

PROFESIONALES DE LA SALUD:

Qué debemos saber sobre:

**HISTORIA
CLÍNICA**

2014

Dr. Rodolfo Héctor TALLEI
Ex jefe Dpto. de Pediatría Hospital Español de Mendoza
Ex Sub Director Médico Hospital Español de Mendoza
Master en Administración de Salud
Auditor Médico Profesional

SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Introducción al problema del error:

1-MODELO CLÁSICO:

desde la persona que lo
cometió: quién

a- “el error cae sobre el eslabón más débil de la
cadena: los médicos,

b- “ se compara actividad aeronáutica con la medicina”

2-MODELO SISTÉMICO (actual):

desde el sistema” por qué” se
cometió:

Premisa básica:

-El hombre es humano y los errores
son hechos esperados pero evitables”.

“ Lo importante no es quién lo cometió sino cómo y cuáles defensas
fallaron”: el secreto está en crearnos las barreras para frenar los
errores “

SITUACIONES A QUE SE EXPONE EL PERSONAL DE SALUD

- PRESIÓN FAMILIAR
- INDUSTRIA FARMACÉUTICA
- EL TIEMPO DE ATENCIÓN
- LA NECESIDAD DE “ CUBRIRSE”
- DESCONOCIMIENTO

ERRORES EN LA ATENCIÓN MÉDICA

Considerar que :

- ◆ **El efecto adverso es un daño no intencionado provocado por un acto médico más que por el proceso nosológico en sí mismo**
- ◆ Todos cometemos errores todos los días
- ◆ Nadie comete un error a propósito
- ◆ **Un error no es un delito**
- ◆ La idea que los errores médicos son causados por malos sistemas es un concepto transformador. Cuando se habla de cambiar de sistema, se refiere a cambiar la forma de actuar.
- ◆ La extensión del daño médico por error es en promedio del 10 % (2/3 prevenible)
- ◆ Nadie está a cargo del paciente. La seguridad no suele ser la prioridad.
- ◆ Falta de implementación de prácticas de seguridad
- ◆ Se toleran prácticas peligrosas
- ◆ Dependencia de la instrucción y el castigo

ERRORES LATENTES

- ◆ Condiciones de trabajo
 - ◆ Training
 - ◆ Diseño de la tarea a realizar
 - ◆ Diseño y mantenimiento de equipamiento
- En cuanto a la seguridad del paciente:**
- ◆ La aplicación de prácticas de seguridad es difícil.
 - ◆ La seguridad no es sólo un problema de sistemas ,está asociada a las relaciones humanas y la cultura
 - ◆ Crear una cultura de la seguridad del paciente es muy difícil.

EL ERROR MÉDICO

“LOS MÉDICOS TAMBIÉN NOS EQUIVOCAMOS, SOMOS SERES HUMANOS”

- Instituto de Medicina EEUU 1999 “To Err Human”
- Lucien Leape et. Al (New England Journal of Medicine : “ **44.000 a 98.000 muertes por efectos adversos y errores médicos en todo EEUU**”
- Instituto de Medicina EEUU 2001 “Crossing the Quality Chasm”:
 - Importancia de la tecnología informática-
 - Relativiza las medidas de seguridad del paciente vigentes en lo que hace a la calidad en salud.

Seguridad del paciente en Cuidados Intensivos

Estudios multicéntricos internacionales

- 1-The Critical Care Safety Study:** prospectivo, descriptivo, alta complejidad con actividad académica, en 12 meses. Coordinado en EEUU.
- Medición de eventos adversos: cada 1000 días/pacientes-
- 391 pacientes, 420 internaciones : 1480 días/ paciente**
- Resultados:**
- adversos: 120 situaciones en 79 pac. (20,2 %)
 - 66 hechos no prevenibles (55 %)
 - 54 hechos prevenibles (45 %)
 - errores: 223 errores serios : **61 % x medicaciones.** Acciones equivocadas no intencionadas, no tanto por fallas de protocolos .
 - Incidencia de hechos adversos : 80,5 c/1000 pacientes/días... **13 % riesgo de muerte**
 - Incidencia de hechos prevenibles: **36,2 c/1000 paciente/días...**
 - Incidencia de errores serios: 147 c/1000 pacientes/días... **1 % riesgo de muerte.**

Sistema de Salud de EEUU

(August 2007)

- ◆ Cobertura de Seguros: 50 millones sin seguro
- ◆ Acceso: limitado (edad, sexo, raza, condición social)
- ◆ Imparcialidad (falta de equidad)
- ◆ Vida saludable: malos hábitos de salud (obesidad, etc)
- ◆ Calidad y seguridad: cuestionada
- ◆ Mortalidad por enfermedad: EEUU lugar 30 en el mundo
- ◆ Satisfacción del paciente
- ◆ Uso de tecnología informática: 14 %

Efectos “adversos” en países desarrollados”

El error médico se estima entre 4 % y un 17 % , de los cuales 50 % son considerados evitables .

- ◆ Definición compartida del “efecto adverso” por EEUU, Australia, Gran Bretaña, Dinamarca, Nueva Zelanda y Canadá:

“Daño no intencionado provocado por un acto médico más que por el proceso nosológico en sí mismo”.

- ◆ Estudio alcance nacional en España(ENEAS 2005-Ministerio de Sanidad y consumo)

”El error médico como acto de equivocación u omisión en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que ocurra un suceso adverso”.

Clasifica los efectos adversos según: diagnóstico o pruebas diagnósticas, valoración del estado general del paciente, monitorización del paciente, cuidados que necesita, infecciones nosocomiales, procedimientos o intervenciones quirúrgicas , medicamentos, balance hídrico, maniobras de reanimación.

Escala de 1(no evidencia) a 6 (total evidencia) y subclasifica: 1 (no posibilidad de prevención) y 6 (total evidencia de poder ser prevenido) .



Hospital Español
de Mendoza

El costo de los errores.

- ◆ En un solo hospital el costo de los errores graves por **medicación** podían alcanzar a 2,9 millones de dólares y que disminuyendo el 17 % de los errores , se ahorran 500.000 dólares. Bates et al.JAMA 1998,280(15):131
- ◆ Pérdida de 76,6 billones de dólares por **morbilidad y mortalidad asociada a errores de medicación** en el contexto de la atención ambulatoria. Aranaz JM. Med. Clínica(Barc)2004, 123(1):21-5)
- ◆ Alto costo de los efectos adversos con drogas, infecciones hospitalarias y complicaciones quirúrgicas.Leap LL et al Results form the Harvard Medical Practice Study N. Engl. J. Med. 1991, 324:377-384.
- ◆ Estudio Harvard-Kaiser Family: (2002):experiencias vividas ante errores:

Médicos

Reporte de algún error sufrido 18 %

Serios daños con secuelas o muerte 7%

Secuelas de larga data 6%

Pacientes-público en general

24 %

10 %

11 %

Muertes prevenibles 50 % de los casos

Costos legales 29 %

Costo de salud en general 27 %

En relación a cobertura de planes 22 %

38 %

Precios de medicamentos : 31 %

- ◆ 1964 Schimmel: **iatrogenia 20 %** de pacientes en hospital universitario .
- ◆ 1981 Steel : 36 % sufrían algún daño (25 % graves) pp/ :**error en medicación**

RIESGO DE LA ATENCIÓN DE SALUD



Hospital Español
de Mendoza

Peligrosa(+1/1000)

Atención de salud : riesgo de muerte (1:300)

100.000 fallecidos por año

Nº de contactos: 100-1000

Alpinismo

100 fallecidos por año

Nº de contactos: 100-1000

Regulada o Media

Manejar

10.000 a 100.000 fallecidos por año

Nº de contactos: 10.000 - 100.000

Ultrasegura (-1/1000)

Vuelos regulares-FFCC Europeo-Energía Nuclear : riesgo de muerte (1:3.000.000)

100-1000 fallecidos por año

Nº de contactos 1.000.000 -10.000.000

ERROR EN ATENCIÓN MÉDICA

(Daños y muertes que pueden prevenirse del total de la población)

Argentina

EEUU

<u>Daños severos</u> 160.000	1,2 millones
Muertes 13.000	98.000
Infecciones 227.000	1,7 millones
Muertes 13.200	99.000
MRSA 12.500	94.000
Muertes 2.500	18.650
Casos por medicación adversa: 200.000	1,5 millones
Complicaciones postoperatorias: 467.000	3,5 millones
Úlceras por presión: 333.000	2,5 millones
Todos los daños: 2.000.000	15 millones

SITUACIÓN EN ARGENTINA

- ◆ **Proyecto : Año 2001: “Error y la calidad en Medicina”** : Diseño , desarrollo e implementación de programa que promueve la seguridad de los pacientes
CIE(Centro de Investigaciones Epidemiológicas)
- ◆ **Pasos para el estudio del tema:**



Hospital Español
de Mendoza

- Creación de conciencia** en todos los ámbitos de la salud del problema de la situación.
- Contar con herramientas necesarias** para esa misión: papel de la informática.
- Realización de mediciones actuales** para comparar con otros países.
- Adoptar experiencias de otros ámbitos** que no son de salud.
- Fijar metas y objetivos alcanzables** para beneficio de todos: pacientes, financiadores, prestadores y demás integrantes del ámbito de salud.

◆ **X SEMINARIO INTERNACIONAL-GESTIÓN DE SALUD SIGLO XXI(Universidad de Harvard EEUU):**

A-Cultura de la Seguridad

Todos están involucrados en el error de los procesos !

- ◆ Basada en la responsabilidad interpersonal
- ◆ Centrada en la persona
- ◆ Solidaria con los compañeros de trabajo
- ◆ Basada en las relaciones abiertas.
- ◆ Alienta la creatividad
- ◆ Fomenta la **creditibilidad**
- ◆ Incrementa la confianza interpersonal
- ◆ Genera capacidad de **resiliencia**
- ◆

B- Regulación adecuada

1. Brindar al público información sobre seguridad
2. Informe público sobre eventos de prevención segura: -evitar transfusiones no compatibles, extracción riñón equivocado.
3. Límite de trabajo de 12 horas para todos
4. Alinear pagos con objetivos de seguridad:
 - No pago por eventos de fácil prevención
 - Pagar a los equipos no a los individuos
 - Pagar solo por un cuidado seguro evidente

“ El gobierno o las instituciones de salud pueden fijar normas, pero la mayoría de lo relacionado con los errores en atención de salud depende de todos los que condujeron al mismo”

Cómo prevenir los errores? HERRAMIENTAS

IDEA CENTRAL

“CREAR DEFENSAS, ALARMAS Y BARRERAS SON CLAVES EN EL ENFOQUE SISTEMÁTICO FRENTE A LOS ERRORES”

“PROTEGER A LAS POSIBLES VÍCTIMAS DEL ERROR”

1. **Tecnología informática**
2. **Calidad : visión , misión y cultura organizacional.**
3. **Programas de seguridad hacia el paciente**
4. **Cultura de denuncia basada en la confianza que diferencie la mala fe del error inadvertido**

Prácticas seguras que previenen errores y lesiones

- ◆ Tecnología informática : brinda las alarmas
- ◆ Sistemas computarizados para prescripciones médicas.(reducen un 80 % -90 % el error)
- ◆ Protocolos para prevenir procedimientos erróneos (lista de verificación)
- ◆ Control de antiacoagulación
- ◆ Protocolos para prevenir infecciones de catéter central.
- ◆ Profilaxis antibiótica preoperatoria
- ◆ Desinfección de manos antes y luego de contacto con pacientes.
- ◆ Dosificación unitaria en la medicación

◆ **SEGURIDAD DE LOS PACIENTESJoint Commission –Metas para 2008(E.E.U.U)**

- Mejorar la identificación de los pacientes
- Mejorar la comunicación efectiva entre los que brindan atención de salud.
- Mejorar la seguridad en el uso de medicamentos.
- Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención de salud.
- Conciliar las medicaciones que recibe el paciente en forma completa y correcta en todo el proceso de atención.
- Reducir el riesgo de daño por caída.
- Reducir el riesgo de enfermedad por influenza y neumococos en ancianos hospitalizados.
- Reducir el riesgo de incendios en el ámbito quirúrgico.
- Alentar el compromiso activo de los pacientes en su propia atención como estrategia para la seguridad del paciente.
- Prevenir las úlceras de decúbito asociadas a la atención del paciente.

- Que las organizaciones identifiquen los riesgos a la seguridad de los pacientes.
- Mejorar el reconocimiento y la respuesta a los cambios en las condiciones de los pacientes .
- Implementar las metas nacionales aplicables sobre seguridad del paciente.

10 PASOS PARA PREVENIR ERRORES DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES ENDOVENOSAS

- 1-NO hacer la prescripción en condiciones ambientales inadecuadas y en los horarios expuestos a distracciones.
- 2-Verificar siempre que:
 - La prescripción corresponda al paciente
 - El nombre del paciente figura en la hoja de indicaciones.
- 3-Al redactar la prescripción ,tener en cuenta:
 - Escribir con letra clara
 - Indicar el medicamento genérico (Argentina ley N° 25.649/02)
 - Señalar dosis, intervalos entre dosis, dilución y tiempo de infusión
 - Expresar los decimales con coma y no con punto.
 - NO usar abreviaturas , enmiendas ni sobreescritura
 - Indicar la hora en que se realiza la prescripción
- 4-Aclarar si hay incompatibilidad con otro medicamento o con el diluyente.
- 5-Acordar con enfermería los horarios más apropiados , para asegurarse de que el paciente será controlado luego de la administración
- 6-NO repetir las indicaciones del día anterior escribiendo la frase “iguales indicaciones”.Se debe revisar y redactar cada día.
- 7-Colocar con MAYÚSCULA la palabra MODIFICADO al lado de una indicación que se cambia durante el día y avisarle personalmente a la enfermera/o.

8-Realizar 2 o más veces los cálculos de medicamentos que requieran varias diluciones y expresar la dilución claramente.

9-Al finalizar:

- Revisar todo lo escrito
- Controlar los cálculos de las dosis
- Verificar si se omitió algo y si hay indicación confusa
- Firmar y colocar el apellido con letra legible

10-Todas las prescripciones SIN EXCEPCIÓN , deben ser revisadas por otro médico antes de indicarlas. Al final colocar controlado por.....

PREVENCIÓN DE ERRORES DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES INTRAVENOSAS (10 PASOS) PACIENTES INTERNADOS

1-NO administrar medicamentos ni soluciones cuando :

a-Existen dudas en cuanto a la prescripción.

b-La letra no es clara y hay tachaduras.

c-No figura la fecha y hora de la prescripción

2-Antes de administrar un medicamento:

a-Verificar el estado del paciente

b-Comprobar que es a quien corresponde la medicación (tener especial cuidado con los pacientes con igual apellido o parecidos)

c-Constatar que la dosis , vías y ritmo de infusión sean los correctos..

3-NO mezclar diferentes medicaciones en jeringas, tubuladuras y sueros sin tener seguridad de su incompatibilidad.

4-No realizar la administración cuando en la prescripción dice: "iguales indicaciones"

5-Supervisar siempre la medicación administrada por un familiar. El enfermero /a debe registrar el control y firmar la planilla.

6-Controlar al paciente antes y después de la medicación y anotar los controles en la planilla.

7-Realizar la dilución de medicamentos con máximo cuidado. Tener en cuenta:

a-No distraerse

b-Si es necesario diluir más de una vez, deben hacerlo indefectiblemente 2 personas (enfermera-enfermera o enfermera/médico)

8-NO administrar medicación cuya indicación es verbal, salvo una urgencia. En este caso solicitar luego al médico que la escriba.

9-Al finalizar registrar con letra clara:

a-Problemas con la administración

b-Efecto no previsto en el paciente

c-Firma , hora y nombre del enfermero

10-CONSULTAR SIEMPRE ANTES DE DAR UN MEDICAMENTO SI EXISTE ALGUNA DUDA

ERRORES EN ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS EN PEDIATRIA



Hospital Español
de Mendoza

“ Según OMS los errores en prescripción y toma de medicamentos es tres veces mayor que en adultos”

Los errores surgen en toda la cadena : distribución, almacenamiento, dispensación , prescripción, administración o seguimiento.

- ◆ El error en dosificación (el más común) : la mayoría de las dosis se basan en el peso o superficie corporal .
- ◆ Vía de administración: incidentes más graves vía EV: Cloruro de K (arritmias fetales) , confusión de amp. de ClK con ampollas similares como ClNa, Ranitidina, Dopamina.
- ◆ Errores de administración: Gotas óticas o nasales por vía oral o a la inversa , confusión de tranquilizantes con aspirinetas, preparados orales con envases en forma de jeringa, frascos goteros no estandarizados(ej.paracetamol)
- ◆ Errores por similitud fonética u ortográfica Ej. Tru (pamoato de pirvinio) y Tru Compuesto (mebendazol +tinidazol), Aerotina(loratadina) y Aeroxina(claritromicina)
- ◆ Errores en los prospectos: omisiones “ libre de contraindicaciones” Ej: metoclopramida .
- ◆ Venta de medicamentos en lugares no adecuados: vencidos, mal conservados, expuestos al sol, etc.

ERRORES CONCEPTUALES EN EL USO DE ANTIBIÓTICOS

- 1-EL USO DE ATB DE AMPLIO ESPECTRO GARANTIZA BUENOS RESULTADOS,
- 2-A FALTA DE RESPUESTA , SIGNIFICA FALTA DE COBERTURA
(EJ: VÍAS DE USO PROLONGADO, ETC
- 3-FRENTE A LA DUDA SE CAMBIA EL ATB
- 4-TODA INFECCIÓN REQUIERE TRATAMIENTO ATB INMEDIATO
- 5-A MAYOR CANTIDAD DE ENFERMEDADES, MÁS ATB.
- 6-LA RESPUESTA POSITIVA IMPLICA DIAGNÓSTICO (Ductus simula infección)
- 7-LOS ATB NO CAUSAN DAÑO
- 8-A ENFERMEDADES MÁS GRAVES, USO DE ATB DE MAYO AMPLITUD ESPECTRO
- 9-A ENFERMEDADES MÁS GRAVES , USO DE ATB DE ÚLTIMA GENERACIÓN

ERRORES EN PEDIATRÍA: estrategias

◆ **PROCESO DE TERAPÉUTICA RAZONADA**

1-Definir el problema :diagnóstico , limitaciones o requerimiento específico (prematuros,alt.función renal)

2-Identificar el objetivo terapéutico: Saber qué se desea al dar el medicamento: reducir dolor,etc

3-Selección de terapéutica apropiada y tener en cuenta: eficacia, seguridad, comodidad , costo.

4-Inicio del tratamiento

5-Proporcionar información , instrucciones y advertencias: a padres, tutor, etc. Instrucciones claras, escritas y asegurarse que el familiar las entienda

6-Supervisar el tratamiento: efectos indeseados

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

- ◆ Lugar donde se administra: casa, escuela o guardería.
- ◆ Actividad diaria: no interferir con las actividades y el descanso.
- ◆ Características del medicamento: olor, color, consistencia.

- ◆ Frecuencia de las dosis.
- ◆ Uso del “último fármaco disponible”: la presión asistencial, la prisa, la falta de educación continua, dificultad de acceder a información fiable e independiente.
- ◆ Exceso de medicamentos y sobreabundancia de información **(no estudiados en población pediátrica)**
- ◆ **Combinación de fármacos a dosis fijas irracionales: relación beneficio/riesgo** desfavorable. Ej: para tos, resfrío.

RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE PARA PREVENIR ERRORES MÉDICOS

- 1-Sea miembro activo de su propio equipo de cuidados médicos para ayudar a prevenir errores.
- 2-Asegúrese que todos los médicos sepan los medicamentos que usted usa.
- 3-Asegúrese que su médico sepa de alergias u otra reacción adversa a medicamentos que haya tenido.



Hospital Español
de Mendoza

- 4-Asegúrese que puede leer las recetas de medicamentos que escribe su médico.
- 5-Pregunte sobre sus medicamentos y pida información fácil de los mismos, cuando se lo recetan y al recibirlo de la farmacia.
- 6-Asegúrese que lo que retira de la farmacia es lo que le recetaron.
- 7-No se quede con dudas acerca del instructivo de uso del medicamento.
- 8-Pregunte cómo medir la medicina líquida.
- 9-Pida información escrita sobre efectos secundarios que podría ocasionar el medicamento indicado.
- 10-Si tiene opción, elija el hospital con muchos casos tratados sobre su patología (procedimiento cirugía).
- 11- Preguntar a quien lo atiende en el hospital si se lavó las manos.
- 12- Pida al médico el plan de tratamiento ambulatorio luego del alta.
- 13-Si lo van a operar asegúrese que su médico y usted están de acuerdo y tienen claro exactamente que es lo que se va a hacer.
- 14-Expresar sus preguntas y preocupaciones.

15-Asegúrese que alguien, como su médico personal, esté a cargo del cuidado en su internación.

- 16-Asegúrese que todos los profesionales involucrados en su cuidado tengan información importante de salud .
 - 17-Pida a un familiar o amigo que lo acompañe y sea su defensor(que haga que se hagan las cosas)
 - 18-Sepa que “más” no siempre es “mejor”.
 - 19-Si le hacen un examen no asuma al no recibir noticias que todo está bien.
 - 20-Aprenda sobre su condición y tratamiento haciendo preguntas al médico y enfermera y otras fuentes confiables de información
- (National Guidelines Clearinghouse al <http://www.guideline.gov>. en relación a evidencias científicas**

LA COMUNICACIÓN EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN MÉDICA:

“Un desafío esencial para mejorar la seguridad del paciente”

-Los avances en seguridad del paciente son lentos a pesar de los esfuerzos que realizan muchos países. Múltiples son los obstáculos que se presentan para lograr cambios que lleven hacia una nueva cultura donde el cuidado seguro del paciente sea la prioridad en medicina.

-Entre los obstáculos que se presentan es el escaso compromiso de los líderes y el abordaje inadecuado para valorar eficientemente los factores que generen daño y analizar las causas de los errores.

-Hoy ya no es suficiente el desarrollo de habilidades y compromiso de un reducido grupo de profesionales en comités hospitalarios, ya que es imprescindible que se incluyan todos los líderes de una institución médica.

-Las estrategias a mejorar incluyen cambio en la educación de los profesionales de la salud, participación del paciente en su propio cuidado, transparencia, coordinación de la atención y una motivación moral en los profesionales.

-Debemos entender que los médicos no estamos obligados a curar pero sí a no producir daño, cualquiera sea.

-Trabajar individualmente, con escasa y deficiente comunicación en un equipo y entre los equipos de una institución médica , es de los impedimentos más nefastos para generar una atención segura.

-Un equipo se define como “ dos o más personas que tienen funciones específicas, realiza tareas interdependientes, son adaptables y comparten un objetivo común”. Pero estas características no garantizan que el equipo funcionará efectivamente, ya que el “ **trabajo concertado**” es más que realizar tareas y consiste como un conjunto de conocimientos interrelacionados, habilidades y actitudes que faciliten la actuación coordinada y eficaz (Baker, et al. 2006).

-La comunicación es un aspecto esencial entre los seres humanos y debería estar presente en forma efectiva en toda actividad que realizan las personas, cualquiera sea.

-Por lo tanto una apropiada comunicación sea reconocida como uno de los factores centrales que sustentan la seguridad y calidad del trabajo en equipo.

-Y si tenemos en cuenta que indefectiblemente las personas se van a equivocar, los sistemas deben prevenir errores o detectarlos rápidamente para corregirlos. Un caso paradigmático es la aviación comercial al disminuir los accidentes y planificar los mínimos detalles .

-Pero sin una comunicación eficaz, aún las personas competentes pueden formar parte de un equipo incompetente y valga como ejemplo la trágica explosión de la Central Atómica de Chernoville.

-Una situación aún no solucionada es la comunicación entre profesionales y administrativos.

-El ineficaz trabajo en equipo genera perjuicios al paciente.: en una revisión de más de 3.500 eventos centinela (que provoca muerte o daño grave) ,realizada por la Joint Comisión de

EEUU en 2004 , **determinó que el 60 % de las muertes y el 50 5 de los daños graves se debieron aun fracaso en la comunicación del trabajo en equipo.**

-Es auspicioso que dentro del arduo camino que la medicina emprende para generar un cambio de cultura en el abordaje del error , se hagan los primeros intentos de investigar la comunicación de los equipos y la seguridad del paciente.

-Lingard L. (Healthcare Quarterly .April 2012): Describe 3 aspectos promisorios para aportar conocimiento al proceso de comunicación. :

1-El significado del silencio.

2-La adopción de innovaciones en comunicación.

3-Fenómeno de la intertextualidad.

1-El significado del silencio :

-El silencio recibió poca atención hasta hoy, ya que se siempre se usó la palabra como herramienta de la comunicación, “ hay mucho más que se comunica en los equipos que lo que se dijo”, ya que la relación entre los miembros está llena de silencios significativos.

-En la evaluación de los reportes de errores , se demostró que ocurría por una inadecuada cultura de la seguridad institucional que motivaban a los profesionales a mantenerse en silencio por temor a represalias.

-Sin embargo, no todo silencio es problemático, ya que no es lo mismo “ estar en silencio” a “ser silenciado”. Un ejemplo de esto último ocurriría en la confección del listado de seguridad en las cirugías , Describiendo Gardezi, et. al 2009, 3 formas de silencio:

a-no compartir información.

b-no responder a las peticiones.

c-hablar en forma muy baja.

Encontró que estas conductas podrían señalar que las personas estaban a la defensiva y el silencio era una estrategia para no comprometerse. Un análisis de errores en cirugía (Christian C. et.al Surgery 2006) reveló que la falta de comunicación fue el factor causal más importante.



Hospital Español
de Mendoza

2-Adopción de innovaciones en comunicación: Se refiere a estrategias para mejorar las comunicaciones en situaciones especiales como la lista de verificación en quirófanos, procesos de transición (ingreso al hospital, traslados a otra unidad hospitalaria y alta hospitalaria.), “pases de sala “ , “ pases de guardia ”y cambios de turno de enfermería.. Las estrategias tienden a detectar y corregir las debilidades de la comunicación.

3-Fenómeno de la intertextualidad: Investiga de qué forma las prácticas de comunicación afectan a unos y otros .y nos permitirá conocer cómo las prácticas de la comunicación influyen cuando se produce un error y detectar dónde están las fallas para evitar el posible “ efecto dominó” que genere más errores.

Es conocido ampliamente que en la práctica médica la información puede llegar distorsionada al pasar de unos a otros, siendo el mayor riesgo que pase inadvertido y crea terreno fértil para que los errores ocurran.

CONCLUSIONES

LOGRO DE LOS OBJETIVOS

1-Identificar los errores humanos y fallas del sistema.

2-Trabajar en el cambio cultural institucional:

-Desarrollo de políticas de carácter preventivas y no punitivas de la identificación de los efectos adversos.: identificación e informe voluntario y espontáneo del error sin riesgos punitivos y estrictamente confidenciales

-Fijar sistema de medición y categorización de los efectos adversos o errores:

- Programas de gestión de riesgos.

3-Tecnología informática como herramienta clave:

-Alarmas para prescripción médica incompatible, dosis inadecuadas, vías de administración inadecuada

4-Hacer **foco en el circuito de la medicación es solucionar el 50 % de los errores médicos**

5-Incluir a los farmacéuticos en el equipo de salud .

OBJETIVOS DE PRÁCTICA CLÍNICA SEGURA:

1-Identificar qué procedimientos clínicos diagnósticos y terapéuticos son los más seguros y eficaces.

2-Asegurar que se apliquen esos procedimientos a quien los necesita .

3-Realizar dichos procedimientos correctamente y sin errores

SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

“Errar es humano, perseverar en el error es diabólico”

San Agustín

SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Health in the XXI Century : Workshop for Latin American Health Care Executives- Harvard School of Public Health Boston-Massachusetts- March 22-27 - 2009
- 1-El error médico. Dr. Christian Van Gelderen. Archivo Neuroc. Neuropsiquiat 2008. Instituto de Investigaciones neurológicas Raúl Carrea. FLENI. cvangelderens@fleni.or.ar.
- 2- Dr. Lucian Leape.MD. Harvard School of Public Health . Health Care for the XXI Century. March 25 2009, Boston-
- 3- Dra. Mabel Valsecia(Universidad Nacional del Nordeste ; Dr. Albert Figueras (Departamento Farmacología y Terapéutica Universidad Autónoma de Barcelona : Seguridad de los medicamentos. PRONAP 2009 SAP.
- 4- Dr KozarE. Cómo evitar errores en administración de Fármacos en pediatría. Pediatric Drugs 11 (1):52-54, 2009.
- 5-Ceriani Cernadas J.M. La comunicación en los equipos de atención médica, un desafío esencial para mejorar la seguridad del paciente. Archivos Argentinos de Pediatría .Abril 2014,Pág.114-115