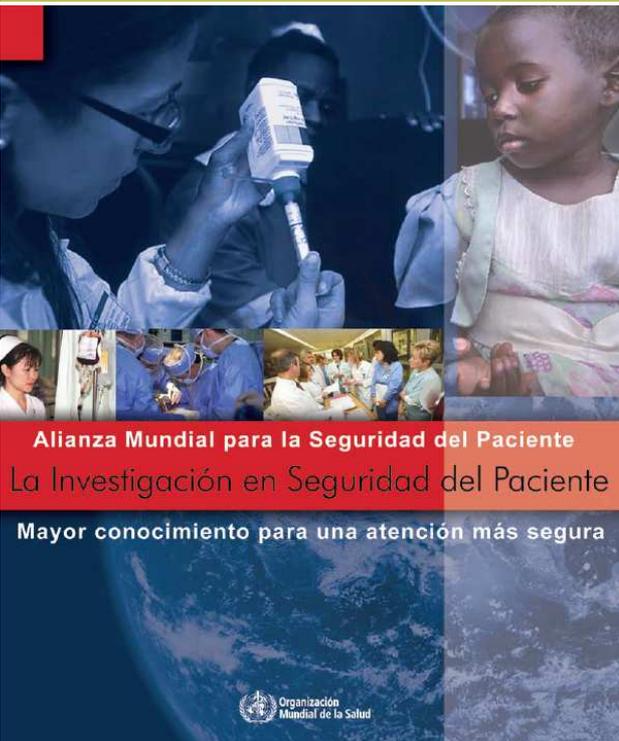




Comité de Seguridad del Paciente y Prevención Del Error en la Asistencia

Boletín N° 4 / GESTION DEL RIESGO / cosepa.comero.rocha@gmail.com / Junio 2012

BIENVENIDOS



Curso virtual de Introducción a la Seguridad del Paciente, información en pagina 2

COOPERATIVA MEDICA DE ROCHA
COMIENZA EL CAMINO PARA LA CERTIFICACION DE CALIDAD DE SUS SERVICIOS A TRAVES DE QRInt.



CONTENIDO:

Bienvenida	1
Identificación de Funcionarios	2
Mejoremos la Calidad de Nuestros Registros	2
Curso Virtual de Introducción a la Investigación en Seguridad del Paciente	2
La Gestión del Riesgo	3-6
Administración de Inhaladores	7
Derechos y Obligaciones de los Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud	8-9
Integración, próxima edición	10



COMO NOS VEMOS, NOS VEN

Nuestra imagen debe ser vista de una manera adecuada por eso el compromiso de todos es cuidarla.

NOVEDADES

Identificación de Funcionarios

Dando cumplimiento al comunicado con fecha 21 de marzo del 2012, el cual reitera a todas las instituciones que brinden asistencia medica, que todo el personal de la misma debe estar correctamente identificado, en cumplimiento de la ley 9202 y del artículo 12 del decreto 274/010; La Comisión de Seguridad del Paciente, retomará esta actividad. Para ello ha definido la conformación de una base de datos digital, de

toda la documentación de cada funcionario, por ese motivo, se solicitará a aquellos funcionarios, de los cuales no se dispone la documentación correspondiente que la presenten.

También comenzaremos a realizar las citaciones correspondientes de aquellos de los cuales no se disponga de las fotos.

Agradecemos desde ya su colaboración, y se reitera la obliga-



COMERO

FOTO CARNET 1,5x1,5 cm

NOMBRE _____

SECTOR _____

Cargo:.....

Habilitado hasta:.....

Mejoremos la Calidad de los registros.

Se reitera y solicita a todo el personal Médico, Enfermería, personal Técnico, Especialistas, y todos aquellos que por su trabajo realicen registros en las historias clínicas, escriban recetas, solicitudes de análisis, etc., de la necesidad de escribir con letra clara y legible, no deberían realizar ningún registro si la hoja de la historia clínica no tiene la identificación completa del paciente que incluya nombres, apellidos y número de cédula de identidad; también debe tener fecha y hora en que se realiza el registro.

Para el personal médico en general, luego del registro en la historia clínica, emisión de recetas para farmacia, indicaciones, solicitudes de análisis o resultado de análisis, debe colocar su sello personal y firmar lo anotado.

Las presentes son normas Nacionales del MSP, también son normas institucionales, pero por sobre todo deberían ser actitudes personales que benefician en primera instancia a nuestros pacientes, facilitan enormemente el trabajo del personal de enfermería a través de la mejor comprensión de las indicaciones medicas, esta demostrado que disminuyen los errores vinculados a la administración de medicación, favorece la comprensión de los diferentes profesionales que deben utilizar la historia clínica para la asistencia, y en definitiva favorece a todos los integrantes de nuestro sistema asistencial.



Curso Virtual de Introducción a la Investigación en Seguridad del Paciente

Les informamos que se sigue desarrollando el curso de "Introducción a la Investigación en Seguridad del Paciente" en idioma Español y accesible de manera gratuita a través de Internet, vía webinar.

Este curso, que consta de 8 sesiones de una hora de duración cada una, a lo largo de 8 semanas consecutivas, comenzó el miércoles 25 de abril y finaliza el miércoles 13 de junio.

Para registrarse o encontrar más información sobre este curso por favor visite la página web de la OMS: http://www.who.int/patientsafety/research/curso_virtual/es/index.html . Pueden descargar las conferencias ya realizadas también a través de esta dirección.

La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de efectos adversos, ya que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas.

La gestión de riesgos es una metodología que se utiliza cada vez más en los servicios sanitarios. Sus principales objetivos son, incrementar la calidad de la asistencia, mejorar la seguridad de los pacientes y de los profesionales sanitarios que la reciben y la llevan a cabo y disminuir los costos evitables.

La preocupación por la calidad de la asistencia, por la seguridad de los pacientes y por la confidencialidad de la información clínica es general en los sistemas sanitarios y se recoge en diferentes normas legales y reglamentarias, con independencia de su modo organizativo y financiero.

La gestión de riesgos clínicos se basa en la identificación, el análisis y la corrección de las causas que originan daño secundario al paciente tras el tratamiento médico o la administración de cuidados. Es imposible evitar completamente el daño al paciente, toda acción humana conlleva un margen de error; sin embargo es posible identificar, estudiar, controlar y minimizar ese daño; en definitiva, gestionar el riesgo que pueda sufrir el paciente.

Hay que recordar que los problemas de seguridad se producen como consecuencia de múltiples causas, no solo el fallo humano es la principal explicación. Los expertos proponen un enfoque sistémico, recordando que la aparición de los mismos depende, en gran medida, de múltiples factores contribuyentes relacionados con el sistema. Es frecuente encontrar después del análisis en profundidad de un problema de seguridad, causas relacionadas con la comunicación, la ergonomía, la fatiga, la dotación del personal, la supervisión o la formación inadecuadas.

1. Introducción y recomendaciones didácticas

Poner en funcionamiento programas de gestión de riesgos sanitarios es una de las recomendaciones realizadas por diferentes Instituciones y Organizaciones internacionales comprometidas con la Calidad de la asistencia (Organización Mundial de la Salud, JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, etc...). La finalidad de este artículo es describir las fases esenciales de la gestión de riesgos.

2. Gestión del riesgo

Riesgo, peligro e incertidumbre son hechos asociados a la vida e inseparables de la práctica clínica y la atención sanitaria.

En sentido amplio, la gestión de riesgos en los servicios sanitarios es el conjunto de actividades destinadas a identificar, evaluar y reducir o eliminar el riesgo de que se produzca un suceso adverso que afecte a:

Las personas: pacientes, personal sanitario, directivos y demás trabajadores.

Las instalaciones: edificios, equipos y dispositivos médicos, mobiliario, medio ambiente, ...

Los recursos económicos: Inversiones, fondos de crecimiento y desarrollo, recursos de investigación,...

El prestigio y el renombre de la institución y sus profesionales: satisfacción del personal, reputación, propiedad intelectual, relevancia, atracción de clientes,...

Los riesgos son múltiples y, con frecuencia, se gestionan de forma descoordinada y sin disponer de la información precisa para ello. Existen planes de evacuación, normas de prevención de la infección hospitalaria, de seguridad transfusional, anestésica, etc.

Una visión global de la gestión de riesgos forma parte de la cultura de

la calidad y precisa que todos los profesionales se sientan implicados en la seguridad de la atención a la salud.

La gestión del riesgo asistencial, también denominado como riesgo clínico, -el concerniente a los pacientes-, es clave para la seguridad de los mismos y combina tres tipos de riesgos interdependientes:

- El riesgo inherente al paciente en sí mismo, relacionado con el proceso que padece y que a su vez puede estar condicionado por factores como la edad, la comorbilidad, el nivel educativo u otros factores.
- El relacionado con las decisiones médicas sobre las estrategias preventivas, diagnósticas y terapéuticas.
- El ocasionado por aplicación de estas y los cuidados recibidos.

La gestión de cualquier tipo de riesgo se realiza a través de las siguientes fases :

- Identificación del riesgo, que incluye las actuaciones destinadas a identificar todas las fuentes y factores generadores de riesgo en los centros sanitarios, e intentar dar respuesta a las siguientes cuestiones: ¿Qué ha salido mal?, ¿Qué puede ir mal?, ¿Si algo sale mal que puede ocurrir?
- Análisis del riesgo, que comprende todas las actuaciones para valorar la frecuencia, la trascendencia y la evitabilidad del riesgo, así como las opciones posibles de actuación.

Su finalidad es responder a las siguientes preguntas: ¿Cuál es el riesgo más importante?, ¿Qué riesgos son reducibles?, ¿Qué riesgos podemos erradicar?, ¿Por dónde empezar a actuar?

- Elaboración de planes de control, fase que incluye actuaciones realizadas para eliminar, reducir y mitigar los riesgos y,

LA GESTION DEL RIESGO (pagina 2)

en caso necesario, asegurarlos. Su fin es responder a la siguiente cuestión: ¿Qué puede y debe hacerse para evitar daños y consecuencias de los riesgos?

En los sistemas sanitarios europeos la introducción de la gestión de riesgos es relativamente reciente y se ha desarrollado como consecuencia del incremento de reclamaciones y demandas por responsabilidad profesional o de responsabilidad directa, solidaria, subsidiaria o simplemente objetiva de las administraciones públicas.

La existencia de programa de gestión de riesgos sanitarios puede proporcionar beneficios para todos los involucrados en la atención a la salud:

- Pacientes, a quienes aporta una mayor seguridad en la atención recibida.

- Profesionales, incrementando la seguridad en sus actuaciones y una mayor satisfacción y sosiego en el desempeño de su actividad.

- Responsables de la administración y la financiación, a los que proporciona un mayor rigor en la gestión de sus propias responsabilidades.

En el modelo de gestión de riesgo propuesto, lo más importante cuando surge un problema no es ¿quién? Lo ha producido, sino ¿qué lo ha ocasionado?, ¿cómo?, ¿cuándo?, ¿dónde?, ¿por qué? y ¿cómo se podría haber evitado?

3. Identificación de riesgos

Existen dos formas esenciales de identificarlos: previamente a que produzcan daño, y una vez los han ocasionado. En cualquier caso, para conocer los riesgos potenciales para los pacientes son necesarios datos a tal efecto.

Algunos datos que pueden obtenerse periódicamente de las bases de datos clínico administrativas de los hospitales como el conjunto mínimo básico de datos (CMBD); junto con la información proporcionada por sistemas de información extendidos en mayor o menor grado entre los hospitales sobre infección nosocomial, mortalidad, incidentes por medicamentos, caídas de pacientes, quejas y reclamaciones, etc... pueden facilitarse en índices.

tar una primera aproximación al conocimiento del riesgo clínico.

Complementariamente, instrumentos que se comentan posteriormente como el análisis modal de fallos y efectos (AMFE) y la investigación de sucesos centinelas mediante el análisis de causas-raíz (ACR), pueden permitir hacer una valoración más precisa de los factores contribuyentes a la existencia del riesgo y a las medidas de tratamiento y control a desarrollar.

3.1 Indicadores de seguridad del paciente

Según el diccionario de la RAE, un indicador es aquello que indica o sirve para dar a entender o que ayuda a conocer. En el caso de los servicios sanitarios, los indicadores son datos, preferentemente cuantitativos, que proporcionan información sobre la estructura, el funcionamiento y los resultados de los servicios sanitarios, con el fin de facilitar la toma de decisiones en la gestión de los servicios sanitarios.

Un buen indicador debe reunir una serie de cualidades, tales como utilidad, facilidad de obtención e interpretación, validez para medir lo que realmente pretende, capacidad discriminante, comparabilidad y reproducibilidad.

3.1.1 Tipos de indicadores

En función de la metodología de evaluación utilizada, los indicadores pueden clasificarse en dos grandes clases:

- Sucesos centinelas, aquellos que miden la aparición de sucesos infrecuentes, de manifiesta gravedad, con un marcado componente de evitabilidad, y que por tanto, requieren una investigación puntual de cada caso que aparezca. Son los llamados sucesos centinelas.

- Índices, aquellos que evalúan la frecuencia de sucesos sobre los que se espera, de forma mantenida, una cierta frecuencia; pero que requieren seguimiento continuo o monitorización a fin de valorar su evolución, la influencia que tienen decisiones encaminadas a su mejora y comparar sus valores con los de otros centros. Estos suelen basarse en índices.

sarse en índices.

Dependiendo del aspecto que pretenden evaluar, los indicadores suelen clasificarse en tres categorías:

- Indicadores de estructura, cuya finalidad es evaluar la cantidad y previsiblemente, la adecuación de los recursos a las necesidades.

Ej. Razón de personal asistencial por cama hospitalaria,...

- Indicadores de proceso, dirigidos a valorar las actividades desarrolladas.

Ej.: Porcentaje de pacientes de alto riesgo que reciben quimioprofilaxis antibiótica adecuada en intervenciones de colecistectomía laparoscópica,...

- Indicadores de resultados, cuya finalidad es considerar si se han conseguido los fines perseguidos con las actividades realizadas, con los recursos disponibles y los procesos utilizados.

Ej. tasa de infección en el sitio quirúrgico, tasa de mortalidad intraoperatoria

3.1.1.2 Sucesos centinela

Los sucesos centinela son hechos inesperados que producen o pueden producir muerte o lesión grave de índole física o psíquica.

Son ejemplos de sucesos centinela: el fallecimiento de un paciente, inesperado por sus características o su patología; la realización de una intervención quirúrgica en un paciente diferente al que estaba previsto, con un procedimiento erróneo o en el sitio equivocados; una pérdida de función permanente no relacionada con la evolución de un paciente; el suicidio de un paciente ingresado; una reacción hemolítica post-transfusional por transfusión de sangre equivocada; la violación o el maltrato sexual a una paciente ingresada; el fallecimiento de un recién nacido a término; la aparición de una hiperbilirrubinemia neonatal severa; la realización de un estudio radiológico a una paciente embarazada; la aplicación de una dosis excesiva de radioterapia; el olvido de material tras una intervención, etc.

La frase de la definición - *pueden producir*-, tiene por finalidad conside-

LA GESTION DEL RIESGO (pagina 3)

rar como sucesos centinela, a aquellos incidentes que no han llegado a ocasionar daño pero que de mantenerse las condiciones que permitieron su aparición, alguna variación en las circunstancias podría tener consecuencias fatales.

Ej. Paciente que ha estado a punto de sufrir una intervención programada para otro paciente, pero que en última instancia, ya en quirófano, no ha sido intervenido,...

El término *centinela* refleja la relevancia del accidente, tanto por su gravedad, como por su presunta evitabilidad y por la necesidad de realizar inmediatamente un análisis cuidadoso para valorar cuales han sido los factores condicionantes que han facilitado su aparición y establecer los cambios precisos para que no vuelva a ocurrir.

El método de análisis recomendado es el análisis de causas raíz.

La información sobre la existencia de sucesos centinela puede obtenerse, bien a partir de sistemas de notificación voluntaria, bien porque se detecten en la práctica diaria, o bien a partir de reclamaciones y quejas de los pacientes.

3.1.1.3 Indicadores de seguridad del paciente basados en índices

Aquellos sucesos sobre los que es admisible una cierta frecuencia de aparición, requieren un seguimiento continuo que permita valorar su evolución. Para ello un indicador precisa de los siguientes componentes:

- Establecer un criterio consistente en una característica observable que debe cumplir la práctica para ser considerada de calidad. Se formulan mediante un enunciado preciso.

Ej. La quimioprofilaxis antibiótica perioperatoria es una medida de eficacia probada para reducir la frecuencia de infección de herida quirúrgica, El ciprofloxacino no debe emplearse, como fármaco de primera elección en las infecciones urinarias no complicadas.

- Un índice o relación entre dos magnitudes, generalmente un numerador y un denominador. Dicha relación suele expresarse en forma de razón, proporción o tasa. En la razón, la magnitud incluida en el numerador no forma parte del deno-

minador, en tanto que en la proporción o tasa, el numerador está incluido en el denominador.

Ej. La razón cesáreas y partos vaginales es de 1 a 5, la proporción de partos por cesárea es del 20%.

- Delimitar valores estándar que evalúen el grado de cumplimiento exigible o aceptable para un criterio.

Ej. La tasa de infección de herida quirúrgica en cirugía limpia ha de ser inferior al 1,5% de los enfermos intervenidos.

Existen varias iniciativas encaminadas a seleccionar un conjunto de indicadores de la seguridad del paciente que cumplan los requisitos ya comentados anteriormente, destacando las realizadas por la *Agency for Health Care Research and Quality* de los EEUU (AHRQ) y por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

La AHRQ ha propuesto un listado de 20 indicadores, cuya estimación puede hacerse, en gran parte a partir de las bases de datos clínico-administrativas.

Por su parte, el grupo de expertos de la OCDE elaboró un listado de 21 indicadores agrupados en cinco grandes áreas: Infecciones nosocomiales, incidentes centinela, complicaciones operatorias y postoperatorias, obstetricia y otros efectos adversos relacionados con la atención sanitaria.

La elección de indicadores a monitorizar dependerá, obviamente, de la disponibilidad de datos fiables y del servicio o unidad a vigilar ya que bastantes de ellos son específicos de determinadas especialidades.

4. Análisis de riesgos

La finalidad de esta fase es precisar la magnitud, trascendencia y evitabilidad de los riesgos en estudio. En función del mismo podrá establecerse la prioridad de los planes de reducción, eliminación o mitigación.

4.1 Magnitud y trascendencia

La estimación más precisa de la magnitud del riesgo la proporcionan los grandes estudios epidemiológicos de la frecuencia y distribución de los efectos adversos en los diferentes servicios y unidades de los centros sanitarios.

Para determinar la magnitud de los efectos adversos, con menor preci-

sión pero con notable utilidad, son de interés la vigilancia de los indicadores de seguridad, e incluso, pese a los sesgos de observación que conlleva, la simple experiencia acumulada a lo largo del ejercicio profesional.

De mayor a menor probabilidad de aparición, el riesgo lo podemos clasificar en frecuente, probable, ocasional, infrecuente y raro.

La valoración de la trascendencia tiene, cuanto menos, dos componentes. La gravedad clínica del riesgo y el impacto de otro tipo que puede suponer su aparición.

La gravedad clínica es el aspecto crítico y más objetivo. Puede ir del fallecimiento a producir una prolongación de la estancia hospitalaria o molestias de escasa relevancia.

La aparición de determinados efectos adversos puede dar lugar a repercusiones sociales, económicas, mediáticas, medioambientales, judiciales,... de impacto variable. Este puede clasificarse en: catastrófico, importante, moderado, pequeño o insignificante.

A la representación gráfica que relaciona la trascendencia (impacto y gravedad) con la magnitud (frecuencia o probabilidad de aparición) de un riesgo, se la denomina matriz de evaluación de riesgos.

La matriz permite agrupar los riesgos en las siguientes categorías: riesgos intolerables por su altísima probabilidad y trascendencia; importantes, con menor probabilidad y repercusiones; moderados, de trascendencia moderada o tolerable y probabilidad media de aparición; y bajos, debido a su escasa frecuencia y relevancia.

4.1.2 Posibilidades de prevención

El estudio de la evitabilidad o de las posibilidades de prevención, exige considerar los siguientes aspectos:

- La factibilidad científica, por medio de un análisis de la evidencia disponible sobre los métodos de prevención.

- La factibilidad económica y el coste-oportunidad de las actividades dirigidas a la prevención, aspecto que necesariamente hay que valorar, a fin de hacer un uso eficiente y efectivo de los recursos.

- La estrategia de reducción, considerando si va a ser por medio de

LA GESTION DEL RIESGO (pagina 4)

normativas o procedimientos, de controles, de nueva tecnología diagnóstica o terapéutica,...

- El previsible riesgo residual tras el desarrollo de un programa de prevención, analizando si puede conseguirse el riesgo 0.

En función de los aspectos citados el riesgo podrá considerarse inevitable, reducible o evitable.

La prioridad de intervención será tanto mayor, cuanto más importante sea el riesgo (intolerable, importante, moderado y bajo) y la factibilidad de la intervención.

En definitiva, un efecto adverso es evitable, si no hubiera sucedido en el caso que el paciente hubiera recibido los estándares de cuidado apropiados para ese momento y condición.

4.1.3 Planes de control

El estudio del riesgo y de la factibilidad de su prevención, permite orientar los planes de prevención en tres grandes líneas:

- Planes de erradicación, centrados en la eliminación de todos aquellos factores que pueden contribuir a la aparición de un efecto adverso claramente evitable, de acuerdo al conocimiento disponible, factibilidad económica,....Ej. programas para prevención de transfusiones erróneas, protocolos dirigidos a evitar el olvido de cuerpos extraños en el curso de intervenciones quirúrgicas,...

- Planes de reducción, dirigidos a controlar aquellos aspectos que pueden reducir de forma significativa la aparición de sucesos adversos no evitables por completo. Ej. Protocolos de prevención de infecciones asociadas a catéter, caídas de pacientes, errores de medicación,...

- Planes de mitigación, encaminados a minimizar las posibles consecuencias de la aparición de un suceso adverso, actuando precozmente sobre el mismo (ej. Programas de actuación ante parada cardiorrespiratoria) o asegurándolos. Las características y objetivos del plan elegido, dependerán de la consideración de la factibilidad de eliminar los riesgos total o parcialmente, y de suprimir o no los factores que los condicionan

5. Barreras

Durante la puesta en marcha de una

política de gestión de riesgos, un hospital puede afrontar muchos tipos de barreras. Sin embargo, existen 3 tipos de barreras "universales" que la mayoría de los hospitales tienen que afrontar:

1. El rechazo al cambio por parte de los médicos y del personal de enfermería

Los médicos consideran generalmente que los nuevos protocolos son demasiado "mecánicos" y no les permiten usar su experiencia y su juicio personal. Según ellos, eso pone en peligro la seguridad de los pacientes. Sin embargo, en todos los hospitales estudiados, los nuevos protocolos implantados han llevado a una mejora de los resultados relacionados con la calidad y la seguridad. Respecto al personal de enfermería, la queja más común está relacionada con el aumento del trabajo administrativo adicional y de la burocracia asociada a la implantación de nuevos protocolos. Para superar estas dos barreras, los hospitales pueden:

- Designar médicos y enfermeras líderes para motivar a sus colegas.
- Realizar reuniones/jornadas participativas, para que los profesionales tengan la oportunidad de expresar su opinión.

- Crear nuevos procesos que se integren (y no se adicione) a las prácticas actuales.

2. La ausencia de recursos

Realizar cambios estructurales y organizacionales exige inversiones importantes para contratar profesionales, realizar sesiones de formación, comprar tecnología, etc.

Estas inversiones parecen razonables cuando la organización genera beneficios. No obstante, cuando la organización es deficitaria o sufre de una disminución de actividad, una política de reducción de costes, parece mucho más razonable y urgente que una inversión para realizar cambios estructurales y organizacionales. Además, los resultados de las inversiones en gestión de riesgos llegan a medio y largo plazo, y son difíciles de traducir en términos financieros.

Esto suele dificultar la justificación de dichas inversiones ante el equipo administrativo.

3. La dificultad de concentrarse en iniciativas de mejora manteniendo

una calidad diaria alta.

La puesta en marcha de iniciativas de mejora definidas en la política de gestión de riesgos requiere un elevado nivel de implicación por parte de los profesionales. Cada vez que se evalúa e implementa un nuevo protocolo, surge otro problema que hay que gestionar. No obstante, estos mismos profesionales tienen que mantener la calidad de la actividad diaria.

De manera práctica, resulta difícil para los profesionales implicarse y concentrarse en varios temas a la vez.

6. Bibliografía

1. UNIDAD DIDACTICA 6 - La Gestión del Riesgo - Carlos Aibar Remón, Universidad de Zaragoza - Jesús M. Aranaz Andrés, Universidad Miguel Hernández / Seguridad del Paciente y Prevención de Eventos Adversos Relacionados con la Asistencia Sanitaria; Disponible en <http://www.seguridaddelpaciente.es/formacion/tutoriales/MS-C-CD1/pdfs/UNIDAD6.pdf> BAJADA EL 22/02/12
2. El profesional de enfermería, por la gestión del riesgo, hacia la seguridad del paciente - **Elena Gómez León** - Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2007; 10 (1): 63/64 Disponible en : http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-13752007000100007&script=sci_arttext
3. Benchmarking de buenas prácticas en la gestión de riesgos y políticas de reordenación del gobierno clínico en el ámbito hospitalario - Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y Consumo / 2008 - Madrid - Bajado el 03 de junio de 2012 de :<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/BenchmarkingGestionRiesgosGobiernoClinico.pdf>

Administración de Inhaladores:

Lic. Enfermería Graciela Ravera Jefe Departamento de Enfermería

Lic. Enfermería Gladys Minondo Adjunta Departamento Enfermería (Revisión 2012)

Lic. Enfermería María Chiarelli Servicio de Medicina (Revisión 2012)

El presente artículo, es tomado del Manual de Procedimientos de Enfermería de la Cooperativa Médica de Rocha, se comenzara a publicar un cuidado o procedimiento en forma mensual, con el fin de ir recordando los mismos al personal en general. Pueden acceder en forma completa al Manual de Procedimientos de Enfermería de COMERO a través de la pagina del COSEPA en : <http://cms.cosepa.webnode.com.uy/biblioteca-virtual/>

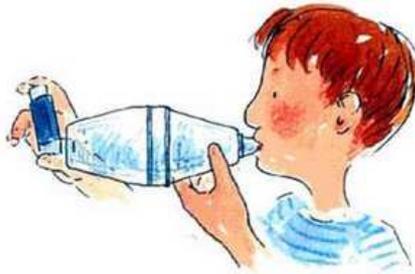
Con frecuencia en los pacientes con patologías respiratorias el tratamiento farmacológico utilizado son los broncodilatadores. Medicamentos eficaces en el alivio de sintomatología.

Siempre debe fomentarse el uso de inhalocámara que tiene muchas ventajas como el hecho de que facilita la inhalación del fármaco.

Técnica

- Lavado de manos.
- Preparación del material.
- Explicar el procedimiento.
- Agitar el inhalador y destapar.
- Conectarlo a la I.C.
- El paciente debe realizar una espiración profunda.
- Colocar la I.C. entre los labios del paciente sin retirar el inhalador.
- Realizar el número de disparos indicados.
- Tener en cuenta que si no se cuenta con I.C. es necesario una mayor coordinación entre la inspiración y la dosificación debiendo actuarse esta entre 1-3 segundos de la inspiración.
- Si se cuenta con I.C. respirar manteniendo la boquilla entre los labios, se estima aproximadamente 6-10 respiraciones para aspirar el medicamento contenido en el volumen de la I.C.

- Si son varios medicamentos respetar pausa entre uno y otro.
- Dejar al paciente cómodo. Lavado de manos. Acondicionar el material y realizar los registros de enfermería.
- Luego de los inhaladores se debe realizar higiene de la boca



La I.C. ayuda a pacientes que no les es posible coordinar la pulsación del inhalador con la inspiración, y facilita la inhalación del fármaco.

Tiene como ventaja que disminuye el depósito de medicamento en boca y faringe y aumenta el número de partículas que llegan a los bronquios.

Cuidados de enfermería en administración de inhaladores:

Posición semisentado, para promover correcta respiración.

Educar al paciente en el uso, limpieza y mantenimiento de los materiales

(agua y jabón, secado y luego aplicación de alcohol al 70% por fricción)

Uso de I.C., verificar su estado correcto.

Conocer el fármaco administrado y tomar las precauciones correspondientes a la administración de medicamentos.

Controlar higiene bucal, realizarla de ser necesario.

Respetar pausa entre la inhalación de un medicamento y otro.

Cuidados de inhaladores: (cada 15 días por lo menos)

Correcta limpieza y mantenimiento.

Limpieza extrayendo el cartucho y lavar contenedor de plástico, secarlo con cuidado.

Almacenar en lugar limpio, y tapado.

No exponer a temperatura mayor a 50 grados.

No perforar.

Utilizar en posición vertical.

Cuidados de la I.C.:

Verificar correcto estado de las mismas, si tiene fisuras o alteraciones en la válvula debe ser remplazada.

Correcta higiene de la misma, debe desarmarse, lavarse con agua y jabón, secado, fricción con alcohol al 70% y armado.

Mantener protegidas e identificadas para su uso personal. Evitar lugares en que pueda depositarse polvo.

LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



“EQUIVOCARSE ES HUMANO, OCULTAR LOS ERRORES UNA ESTUPIDEZ, NO APRENDER DE ELLOS IMPERDONABLE”

Derechos y Obligaciones de los Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud

Con la ley n° 18.335 del 15 de agosto de 2008, se establecieron los derechos y las obligaciones de los pacientes y de los usuarios de los servicios de salud con respecto a los trabajadores de la salud y a los servicios de atención de la salud.

En sus disposiciones generales, la misma señala que los pacientes y usuarios tienen derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica.

El 8 de setiembre de 2010, se efectivizó el decreto reglamentario a dicha ley, detallándose aspectos relevantes en lo que hacen a los derechos y obligaciones de pacientes y usuarios, referidos en la ley antes mencionada, así como otras que la precedieron y se vinculan a los derechos, en ese contexto, se destaca que todo usuario o paciente tiene derecho a ser oído y atendido en forma oportuna, digna, respetuosa, y en un ambiente adecuado, incluyendo la protección a su intimidad cuando estén haciendo uso de los servicios de salud, tanto en situaciones de internación como de atención ambulatoria.

Los/as niños/as o adolescentes tienen derecho al acceso a los servicios de salud, incluyendo los referidos a la salud sexual y reproductiva, debiendo los profesionales de la salud actuantes respetar la confidencialidad de la consulta y ofrecerles las mejores formas de atención y tratamiento cuando corresponda.

Los/as adolescentes que, de acuerdo al principio de autonomía progresiva, los profesionales de la salud consideran suficientemente maduros para recibir atención fuera de la presencia de los padres, tutores u otros responsables, tienen derecho a la intimidad y pueden solicitar servicios confidenciales e incluso tratamiento confidencial.

En ningún caso los servicios de salud podrán negar la inmediata atención a los/as niños/as o adolescentes que la soliciten, alegando la ausencia de los padres, tutores u otros responsables.

Todo usuario o paciente tiene derecho a conocer la nómina de profesionales que se desempeñan en el servicio de salud: sus nombres, especialidades y demás datos disponibles, así como sus días y horarios de consulta. Asimismo, tienen derecho a conocer los nombres, cargos y funciones de cualquier trabajador de la salud del servicio de salud que participe en su atención, a cuyo efecto los mismos deberán portar identificación visible.

Asimismo, puede solicitar y recibir por parte del servicio de salud información vinculada a, por ejemplo:

- estructura orgánica y modalidad de las prestaciones asistenciales;
- las prestaciones de salud a las que puede acceder y los requisitos necesarios para su uso en todo el territorio nacional, así como también en el exterior si el prestador brindara servicios;
- prestaciones de salud comprendidas y excluidas de acuerdo a la extensión de la cobertura que le corresponda;
- los precios aplicables a las prestaciones excluidas de la cobertura obligatoria según las normas vigentes, el monto de cuota mensual, sobre cuotas y tasas moderadoras, periodicidad y porcentaje de sus ajustes, así como sistema de fijación y responsable del mismo;
- tipología del servicio de salud respecto a su carácter público o privado, particular o colectivo, de cobertura total o parcial, intermediación y otras. la información deberá ser completa y brindada en términos comprensibles.

Asimismo, y recogiendo disposiciones de otros decretos, todo paciente, por sí mismo o a través de un representante debidamente acreditado, tiene derecho a presentar ante el servicio de salud que le brinda cobertura y/o ante el Ministerio de Salud Pública, las sugerencias, iniciativas, peticiones o reclamos que estime pertinentes, encaminadas entre otros motivos a:

- mejorar la calidad, eficiencia, eficacia, oportunidad y accesibilidad de los servicios

- incrementar el rendimiento o el ahorro del gasto
- simplificar trámites o suprimir los que sean innecesarios o cualquier otra medida que suponga un mayor grado de satisfacción de sus derechos e intereses
- suprimir las tardanzas, desatenciones, dificultades para acceder a un servicio de salud, obtener información o beneficiarse de una prestación

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El otorgamiento del consentimiento informado es un derecho del paciente y su obtención un deber del profesional de la salud. En ese marco, todo procedimiento de atención a la salud será acordado entre el paciente o su representante y el profesional de la salud, previa información adecuada, suficiente, continua y en lenguaje comprensible para dicho paciente, debiendo dejar constancia en la historia clínica del consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos.

Todo niño, niña o adolescente tiene derecho a que se le brinde información sobre los procedimientos de atención a su salud, en términos adecuados a su edad y a la evolución de sus facultades. En todos los casos, tendrán derecho a ser oídos y a obtener respuestas a sus interrogantes y sus opiniones deberán ser tenidas en cuenta en función de su edad y madurez.

De la misma manera, el paciente podrá ejercer el derecho a no saber, manifestando al profesional de la salud su voluntad de otorgar el consentimiento para la realización de los procedimientos de atención en salud sin recibir información, de lo cual deberá dejarse constancia en la historia clínica, firmada por el paciente y el profesional de la salud.

Sin embargo, este derecho a no saber puede ser relevado cuando a juicio del médico u otro profesional de la salud actuante, la falta de conocimiento pueda constituir un riesgo para la persona o la sociedad,

Continuación Derechos y Obligaciones de los Pacientes y usuarios de los Servicios de Salud

de lo que también se deberá dejar constancia fundada en la historia clínica.

asimismo, excepto cuando la ley disponga lo contrario, el paciente también tiene derecho a revocar el consentimiento otorgado en cualquier momento; a negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud y a emitir su voluntad anticipada. en todos los casos, deberá figurar en la historia clínica.

en situaciones excepcionales y con el único objetivo del interés del paciente, con el consentimiento de sus familiares, se podrán establecer restricciones a su derecho de conocer el curso de la enfermedad, dejándose constancia en la historia clínica con firma del profesional de la salud actuante y de los familiares.

cabe señalar que pueden realizarse procedimientos sin el consentimiento informado en situaciones de urgencia, emergencia, notoria fuerza mayor. también pueden realizarse de esa manera, cuando las circunstancias no permiten demora por existir riesgo grave para la salud del paciente, o cuando se esté frente a patologías que impliquen riesgo cierto para la sociedad que integra.

el consentimiento informado sera otorgado especialmente por el paciente, salvo en los siguientes casos:

niños, niñas y adolescentes no emancipados ni habilitados de edad (sera otorgado por sus representantes legales), si bien debe respetarse en todos los casos la autonomía progresiva de los adolescentes.

de existir riesgo grave para la salud del niño, la niña o el adolescente, y si no se pudiera llegar a un acuerdo con éste o con sus padres o responsables en cuanto al tratamiento a seguir, el profesional podrá solicitar el aval del juez competente en materia de derechos vulnerados o amenazados.

por otra parte, en casos de incapacidad legal, el consentimiento será otorgado por los representantes legales respectivos; en caso de incapacidad no legal pero sí psíquica al momento del consentimiento, éste será otorgado por el cónyuge o concubino, o en su defecto por el pariente más

próximo y en caso de no existir éstos, una persona allegada al paciente cuyo nombre debe ser aportado con anticipación.

en casos de intervenciones quirúrgicas y de procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos, el consentimiento informado deberá otorgarse por escrito y cumplir con una serie de requisitos que se explicitan en el decreto reglamentario.

HISTORIA CLÍNICA

todo paciente tiene derecho a que se lleve una historia clínica completa, ordenada, veraz e inteligible, en forma escrita o electrónica, donde figure la evolución de su estado de salud desde el nacimiento hasta la muerte.

la historia clínica será reservada y sólo podrán acceder a la misma:

- los responsables de la atención a la salud del paciente y el personal administrativo vinculado a esa atención;
 - el paciente o las personas que sean por él autorizadas;
 - el representante legal del paciente declarado judicialmente incapaz;
 - en los casos de incapacidad o de manifiesta imposibilidad del paciente, su cónyuge, concubino o el pariente más próximo;
- el ministerio de salud pública incluyendo la junta nacional de salud cuando lo consideren pertinente;

los servicios de salud y los trabajadores de la salud deberán guardar reserva sobre el contenido de la historia clínica y no podrán revelarlo a menos que fuere necesario para el tratamiento del paciente o si mediare orden judicial.

los adolescentes tienen derecho a que se guarde la confidencialidad también respecto a sus familiares, incluyendo sus padres o responsables; excepto que el profesional actuante considere que exista riesgo grave para la salud del usuario o de terceros.

cuando se trate de personas fallecidas, el derecho al acceso podrá ser ejercido por cualquiera de sus sucesores universales debidamente acreditados.

el paciente tiene derecho a revisar su

historia clínica y a obtener una copia de la misma.

los servicios de salud deberán conservar y custodiar las historias clínicas de sus pacientes, sin alterarlas ni destruirlas, de acuerdo a los requisitos y procedimientos establecidos por las disposiciones vigentes.

en caso que una persona cambie de institución o de sistema de cobertura asistencial, la nueva institución o sistema deberá recabar de la o del de origen la historia clínica completa del usuario, la que deberá ser entregada dentro de un plazo de quince días hábiles de recibida la solicitud.

DEBERES DE USUARIOS Y PACIENTES

Todo paciente tiene la obligación de suministrar al equipo de salud actual información cierta, precisa y completa de su proceso de enfermedad, así como de los hábitos de vida adoptados. asimismo, será responsable de seguir el plan de tratamiento y controles establecidos por el equipo de salud.

asimismo, tiene la obligación de respetar los estatutos de los servicios de salud y de cumplir con las disposiciones de naturaleza sanitaria de observancia general, así como con las específicas que determinen dichos servicios cuando estén haciendo uso de las prestaciones que brindan.

tiene además el deber de conducirse y dirigirse con respeto tanto a los trabajadores del servicio de salud como a otros usuarios del mismo, al tiempo de cuidar las instalaciones, equipamiento e instrumental del servicio de salud, colaborando en el mantenimiento de la habitabilidad de las primeras y de la integridad de los segundos.

documentos asociados:

- ley n° 18.335 del 15 de agosto de 2008
- decreto reglamentario de 8 de setiembre de 2010.
- ley 18.426 salud sexual reproductiva.

Fuente:

www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?4452,20162

Bajado el 02/05/2012.



Comisión de Seguridad del Paciente y Prevención Del Error en Medicina
cosepa.comero.rocha@gmail.com

COSEPA COMERO

Correo electrónico:

cosepa.comero.rocha@gmail.com

Página Web:

<http://cosepa.webnode.com.uy/>

Lugar de reuniones:

**Sanatorio Rochense, días
Jueves hora 09:30, sala
de reuniones**

“Me he equivocado al atender a pie de pasillo las consultas de amigos que confiaban ciegamente en mí, saltándome el protocolo y pensando que mi experiencia me daba permiso para hacer atajos diagnósticos y terapéuticos. Ahora no respondo nunca a las consultas a pie de calle. A quien me pide opinión le digo que pase por mi despacho: hacerlo de otra manera es un error importante. Pienso que es fundamental identificar cómo y por qué se producen los fallos para poder diferenciarlos de la negligencia. Explicarlos y darlos a conocer permite encontrar instrumentos para corregirlos”.

M. Vilardell

*Catedrático de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona
Editor de Medicina Clínica*

Integración de la Comisión en COMERO

Dr. Fernando Ravera

Dr. Mauricio Moreno

Dr. Jorge Domínguez

Lic. Enfermería Graciela Ravera

Lic. Enfermería Gladys Minondo

Lic. Enfermería Noelia Sollmann

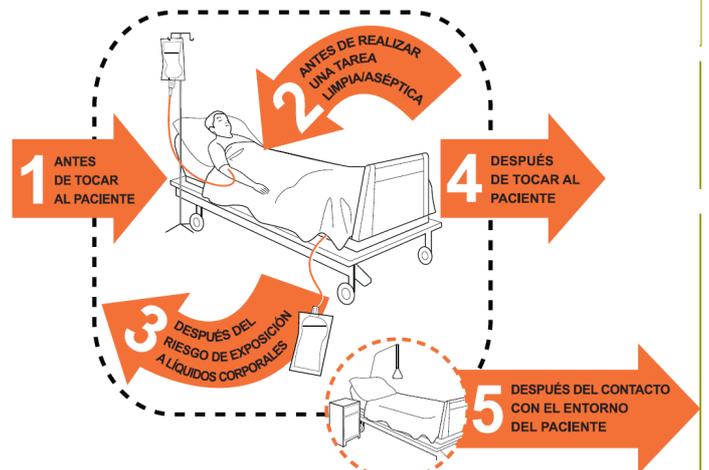
Lic. Enfermería Saira Silvera

Lic. Enfermería Rocío Núñez

Lic. Enfermería Evelyn Torrecillas

Lic. Enfermería Fabián Fernández

Sus 5 Momentos
para la Higiene de las Manos



Titulares Próxima Edición

- Importancia del Checklist Quirúrgico
- Traspaso del paciente
- Manejo de Enfermería de tubo de Tórax
- Artículos de Interés