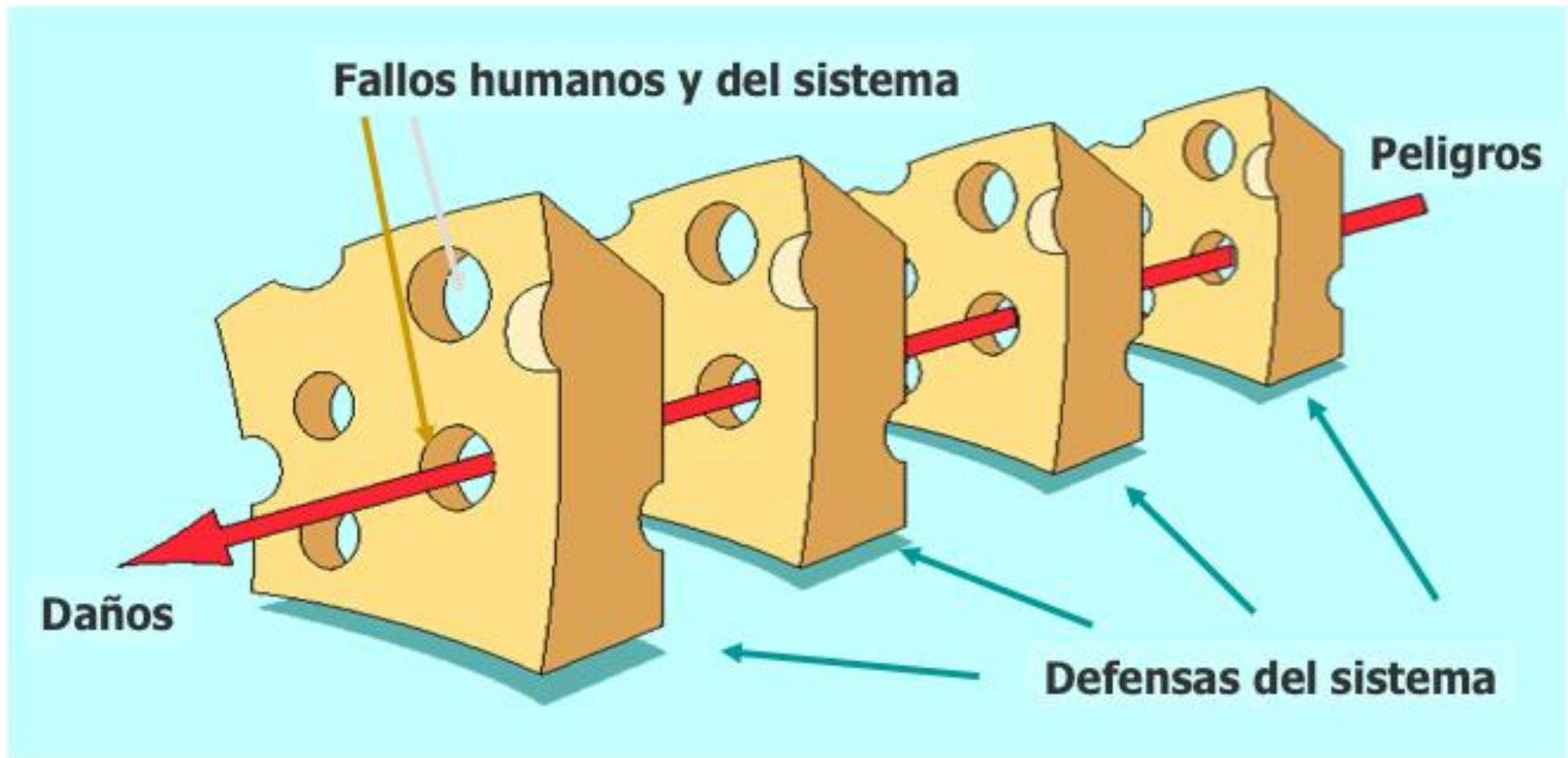
D'Lima, 2016



33% de los
pacientes
sufren EA. GTT

Classen, 2011

MODELO DE QUESO SUIZO



CASO 1

Paciente pediátrico al que se le administró por error

Noradrenalina ev en push en lugar de Ranitidina



■ CASO 2

Paciente que se le administró
por error ibuprofeno jarabe
intramuscular



CASO 3

Paciente al que se le
administra por error vincristina
intratecal



CASO 4

BBC NEWS MUNDO

Noticias América Latina Internacional Hay Festival Economía Ciencia Salud Cultura Tecnología

Centroamérica Cuenta

Bolivia: el desgarrador caso del niño con cáncer al que le extirparon su único riñón sano por error y ahora depende de una máquina para vivir

Boris Miranda (@ivanbor)
Corresponsal de BBC News Mundo en la Región Andina

11 septiembre 2018



Principales noticias

"En Colombia hay personas que en su misma biología esconden el alzhéimer y su cura", Francisco Lopera, el premiado neurólogo investigador de la demencia

7 mayo 2024

Las impactantes imágenes de las inundaciones en el sur de Brasil que causaron la muerte de al menos 85 personas

7 horas

Cuál es la importancia estratégica de Rafah y por qué preocupa la ofensiva militar que Israel está realizando en esa ciudad de Gaza

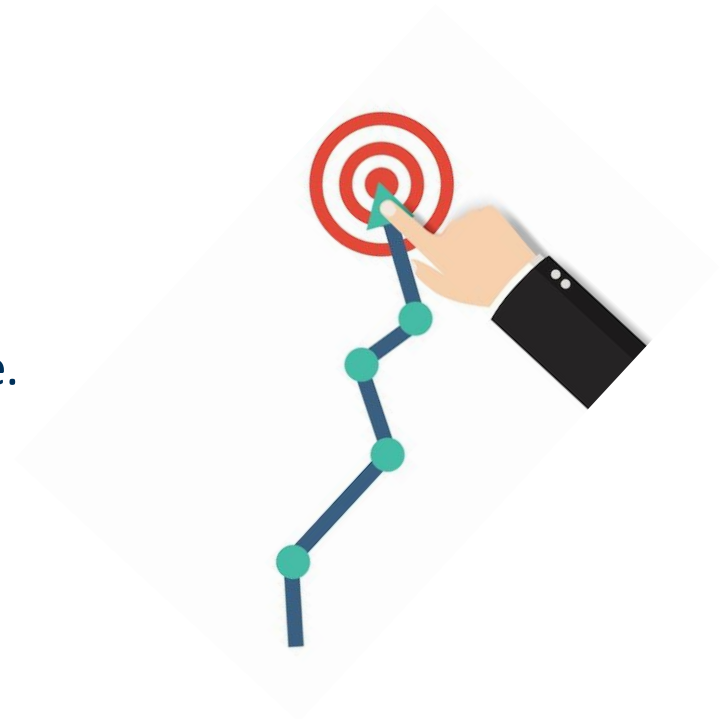
7 mayo 2024

No te lo pierdas



¿POR DÓNDE EMPEZAR?

- ☐ Involucrar a la Dirección.
- ☐ Diagnóstico de situación.
- ☐ Recorridas.
- ☐ Empezar por lo estratégico, de lo fácil a difícil.
- ☐ Ver necesidad institucional.
- ☐ Ir por los objetivos internacionales de seguridad del paciente.
- ☐ “Utilizar” los incidentes de seguridad para generar mejoras.
- ☐ Inducción / Normas.
- ☐ Mentoring en Enfermería
- ☐ Alianza con sectores claves.



ASPECTOS CLAVES

- ❑ Inducción y sensibilización
- ❑ Cultura Justa de Seguridad del Paciente
- ❑ Ateneos de Seguridad del Paciente
- ❑ Reporte de Incidentes y detección de Eventos adversos
- ❑ Gestión de eventos centinelas
- ❑ Ciclos de Mejora
- ❑ Involucrar a pacientes y familia
- ❑ Acreditación



REPORTE DE INCIDENTES: CULTURA NO PUNITIVA

- ❑ Formas de reportar
- ❑ Voluntario vs obligatorio
- ❑ Reporte Mixto
- ❑ Gestión de los reportes

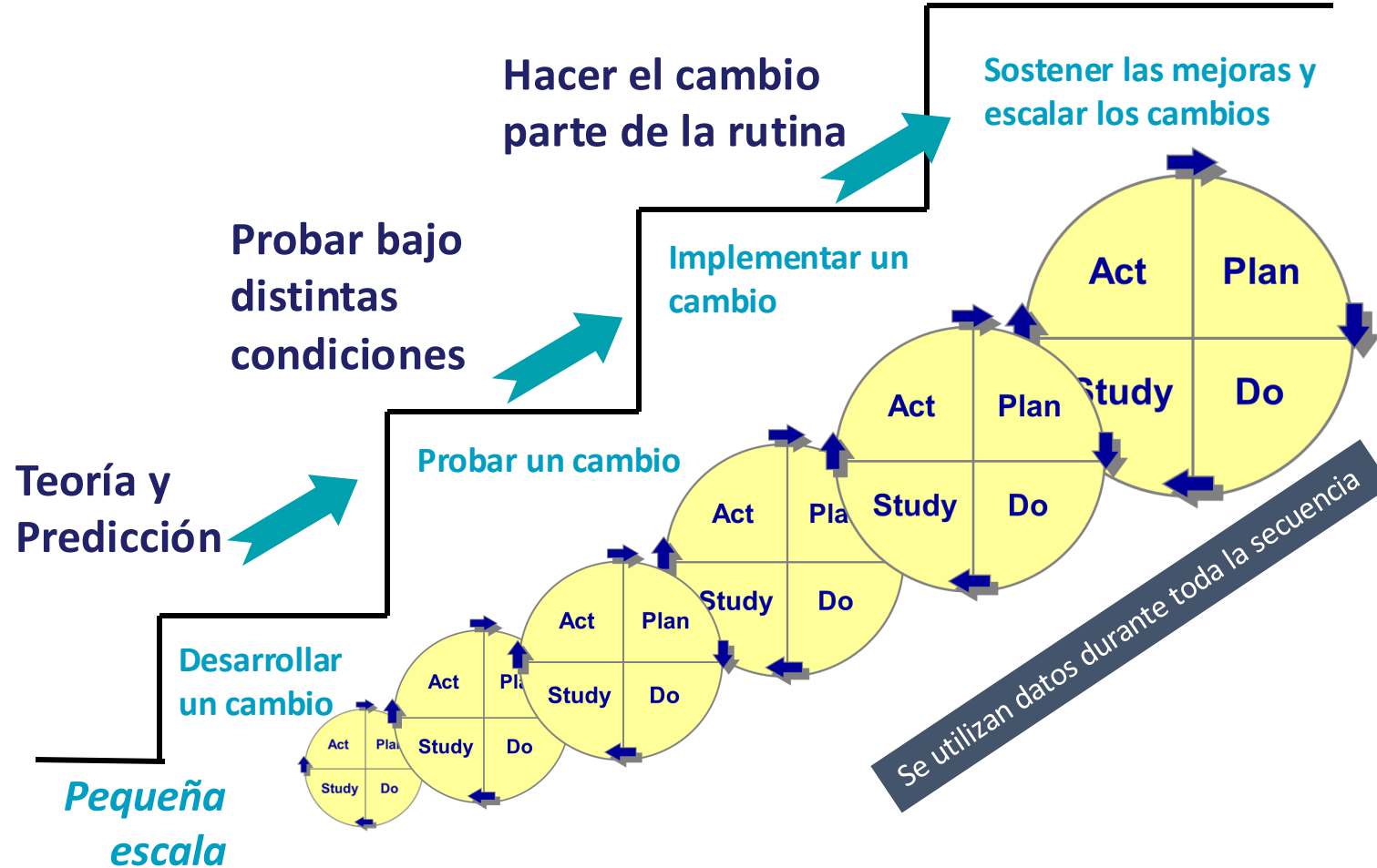


CICLO DE MEJORA CONTINUA

El Ciclo PHEA para el Aprendizaje y la Mejora



CICLO DE MEJORA CONTINUA



METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. Identificar correctamente a los pacientes
2. Mejorar la comunicación efectiva
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo
4. Garantizar una cirugía segura
5. Minimizar el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria
6. Minimizar el riesgo de daño al paciente causado por caídas



**World Health
Organization**

IDENTIFICAR CORRECTAMENTE A LOS PACIENTES

- ❑ Pulsera de identificación con dos datos duros.
- ❑ Identificación antes de realizar un procedimiento.



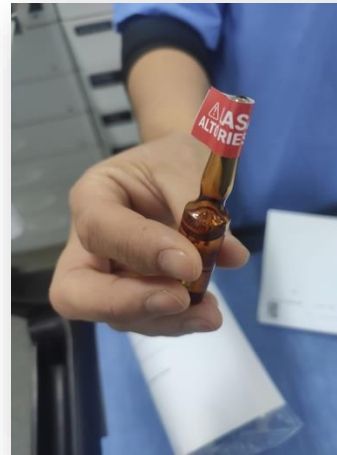
MEJORAR LA COMUNICACIÓN EFECTIVA

- ❑ Pases de guardia estructurado
- ❑ Estandarización de comunicación de valores y hallazgos críticos de laboratorio (ERC)
- ❑ Briefing



MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO

- ❑ Protocolo de manejo de medicamentos de alto riesgo.
- ❑ Revisión y estrategias específicas para medicamentos LASA.



GARANTIZAR UNA CIRUGÍA SEGURA

Lista de verificación de la seguridad de la cirugía



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

Antes de la inducción de la anestesia

(Con el enfermero y el anestesta, como mínimo)

¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?

☐ Sí

¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?

☐ Sí
☐ No procede

¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?

☐ Sí

¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?

☐ Sí

¿Tiene el paciente...

... Alergias conocidas?

☐ No
☐ Sí

... Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?

☐ No
☐ Sí, y hay materiales y equipos / ayuda disponible

... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)?

☐ No
☐ Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales

Antes de la incisión cutánea

(Con el enfermero, el anestesta y el cirujano)

☐ Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función

☐ Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento

¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?

☐ Sí
☐ No procede

Previsión de eventos críticos

Cirujano:

☐ ¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados?
☐ ¿Cuánto durará la operación?
☐ ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?

Anestesta:

☐ ¿Presenta el paciente algún problema específico?

Equipo de enfermería:

☐ ¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)?
☐ ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?

¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?

☐ Sí
☐ No procede

Antes de que el paciente salga del quirófano

(Con el enfermero, el anestesta y el cirujano)

El enfermero confirma verbalmente:

☐ El nombre del procedimiento
☐ El recuento de instrumentos, gases y agujas
☐ El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)
☐ Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos

Cirujano, anestesta y enfermero:

☐ ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente?

MINIMIZAR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN SANITARIA

- ❑ Política de higiene de manos.
- ❑ Protocolo de uso de “Paquete de medidas”.
- ❑ Protocolo en precauciones de contacto.



MINIMIZAR EL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE CAUSADO POR CAÍDAS

- ☐ Proceso de prevención de caídas.
- ☐ Instructivo de traslado seguro y digno.
- ☐ Identificación si tiene alto riesgo.
- ☐ Capacitación.
- ☐ Escala de riesgo de caída.



INCIDENTE DE SEGURIDAD

Árbol de decisión de Incidentes para la Cultura justa de Calidad y Seguridad del Paciente*

Test de daño deliberado

¿Fue un acto voluntario? (Hubo discernimiento, intención y libertad)

Sí

Considerar:

- Suspensión inmediata (Probable desvinculación)
- Dar aviso a los abogados del SLL y medicina legal (Iniciar un sumario administrativo)
- Denuncia penal

Test de Incapacidad

¿Existe algún trastorno endógeno o exógeno capaz de alterar la integridad psicofísica?

Sí

¿Tiene el colaborador un diagnóstico médico establecido?

No

Considerar:

- Derivarlo a Medicina laboral
- Dar aviso a RR.HH.
- Dar aviso a medicina legal
- Reasignación de tareas o licencia laboral

Test de Previsión

¿Se ha salido de las normas establecidas o de los procedimientos seguros?

Sí

¿Las normas y procedimientos estaban disponibles, eran inteligibles, correctas y usadas rutinariamente?

Sí

¿Hay evidencia de que el colaborador asumió un riesgo inaceptable?

No

Considerar:

- Capacitar en protocolos y hacer seguimiento
- Mejor supervisión
- Reasignación razonable de sus tareas

Test de Sustitución

¿Se comportaría otra persona del mismo grupo profesional, con la misma cualificación y experiencia, de la misma manera, bajo condiciones similares?

Sí

Sí

Sí

¿Hubo deficiencias de formación, experiencia o supervisión?

No

¿Hubo circunstancias atenuantes significativas?

No

Considerar:

- Sanción leve (primera vez y/ o hasta daño leve)
- Sanción mayor (desde segunda vez y/o desde daño moderado)
- Reasignación razonable de sus tareas
- Mejor supervisión
- Sensibilizarlo y capacitarlo en Seguridad del paciente

Falla del Sistema

Mejora de Proceso

"Somos lo que hacemos cada día,
de modo que la excelencia no es un acto,
es un hábito"

Aristóteles

Muchas Gracias