



## Comisión de Seguridad del Paciente y Prevención Del Error en la Asistencia

Boletín N° 14 / / seguridadpaciente@comero.com.uy / Setiembre de 2017

# BIENVENIDOS

Comisión de Seguridad del Paciente de la Cooperativa Medica de Rocha  
Calle Treinta y Tres Esquina Marzol - Rocha - Uruguay  
Pagina Web: [www.cosepa-comero.com](http://www.cosepa-comero.com)

### COSEPA COMERO ROCHA

Comisión de Seguridad del Paciente del Colectivo Médico  
Rochense IAMPP - COSEPA

[Inicio](#) [Mapa del sitio](#) [RSS](#) [Imprimir](#)

- Inicio
- Nosotros
- Contáctanos
- Fotogalería
- BIBLIOTECA VIRTUAL
- ENLACES DE INTERES
- Formularios para descargar
- DATOS DE INTERES
- Notificación de Incidentes
- DENGUE



BIENVENIDOS

La Comisión de Seguridad del Paciente les da la Bienvenida a su pagina web !!

Nos hemos planteado como objetivo, el poner a su disposición la información necesaria para lograr la mejor comprensión sobre diversos temas referentes a la Seguridad y Calidad en la asistencia a la salud; así como concientizar a los profesionales de la salud y a los usuarios en una participación activa en el tema.



#### Acuerdo institucional sobre conductas y comportamientos disruptivos

Noviembre 2014

**Esta Institución se compromete a no aceptar este tipo de conductas:**

- **Humillación**
- **Discriminación**
- **Política de rumores con objetivo de dañar moralmente a funcionarios de nuestro lugar de trabajo**
- **Acoso**
- **Negarse a trabajar en colaboración con otros funcionarios**
- **No aceptar la experticia (experiencia—pericia) y el rol de cada uno**
- **Destrato a los pacientes y/o familia**

Comisión Directiva

Comisión de Seguridad del Paciente

[LO INVITAMOS A VER EL BOLETIN NUMERO 13 DE OCTUBRE DE 2015](#)

PONEMOS A SU DISPOSICION  
NUEVO SISTEMA PARA LA NOTIFICACION DE INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS ONLINE

<http://www.cosepa-comero.com/>

### CONTENIDO

Editorial	1
Que es la Seguridad del Paciente, conciencia de riesgo asistencial. Dr. Fernando Ravera.	2-8
El Certificado Médico. Afiche del Colegio Médico del Uruguay.	99
Respecto a comunicar el error .... Lic. Enf. Noelia Sollmann	10-11
Seguridad en las Inyecciones.	12-13
El tercer reto mundial por la seguridad del paciente, reducir los daños causados por los medicamentos.	15-16
Cierre del Boletín	17

Esta publicación se realiza para distribución entre funcionarios y usuarios del Colectivo Medico de Rocha COMERO IAMPP.

Diseño y edición: Dr. Fernando Ravera - Lic. Enfermería Noelia Sollmann

## Editorial

Si bien estuvimos ausentes durante el año 2016 en la realización de boletines, este año queremos ponernos en contacto con ustedes, para ofrecerles el presente.

En esta ocasión, queremos aportarles una visión general de la seguridad del paciente, dando importancia al concepto de riesgo asistencial, también se aporta un artículo de la Lic. Noelia Sollmann, sobre una temática controvertida, pero mas que vigente, sobre comunicar el error, y otro sobre la seguridad en las inyecciones.

Se aporta un artículo completo de la pagina de la OMS, en referencia al El tercer reto mundial por la seguridad del paciente: reducir los daños causados por los medicamentos.

### COSEPA COMERO ROCHA

CONTACTO:

[seguridadpaciente@comero.com.uy](mailto:seguridadpaciente@comero.com.uy)

[info@cosepa-comero.com](mailto:info@cosepa-comero.com)

PAGINA WEB:

<http://www.cosepa-comero.com/>

NOTIFICACION DE INCIDENTES:

<http://www.cosepa-comero.com/denuncia-de-evento-adverso/>



### 10 CORRECTOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

1. MEDICAMENTO CORRECTO



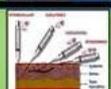
2. PACIENTE CORRECTO



3. DOSIS CORRECTA



4. VIA CORRECTA



5. HORA CORRECTA



6. VERIFICAR FECHA DE CADUCIDAD DEL MEDICAMENTO



7. PREPARE Y ADMINISTRE USTED MISMO EL MEDICAMENTO



8. REGISTRE USTED MISMO EL MEDICAMENTO Y LA HORA DE ADMINISTRACION



9. VELOCIDAD DE INFUSIÓN CORRECTA



10. ESTAR ENTERADOS DE POSIBLES ALTERACIONES



### COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA COOPERATIVA MEDICA DE ROCHA

Pequeñas acciones



Muchos profesionales



Grandes resultados!!!

31/10/2013

COSEPA CLIMA DE SEGURIDAD

## Que es la seguridad del paciente, conciencia de riesgo asistencial.

Dr. Fernando Ravera

Médico de emergencia

Encargado de la COSEPA de COMERO IAMPP

COMERO tiene desde el año 2012 en su conformación actual y por decreto nacional un Comité de Seguridad del Paciente el cual realiza tareas dirigidas a minimizar el riesgo asistencial. Dentro de ese contexto se ha observado que, pese a las distintas tareas que hemos desempeñado, participación en instancias educativas, desarrollo de protocolos, pagina web, boletines; el personal en general desconoce tanto la existencia del COSEPA, así como su función, y lo peor aun es que desconfían de nuestras actividades, ya que creen que somos la "policía sanitaria". Por esta razón es que se planifica desarrollar diferentes instancias educativas para acercar al personal, en principio al concepto de seguridad del paciente así como su importancia en la actividad diaria a fin de concientizar y generar cambios en el accionar profesional en pro de la seguridad, lo que es en concreto el objetivo de la comisión.

Para exponer sobre el cosepa institucional, haremos un relato breve sobre algunos puntos en seguridad y calidad asistencial y abordaremos el tema seguridad con algunos ejemplos.

### Que es el riesgo asistencial.

Riesgo es un término proveniente del italiano, idioma que, a su vez, lo adoptó de una palabra del árabe clásico que podría traducirse como "lo que depara la providencia". El término hace referencia a la proximidad de un posible daño. El riesgo está vinculado en todo lo que hacemos, y no existe ninguna actividad en la vida que no implique un riesgo. Pero que es el riesgo en salud? Como toda actividad humana, la asistencia a la salud implica un riesgo. Existen multiplicidad de riesgos en la asistencia, por ejemplo el riesgo a una reacción alérgica a un medicamento, una caída durante una internación, el recibir una dosis diferente a la indicada, infecciones hospitalarias, etc. *Se puede definir como la probabilidad de que un Evento Adverso ocurra.*

### Porque en la asistencia sanitaria el riesgo tiene trascendencia?

La asistencia a la salud se ha definido como un sistema adaptativo complejo.

Los Sistemas Adaptativos Complejos son un tipo especial de sistemas; son **complejos** en el sentido en que son diversos y formados por múltiples elementos interrelacionados y conecta-

dos entre sí, y **adaptativos** porque ellos tienen la capacidad de cambiar y aprender de la experiencia. También se los ha denominado Sistemas Caóticos.

Entonces en el proceso asistencial existe la participación de múltiples personas (enfermería, médicos, administrativos, técnicos, farmacia, laboratorio, choferes, mantenimiento, auxiliares), equipos e instalaciones; y cada una tiene la posibilidad de interactuar con el paciente en el proceso asistencial, y que si en su participación alguien comete un error puede afectar todo el proceso, con posibilidad de producir daño.

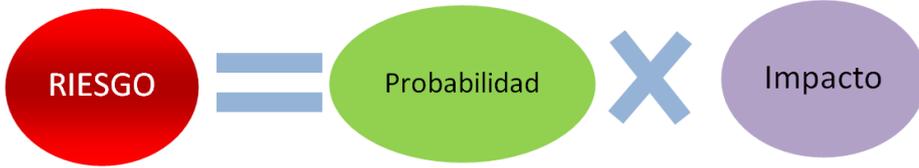
Pero más aun, la medicina ha iniciado un camino hacia la súper especialidad y tecnificación, en donde el paciente es sometido a múltiples consultantes, tratamientos y estudios, aumentando el pasaje del paciente por más procesos, multiplicando así la probabilidad de riesgo en su asistencia.

Entonces, como podemos encarar el riesgo en la asistencia?. Es importante saber que si bien en toda actividad existe riesgo, se puede definir la magnitud del mismo, de acuerdo a la probabilidad de que ocurra un hecho

por el impacto que tendría el siolíticos, antihipertensivos, in-

**MODELO DE CALCULO DE RIESGO**

Fig. 1



mismo: ver figura 1

y en ese sentido, cuando se analizan procesos asistenciales se puede definir la gravedad del

gresado por la misma patología. Entonces en el segundo caso se deben tomar medidas para la prevención de caídas.

FRECUENCIA		IMPACTO O SEVERIDAD				
		Insignificante	Menor	Moderada	Mayor	Maxima
		1	2	3	4	5
5	Casi Segura	ALTO	ALTO	CRITICO	CRITICO	CRITICO
4	Probable	MEDIO	ALTO	ALTO	CRITICO	CRITICO
3	Posible	BAJO	MEDIO	ALTO	CRITICO	CRITICO
2	Improbable	BAJO	BAJO	MEDIO	ALTO	CRITICO
1	Rara	BAJO	BAJO	MEDIO	ALTO	ALTO

Fig. 2

COSEPA - COMERO - ROCHA

riesgo utilizando el siguiente esquema: ver figura 2

y de acuerdo al mismo, podemos ver en qué sectores debemos actuar primero.

A modo de ejemplo sería bajo el riesgo de que ocurriera la caída de un paciente joven, sano, que no toma ninguna medicación internado por una cirugía de un dedo con anestesia local; en contrapartida sería alto el riesgo de caída de un paciente añoso, con dificultades motrices por Parkinson, en tratamiento con an-

**Que es la seguridad del paciente**

Es una disciplina de la medicina, que se encarga del estudio de los procesos e incidencias asistenciales, que sean capaces de llevar daño al paciente, con el fin de analizar el proceso en cuestión y evitar la reproducción o evitar que se produzca el daño, y en el caso de producirse mitigar el daño al paciente, la familia y al centro asistencial. Trata de reducir el riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria

ria al mínimo aceptable.

**Porque se habla de calidad asistencial**

Hablamos de calidad, porque es la provisión de servicios accesibles y equitativos, con nivel profesional óptimo, de acuerdo a los recursos disponibles, que logra la satisfacción de los usuarios (clientes externos) y de los profesionales (clientes internos)

**Que es un EA, frecuencia, tipos más frecuentes, conciencia de riesgo**

Evento adverso es el **daño** que sufre un paciente en su pasaje por el sistema asistencial, no vinculado a la evolución de su enfermedad, por ejemplo el recibir un medicamento destinado a otro paciente, el sufrir una ulcera por presión (escara) por falta de cuidados, una caída durante la internación.

Los eventos adversos más frecuentes son los errores en la medicación, seguidos por las infecciones intrahospitalarias y los errores en procedimientos, fig. 3.

Se estima la probabilidad de sufrir un Evento Adverso en un 10%, en pacientes internados, o sea que de cada 10 pacientes internados, uno puede sufrir un EA. fig. 4. De acuerdo a la gravedad, el 45 % son leves, el 39% moderados, y el 16% graves.

En forma comparativa la tasa de siniestralidad de aviones ronda

Fig. 3

### Tipos de EAs

NATURALEZA DEL PROBLEMA	Totales (%)	Evitables (%)
Relacionados con un procedimiento	25,0	31,7
Relacionados infección nosocomial	25,3	56,6
Relacionados con la medicación	37,4	34,8
Relacionado con los cuidados	7,6	56,0
Relacionados con el diagnostico	2,7	84,2
Otros	1,8	33,4
<b>Total</b>	<b>655 (100%)</b>	<b>278 (42,6%)</b>

Fig. 4

### Estudio ENEAS: Incidencia de Pacientes con EA

INCIDENCIA	(%)	IC 95%
Incidencia de Pacientes con EA Asistencia Hospitalaria	8,4	7,7 – 9,1
Incidencia de Pacientes con EA Incluyendo la pre-hospitalización	9,3	8,6 – 10,1
Incidencia de Pacientes con EA Hospitalarios incluyendo flebitis	11,6	10,8 – 12,5

de uno por cada 2.4 millones de vuelos, según las estadísticas de Seguridad Aérea de la Asociación de Transporte Aéreo Internacional, la tasa de siniestralidad en carretera en España, es de un accidente mortal por cada 356.357 desplazamientos, mientras que la probabilidad de sufrir un EA grave durante la internación es de un 1.6 cada 100 ingresos; entonces comparativamente el riesgo asistencial es alto, y no podemos ignorarlo.

#### Porque debemos desarrollar la seguridad del paciente en la institución.

Si bien es una obligación del MSP de que toda institución pública o privada tenga una cosepa integrada y funcionando, existen otras premisas fundamentales que son:

- Porque el paciente lo merece,

- Es un deber ético y moral de todos los integrantes del sistema asistencial.
- Por las responsabilidades legales que lleva
- Porque el 30% del gasto en salud corresponde a no calidad. Entonces, porque no hacerlo?

#### Existe obligación del organismo rector de trabajar en seguridad?

SI, el 31 de Agosto del 2008, el Ministerio de Salud Publica, a través de la Ordenanza Ministerial Número 481, aprueba la Reglamentación que define: el programa, estructura, funcionamiento y competencias de las Comisiones Institucionales de Seguridad de los Pacientes y Prevención del Error en Medicina. Se otorga un plazo de seis meses para su implementación en todas las instituciones, y deberán rendir cuentas a la Comisión Nacional que funciona en la DIGESA.

Desde ese momento, cada institución de salud, ya sea pública o privada, debe tener una Comisión de Seguridad del Paciente. Su cometido es el análisis y estudio de todos los procesos institucionales, de forma tal de asesorar a la Jerarquía institucional, para que pueda definir las mejores conductas para lograr mayores estándares de seguridad asistencial, disminuir la incidencia de eventos adversos, y mitigar las consecuencias cuando estos ocurren. Leer más en:

<http://www.cosepa-comero.com/nosotros/>

Puede ver completa la "ORDENANZA DEL MSP N° 481 DEL 01 DE AGOSTO DE 2008" que es la que regula el funcionamiento de los COSEPAS INSTITUCIONALES, en: <http://www.cosepa-comero.com/biblioteca-virtual/>

Como se integra nuestro cosepa

El cosepa actualmente está integrado por el Dr. Fernando Ravera, la Lic. Enfermería Noelia Sollmann, la Lic. Enfermería Saira Silvera, la Lic. Enfermería Graciela Ravera, la Dra. Silvia Cardozo, y el Dr. Jorge Domínguez. Se planifican reuniones por lo menos quincenales los días lunes a las 09:30 en el segundo piso del Rochense, o más frecuentes si así se lo requiere.

### Que funciones tiene la cosepa?

Las funciones pueden definirse en cuatro aspectos que serían: Educación, Difusión, Evaluación de procesos proactivos y reactivos

**Educación al personal en general**, para que tomen conciencia del riesgo asistencial que antes mencionamos, en cada lugar de trabajo. Dejar claro a todo el personal que nuestro trabajo es de alto riesgo, y que debemos tratar de ser meticulosos, y que nuestras acciones siempre pueden mejorarse.

**Difusión de temas de seguridad** a través de todos los medios que tengamos al alcance, recordemos que la cosepa tiene una página web que pueden entrar colocando en el buscador de google cosepa-comero (<http://www.cosepa-comero.com/>) y ahí pueden acceder a través de la barra de tareas a bajar materiales, ponerse en contacto con nosotros a través de un formulario web, con el cual nos pueden

hacer llegar preguntas, dudas, o lo que sea de su interés; existe una pestaña para la NOTIFICACION DE INCIDENTES, en la cual pueden acceder y notificar incidentes en forma rápida y sencilla, cualquier incidente que hubieran visto o sufrido, en el cual solo deben llenar un formulario que como campo obligatorio solo tiene el nombre del paciente, y que lo pueden hacer en forma anónima. La notificación de incidente puede hacerla cualquier persona, sea funcionario medico, nurse, auxiliar de enfermería, auxiliar de servicio, usuario, paciente o familiar de éste. También pueden ingresar a páginas vinculadas a seguridad del paciente de las cuales también pueden descargar materiales.

**Evaluación de los procesos asistenciales proactivos**, los que se deberán ir realizando en forma paulatina, para ello se deberá comenzar por aquellos procesos que tengan mayor riesgo asistencial, y de acuerdo a ello los que aunque sean poco frecuentes puedan llegar a producir daño grave al paciente, o los que sin llegar a producir daño grave sean más frecuentes.

**Evaluación de los procesos asistenciales reactivos**, en este sentido nos referimos al análisis de los Eventos Adversos que ocurren, o también los que no hayan llegado a producir daño

al paciente (incidentes). En este sentido se trata de que cuando ocurra un EA, se informe a la cosepa, para que tomando conocimiento del hecho, analice lo sucedido, pueda analizar el hecho, analizar el proceso, buscar cual fue la cadena de errores, que barreras fallaron, y de esta forma elaborar un informe rápido, para que se tomen las medidas necesarias para evitar que se reproduzca el hecho, fortaleciendo las barreras, y mejorando los procesos.

Debemos recordar que toda la actividad del cosepa, en relación a datos de usuarios, funcionarios, etc., es confidencial, se resguarda siempre la confidencialidad de la persona que aporta los datos, porque lo que importa no es en definitiva quien comete el error, sino el estudio de la cadena de hechos que llevaron a esa persona a que los cometa. Las cosepas dependen de la Dirección Técnica, y a estas remiten las recomendaciones en general.

### Como se analizan los Eventos Adversos

En referencia al análisis de los eventos adversos, es necesario puntualizar que existen dos formas de respuesta de las instituciones, en relación al error asistencial.

#### CULTURA DE LA CULPA

Es buscar un culpable, que generalmente es el funcionario que estuvo más cerca del pa-

ciente, el que lleva la culpa, y adoctrinarlo, ya sea separándolo del cargo o expulsándolo. Esta cultura; que se llama **cultura de la culpa** es también la que lleva adelante la Justicia, cuando los hechos son analizados por la misma. Es una cultura arraigada institucionalmente, es la más fácil, es la que en general la sociedad exige, “el culpable”, pero es la que se ha demostrado la menos efectiva desde el punto de vista institucional, ya que el problema de base no se resuelve, y sigue latente.

*Ver ejemplo.*

#### CULTURA DE SEGURIDAD.

La otra forma de reaccionar frente a un hecho de esta naturaleza, es la que ha demostrado tiene mayores efectos para los sistemas asistenciales. La misma se basa en no buscar culpables, cuando se entiende que otra persona en iguales condiciones laborales, con la misma capacitación, y en el mismo contexto, pudo haber llegado al mismo error (test sustitución), por lo tanto el error se debe a una falla del sistema asistencial, y no de una persona en particular.

En este caso se debe analizar rápidamente que fue lo que paso en forma clara, tomando la mayor cantidad de datos posible; luego analizar el proceso asistencial, y ver que barreras existían para evitar los posibles errores, y luego elaborar un informe del hecho que incluya los cam-

bios que se recomiendan para mejorar el proceso y fortalecer las barreras para evitar de esta forma la repetición del error.

También en la cultura de seguridad, se toman otras acciones,

**Apoyo al paciente y familia:** se le debe brindar al paciente y familia el respaldo necesario para sobrellevar el hecho, brindarle las acciones necesarias para evitar daños o mitigar las consecuencias, y brindarle el resarcimiento económico si corresponde. En este sentido todas las instituciones deberían tener de antemano un fondo común para afrontar este tipo de inconvenientes.

**Apoyo a la segunda víctima.** Se entiende por la segunda víctima al ejecutor final del error, la persona que comete el error. Esta persona que no realiza un daño en forma intencional, forma parte como un eslabón mas del proceso asistencial, se transforma en una segunda víctima, ya que no tuvo la intención de dañar, y sufre las consecuencias de este hecho, que lo lleva en general a depresión, abandono del trabajo, renuncia, y en la mayoría de los casos, es personal capacitado, que puede seguir aportando con su trabajo a la asistencia.

#### **Veamos un ejemplo hipotético:**

Una ambulancia durante un traslado, sufre un despiste; vuelca, el paciente que se trasladaba

fallece, la enfermera que viajaba sufre lesiones graves, y el chofer ileso manifiesta que se durmió.

En este caso (cultura de la culpa) se busca el culpable del accidente, determinando que fue el chofer, la institución lo separa del cargo, se le suspende el sueldo, se le impide conducir vehículos; y se lo procesa por parte de la Justicia. Se solucionó el problema?... cada uno puede sacar sus conclusiones.

Analizando el caso, el chofer sale en el traslado en horas de la madrugada, luego de cumplir 12 horas de guardia, haber llegado 2 horas antes de la ultima salida y no dormir en las 12 horas, hecho frecuente debido a falta de personal.

El traslado insumiría unas 6 horas más conduciendo.

La enfermera y el paciente viajan sin medidas de protección (cinturones), hechos conocidos por sus superiores, pero como no tenían personal, permitían que viajaran así y adoptaran esa conducta ya que solucionaban el problema que significaban los traslados.

Entonces:

es probable que otro chofer en las mismas condiciones laborales, luego de una jornada extenuante de trabajo, siga conduciendo 6 horas mas, pueda dormirse?, creemos que sí.

Es probable que paciente y auxiliar viajando en un vehículo sin

protección alguna, en caso de accidente sufra lesiones graves? si es posible.

Entonces adoptando la cultura de la culpa y suspendiendo al chofer y procesándolo, se soluciona el error?; o el problema sigue latente.

Sin duda, pensamos que en este ejemplo, existen fallas serias del sistema, por falta de controles, falta de supervisión, falta de educación al personal, falta de responsabilidad; que deben solucionarse a saber:

Un chofer no puede salir a la ruta si no ha descansado lo suficiente y la institución no se lo puede permitir y debe tener un

protocolo con respaldo que manifieste el máximo horario de conducción,

el auxiliar debe viajar en condiciones de seguridad y debe tener supervisión, y el paciente también.

La responsabilidad en este caso es institucional, y es la institución misma que debe responder ante la familia del paciente, apoyar al chofer en su reintegro y no separarlo del cargo, contratar más personal si lo requiere, y adoptar las medidas correctivas en general para que se viaje más seguro.

Esperamos que con este pequeño resumen que hemos aporta-

do, y con el ejemplo hipotético planteado, sirva para que puedan comprender que es la cosepa institucional, cuáles son sus funciones, se animen a hablar de los errores, notifiquen cuando existan problemas, y se acerquen cada día mas a una cultura de seguridad en nuestro trabajo que es necesaria.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS) Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P /Madrid, 11 de Mayo de 2006
2. CENS—GRUPO EPM, <http://www.cens.com.co/Institucional/Mapaderiesgos.aspx>

## NO AL SUICIDIO



Bajado de: <https://marianazen7.wordpress.com/>.  
12/08/2017

# El certificado médico



Existe el hábito de solicitar a los médicos "certificados" para excusarse de variadas obligaciones o tareas: en la escuela y liceo, ir o no ir a gimnasia, practicar deporte o eximirse de hacerlo, en la vida adulta por ejemplo no asistir a una audiencia judicial o faltar a trabajar.

La **Regional Montevideo del Colegio Médico del Uruguay** en éste marco elaboró un video con el objetivo de sensibilizar al cuerpo médico y a la población sobre un tema del que todos somos parte. Los médicos debemos tener conciencia de nuestra doble responsabilidad como profesión: Ser veraces, y que la sociedad lo sepa y lo asuma, defendiendo el derecho al subsidio, evitando desviaciones y por ende invirtiendo adecuadamente el dinero público.

## Valores

- 1.** El fin principal es defender el valor de la veracidad y por ende la ética profesional. El médico sólo debe certificar lo que realmente constata.
- 2.** La firma de un médico implica que lo firmado es real y eso es una responsabilidad asumida.
- 3.** Como profesión médica tenemos que saber que al certificar laboralmente a una persona estamos siendo parte de un proceso que distribuye recursos que son de todos.
- 4.** La licencia por enfermedad es un derecho que todos felizmente usufructuamos y es importante que seamos parte de esa cadena de una forma responsable.

Consejo  
Regional  
Montevideo



[www.colegiomedico.org.uy](http://www.colegiomedico.org.uy)

## RESPECTO A COMUNICAR EL ERROR .....

Lic. Enfermería Noelia Sollmann

Nurse Jefe Departamento de Emergencia

Nurse integrante COSEPA - COMERO IAMPP

Las intervenciones sanitarias generan un riesgo ya conocido y estudiado de producirse un error o evento adverso que resulte o no en algún tipo de lesión, discapacidad o incluso la muerte. Si bien, en los últimos años se ha desarrollado en diferentes países una serie de promociones y recomendaciones desde organizaciones internacionales como la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente con el fin de trabajar en la mitigación o control de estos eventos, convirtiendo la seguridad del paciente en un pilar fundamental para brindar una atención sanitaria de calidad, los mismos siguen y seguirán ocurriendo ya que la misma complejidad de los equipos de salud así como las especializaciones medicas con sus consecuente sectorialización aumentan el riesgo de generar eventos adversos.

Por otro lado poco se ha promocionado el accionar correcto una vez ocurrido un error durante la

atención sanitaria. Si bien, queda claro el hecho de que el usuario debe ser informado de todo lo concerniente a su atención, ya sea en procesos o resultados así como los errores ocurridos durante su atención, no todos los hacemos.... Entonces, sabemos existen diferentes posturas o recomendaciones sobre que informar y todas ellas con su correspondiente fundamentación, ya sea por su efecto sobre el proceso salud enfermedad del usuario, el usuario en si mismo, el profesional y también claro está, la institución. Existen posturas que recomiendan revelar solo aquellos errores que tienen una consecuencia grave sobre el usuario así como aquellos que consideran que solo se debe revelar un error cuando sea necesario para continuar un tratamiento o que para su reparación deba hacerse público, sobre esto se fundamenta la posible pérdida de confianza del usuario en el profesional, el sistema o la institución así como la clásica acti-

tud medico paternalista, en la cual se acepta que quien sabe (El profesional de la salud) decide cual esa la conducta más adecuada para quien solicita su atención (El usuario).

En un extremo opuesto se encuentran quienes consideran se deben hacer protagonistas a los usuarios en todo lo referente a su atención y cuidados trayendo a colación el termino empoderamiento del paciente tímidamente promovido en los últimos años basado en el hecho de que si bien tiene como objetivo fundamental hacer partícipe al usuario en todas las decisiones respecto su salud, el mismo convierte al usuario en responsable directo de su atención así como sus consecuencias.

De la evolución de este tema surge entonces una, cada vez más recomendada, postura que promueve la revelación de los errores siendo siempre a criterio del profesional qué y cómo se debe revelar, destacando a su vez la falta de preparación

académica de todos los integrantes del equipo de salud para comunicar esta mala noticia. Basado en esto, existen instituciones que han llevado a cabo análisis retrospectivos de los resultados de la comunicación de errores desarrollando así protocolos o pautas a seguir una vez ocurrido un error.

Existe la convicción de que para disminuir errores y para mejorar la seguridad de los pacientes, es imprescindible un cambio de cultura. Este cambio se basa en ciertas premisas básicas:

- Desarrollar una actitud crítica
- Aprender del error
- Suprimir la conducta punitiva
- Comunicar el error a los pacientes y a todas las personas que se relacionan con su atención y cuidado.

Ahora bien, estos puntos de vista tan opuestos consideran en todo aspecto la experiencia o sentir del profesional así como las consecuencias directas sobre el prestigio de la institución sin considerar que es lo que realmente el paciente desea. Es sabido que en muchas situaciones el paciente no desea más que ser el

objeto de los cuidados necesarios para recuperar su estado de Salud, dejando a criterio del profesional la conducta a seguir sin desear conocer en algunos casos el diagnóstico al cual se enfrenta.

En base a esto surge la interrogante y/o conclusión evidente: nuestro sistema de salud puede determinar cuál es la postura correcta a seguir sabiendo que nuestro sociedad se aferra en muchos aspectos a una relación médico paciente tradicional?

Planteamientos a tener en cuenta, si una persona no entiende su diagnóstico o tratamiento....como le afectaría saber que se ha cometido un error que no tiene consecuencias a su pronóstico. Por otro lado que clase de empoderamiento se le brinda a un usuario al revelarle un error cometido durante su atención si posteriormente se le explica que se va a hacer para corregirlo, acaso con las características que tiene nuestro sistema de salud... esto no sería algo coherente, cuántas personas pueden desear tomar alguna clase de medida querellante hacia el profesional que les ha solucionado su pro-

blema de salud.

La respuesta a ésta interrogante es tan difícil y versátil como experiencias podamos recordar ya que el mayor problema radica en querer determinar una conducta aplicable por todos los profesionales a todos los pacientes en todas las situaciones. Sería una solución madura y éticamente correcta decir que debe quedar a criterio del profesional basado en la relación médico paciente, ahora bien estamos seguros que ésta condición respetará siempre el bienestar del paciente sin anteponer los intereses personales o institucionales?

Ciertamente la revelación del error en la atención sanitaria es un tema al que no se le ha otorgado la importancia que se merece pero resulta difícil en estos tiempos llegar a un conclusión o determinar un accionar correcto de forma mucho menos que irrefutable, si bien es un buen comienzo plantear el tema y preparar a los estudiantes en su formación para la comunicación del error mucho nos falta por determinar.

Las lesiones causadas por el tránsito  en adolescentes y jóvenes pueden evitarse.



# LESIONES CAUSADAS POR EL TRÁNSITO

## EN ADOLESCENTES Y JÓVENES EN LAS AMÉRICAS

Las muertes causadas por el tránsito son la **segunda** causa de muerte entre adolescentes y jóvenes



24%

Homicidios



20%

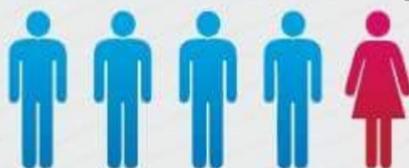
Lesiones Causadas por el Tránsito



7%

Suicidio

CERCA DE JÓVENES DE 15 A 24 AÑOS **MUEREN CADA AÑO** POR LESIONES CAUSADAS POR EL TRÁNSITO



NUEVOS CONDUCTORES ADOLESCENTES TIENEN **HASTA 10 VECES EL RIESGO** DE COLISIONAR COMPARADO CON ADULTOS



**4 DE CADA 5 SON HOMBRES**



LAS LESIONES CAUSADAS POR EL TRÁNSITO CONTRIBUYEN A LA DISCAPACIDAD, LOS GASTOS MÉDICOS, LA PÉRDIDA DE INGRESOS FUTUROS, DAÑOS A LA PROPIEDAD Y A LA REDUCCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA.

Referencias:  
[bit.ly/2dmZfyv](https://bit.ly/2dmZfyv)

#SaludJoven  
[www.paho.org](http://www.paho.org)



# SEGURIDAD EN LAS INYECCIONES

## QUÉ ES UNA INYECCIÓN SEGURA ?

Una inyección, flebotomía (extracción de sangre) punción digital o inserción de un dispositivo intravenoso segura es aquella que:

- No perjudica al receptor
- No expone al profesional sanitario a ningún riesgo evitable
- No produce ningún desecho que sea peligroso para otras personas



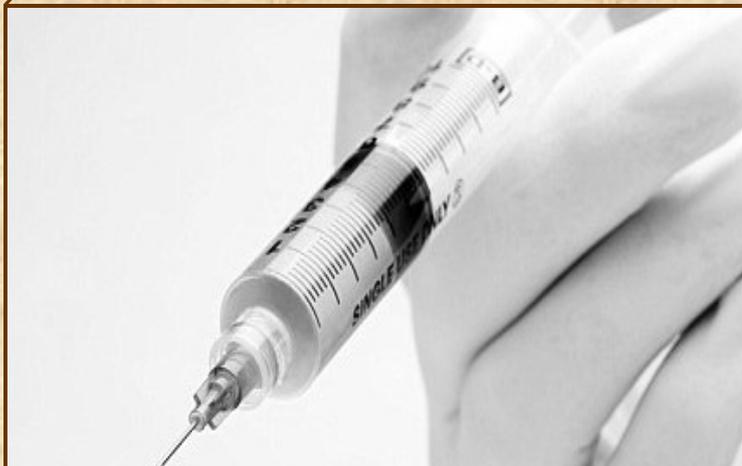
Las inyecciones peligrosas pueden facilitar la trasmisión de una gran variedad de patógenos, como virus, bacterias, hongos y parásitos. Pueden causar asimismo reacciones adversas de carácter no infeccioso, como abscesos y reacciones tóxicas. Las prácticas inseguras exponen a los pacientes a infecciones por patógenos, tanto de forma directa ( por medio del material contaminado) como indirecta ( a través de viales de medicación contaminados). Dichos patógenos de trasmisión hemática son asimismo causa de enfermedades que afectan al personal sanitario.

Las infecciones también pueden transmitirse por contaminación cruzada de las manos del personal sanitario, los medicamentos, el equipo médico y los dispositivos o las superficies del entorno.

Así las técnicas y los procedimientos de inyección apropiados contribuyen a la seguridad de los pacientes y de los profesionales sanitarios.

## ESTRATEGIAS DE PREVENCION

- ⇒ *ELIMINAR INYECCIONES INNECESARIAS*
- ⇒ *INMUNIZACIÓN DE PERSONAL SANITARIO*
- ⇒ *HIGIENE DE MANOS, BARRERAS DE PROTECCIÓN, MANIPULACIÓN MINIMA DE CORTOPUNZANTES*



## PRACTICAS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES

### Lo que debo hacer

LIMPIESE las manos ( con agua y jabón o con un preparado a base de alcohol); lávese meticulosamente, sin olvidar las muñecas y los espacios entre los dedos, durante al menos 30 segundos (siga las indicaciones de la OMS “ 5 momentos para la higiene de manos”

USE un par de guantes no estériles por procedimiento o paciente

USE un dispositivo de uso único para la recogida de muestras de sangre y la extracción de sangre

DESINFECTE la piel en el lugar de punción venosa

DESECHE de inmediato el dispositivo utilizado dentro de recipiente rígido para objetos corto punzantes

Cuando el reencapuchado de la aguja sea inevitable USE el método de encapuchado mono manual

SELLE el recipiente para objetos punzocortantes con una tapa inviolable

COLOQUE los tubos para muestra en una gradilla antes de perforar el tapón de goma para inyectar la muestra

COMINIQUE de inmediato cualquier incidente o accidente que comporte una lesión con una aguja o un objeto punzocortante y busque asistencia, instaure la profilaxis posterior a la exposición cuanto antes siguiendo los protocolos correspondientes.

### Lo que no debo hacer

NO se olvide de limpiar las manos

NO utilice el mismo par de guantes en mas de un paciente

NO lave los guantes para volver a utilizarlos

NO use la misma jeringa, aguja o lanceta mas de una vez

NO toque el lugar de la punción después de desinfectarlo

NO deje agujas desprotegidas fuera del recipiente para objetos cortopunzantes

NO vuelva a recubrir la aguja hipodérmica con el capuchón usando ambas manos

NO llene hasta el borde ni vuelque el recipiente para objetos punzocortantes

NO inyecte la muestra dentro del tubo de muestras mientras lo sostiene con la otra mano

NO demore la profilaxis después de una exposición a materiales potencialmente infecciosos. La profilaxis no es eficaz después de las 72 horas



## PRACTICAS DE SEGURIDAD

### GENERALES

HIGIENE DE MANOS

USO DE GUANTES

DESINFECCION DE PIEL



Elaborado por Lic. Enf. Noelia Sollmann según Carpeta de material sobre seguridad de las inyecciones y los procedimientos conexos. OMS/SIGN

# El tercer reto mundial por la seguridad del paciente: reducir los daños causados por los medicamentos

**Aziz Sheikh<sup>a</sup>, Neelam Dhingra-Kumar<sup>b</sup>, Edward Kelley<sup>b</sup>, Marie Paule Kieny<sup>c</sup> y Liam J Donaldson<sup>d</sup>**

a. Usher Institute of Population Health Sciences and Informatics, The University of Edinburgh, Teviot Place, Edimburgo, EH8 9D (Escocia).

b. Departamento de Prestación de Servicios y Seguridad, Organización Mundial de la Salud, Ginebra (Suiza).

c. Departamento de Sistemas de Salud e Innovación, Organización Mundial de la Salud, Ginebra (Suiza).

d. Department of Epidemiology and Public Health, London School of Hygiene & Department of Epidemiology and Public Health, Londres (Inglaterra).

Sírvase enviar la correspondencia a Aziz Sheikh (correo electrónico: [aziz.sheikh@ed.ac.uk](mailto:aziz.sheikh@ed.ac.uk)).

*Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 2017;95:546-546A. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.198002>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha anunciado la puesta en marcha del tercer reto mundial por la seguridad del paciente,<sup>1</sup> cuyo objetivo es, en cinco años, reducir en un 50% la carga mundial de efectos nocivos iatrogénicos causados por los medicamentos. La OMS aspira a conseguir un alcance y un impacto mundiales similares a los logrados en los dos anteriores retos mundiales: *Una atención más limpia es una atención más segura* y *La cirugía segura salva vidas*.<sup>2,3</sup>

En este tercer reto, cuyo título es *Medicación sin daños*, se invita a los ministros de salud a establecer planes nacionales que abarquen cuatro aspectos de la seguridad en el uso de los medicamentos: la participación de los pacientes y el público en general; los medicamentos como productos; la formación, capacitación y seguimiento de los profesionales sanitarios, y los sistemas y prácticas de la gestión de medicamentos. Además, la OMS debe utilizar su poder de convocatoria y de coordinación para impulsar una serie de medidas de alcance mundial relacionadas con la seguridad en el uso de los medicamentos.<sup>4</sup>

En el presente artículo nos centramos en tres áreas prioritarias de la seguridad en el uso de los medicamentos que

afectan en mayor grado a los pacientes, del mismo modo que la higiene de las manos y la lista de verificación de la seguridad de la cirugía se eligieron como lemas principales en los dos primeros retos. Estas tres áreas son: las situaciones de alto riesgo, la polimedición y las transiciones asistenciales. En cada una de ellas se producen numerosos daños a los pacientes y, por tanto, su gestión adecuada podría reducir este riesgo.

Hay algunas clases de medicamentos que pueden causar reacciones adversas con mayor facilidad: suelen ser los que tienen un índice terapéutico estrecho, lo cual significa que cometer un pequeño error de dosificación puede tener consecuencias catastróficas. Por ejemplo, el uso de warfarina como anticoagulante es una situación clínica de alto riesgo porque pueden producirse hemorragias cuando el índice internacional normalizado del paciente sea demasiado elevado, y trombosis cuando sea demasiado bajo.

La Comisión de Excelencia Clínica de Australia ha resumido las medicaciones de alto riesgo en el acrónimo «A PINCH»: **ant**infeciosos; **p**otasio y otros electrolitos; **i**nsulina; **n**arcóticos y otros sedantes; **q**uimioterápicos (*chemotherapeutic* en inglés) y otros

inmunosupresores, y heparina y anticoagulantes.<sup>5</sup> Sin embargo, esta clasificación no es exhaustiva; por ejemplo, hay otros medicamentos que conllevan riesgos para pacientes con enfermedades preexistentes, como la insuficiencia renal crónica.

Los investigadores se han centrado en determinadas clases de medicamentos importantes para elaborar intervenciones que reduzcan las lesiones causadas accidentalmente por su uso. En estas intervenciones se pueden utilizar soluciones para las que no se necesita mucha tecnología, como los diarios de medicación que deben rellenar los pacientes, o aprovechar las posibilidades de las tecnologías digitales, como los sistemas de apoyo a la toma de decisiones clínicas vinculados con las historias clínicas electrónicas.<sup>6</sup>

Hoy en día muchos pacientes deben tomar varios medicamentos, habida cuenta del aumento de la longevidad, del mayor acceso a un número más amplio de opciones terapéuticas y de que, con frecuencia, padecen más de una enfermedad. Por esta razón, la probabilidad de que se produzcan interacciones farmacéuticas es más elevada. Por otro lado, los pacientes de edad avanzada pueden encontrar más dificultades para cumplir con pautas

terapéuticas que son complejas, y ello podría conducir a errores en la toma de la medicación.

Se han realizado algunos avances para determinar cuáles son los antecedentes de tratamiento farmacológico y las combinaciones de fármacos particularmente problemáticos, con el fin de establecer distintos niveles de riesgo y también métodos para reducirlos, entre otros la supresión de algunos medicamentos prescritos, como se ha hecho en el Canadá<sup>8</sup> y en los Estados Unidos de América.<sup>9</sup> Sin embargo, estas iniciativas solucionan solamente una parte del problema de la polimedición.

La tercera área prioritaria es la reducción de los daños causados por los medicamentos durante las transiciones asistenciales<sup>9</sup>. Cuando, al trasladar a un paciente, no se comunica eficazmente la información relativa a los medicamentos o los factores de riesgo subyacentes, se pueden producir errores relacionados con la medicación. Esto puede ocurrir en traslados entre centros de salud (por ejemplo, de un centro de atención primaria a un hospital) o entre unidades de un mismo centro (por ejemplo, entre servicios de consultas externas de neumología y de cardiología).

Hay varias iniciativas encaminadas a mejorar la comunicación en estas transiciones: los procedimientos operativos normalizados para ayudar a conciliar la medicación, como el Proyecto «High 5s» de la OMS;<sup>10</sup> el examen por el farmacéutico de la medicación que toman los pacientes en el ingreso y el alta hospitalarios; un resumen de la historia clínica que incluya los principales diagnósticos, alergias y medicamentos, y los sistemas que permiten compartir aplicaciones basadas en internet e historias clínicas electrónicas.

Estas tres prioridades del tercer reto mundial por la seguridad del paciente no se excluyen mutuamente, ya que muchos pacientes están expuestos al riesgo combinado de las reacciones adversas, la polimedición y los errores en la comunicación. Los profesionales sanitarios deberían prestar especial atención a los pacientes que corren mayor riesgo de sufrir lesiones graves e incluso la muerte a causa de daños relacionados con el tratamiento farmacológico.

Para lograr mejoras en estas tres áreas es necesario que las instancias decisorias y los responsables de las autoridades sanitarias concedan prioridad a la seguridad en el uso de los medicamentos, tal y como hicieron en los dos primeros retos. Para ello deben comprender claramente el contexto en que los medicamentos pueden perjudicar a los pacientes en una amplia gama de entornos asistenciales. Hay varias medidas de aplicación para prevenir estos daños: la educación y el empoderamiento de los pacientes y sus cuidadores, la elaboración de herramientas de ayuda a los profesionales sanitarios que trabajan en primera línea y el diseño de nuevos sistemas de atención de más flexibilidad y resistencia frente a los factores que predisponen al riesgo de que se produzcan errores relacionados con la medicación.

### Bibliografía

1. [Patient safety. WHO global patient safety challenge: medication without harm. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/> \[consultado el 31 de mayo de 2017\].](http://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/)
2. [Una atención limpia es una atención más segura. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017. Disponible en: <http://www.who.int/gpsc/background/es/> \[consultado el 31 de mayo de 2017\].](http://www.who.int/gpsc/background/es/)
3. [La cirugía segura salva vidas. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008. Disponible en: \[http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl\\\_brochure\\\_spanish.pdf\]\(http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl\_brochure\_spanish.pdf\) \[consultado el 31 de mayo de 2017\].](#)

bra, Organización Mundial de la Salud, 2008. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl\\_brochure\\_spanish.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl_brochure_spanish.pdf) [consultado el 31 de mayo de 2017].

4. [Donaldson LJ, Kelley ET, Dhingra-Kumar N, Kieny MP, Sheikh A. Medication without harm: WHO's third global patient safety challenge. Lancet. 2017 Apr 29;389\(10080\):1680-1. \[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\\(17\\)31047-4\]\(http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31047-4\) pmid: 28463129](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31047-4)
5. [A PINCH. Haymarket: Clinical Excellence Commission; 2017. Disponible en: <http://www.cec.health.nsw.gov.au/patient-safety-programs/medication-safety/high-risk-medicines/A-PINCH> \[consultado el 31 de mayo de 2017\].](http://www.cec.health.nsw.gov.au/patient-safety-programs/medication-safety/high-risk-medicines/A-PINCH)
6. [Thomas SK, McDowell SE, Hodson J, Nwulu U, Howard RL, Avery AJ, et al. Developing consensus on hospital prescribing indicators of potential harms amenable to decision support. Br J Clin Pharmacol. 2013 Nov;76\(5\):797-809. <http://dx.doi.org/10.1111/bcp.12087> pmid: 23362926](http://dx.doi.org/10.1111/bcp.12087)
7. [Tannenbaum C, Farrell B, Shaw J, Morgan S, Trimble J, Currie J, et al. An ecological approach to reducing potentially inappropriate medication use: Canadian Deprescribing Network. Can J Aging. 2017 Mar;36\(1\):97-107. <http://dx.doi.org/10.1017/S0714980816000702> pmid: 28091333](http://dx.doi.org/10.1017/S0714980816000702)
8. [Tannenbaum C, Martin P, Tamblyn R, Benedetti A, Ahmed S. Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial. JAMA Intern Med. 2014 Jun;174\(6\):890-8. <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.949> pmid: 24733354](http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.949)
9. [Kwan JL, Lo L, Sampson M, Shojaia KG. Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: a systematic review. Ann Intern Med. 2013 Mar 5;158\(5 Pt 2\):397-403. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00006> pmid: 23460096](http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00006)
10. [Patient safety. High 5's: standard operating procedures. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/topics/high-5s/en/> \[consultado el 1 de junio de 2017\].](http://www.who.int/patientsafety/topics/high-5s/en/)



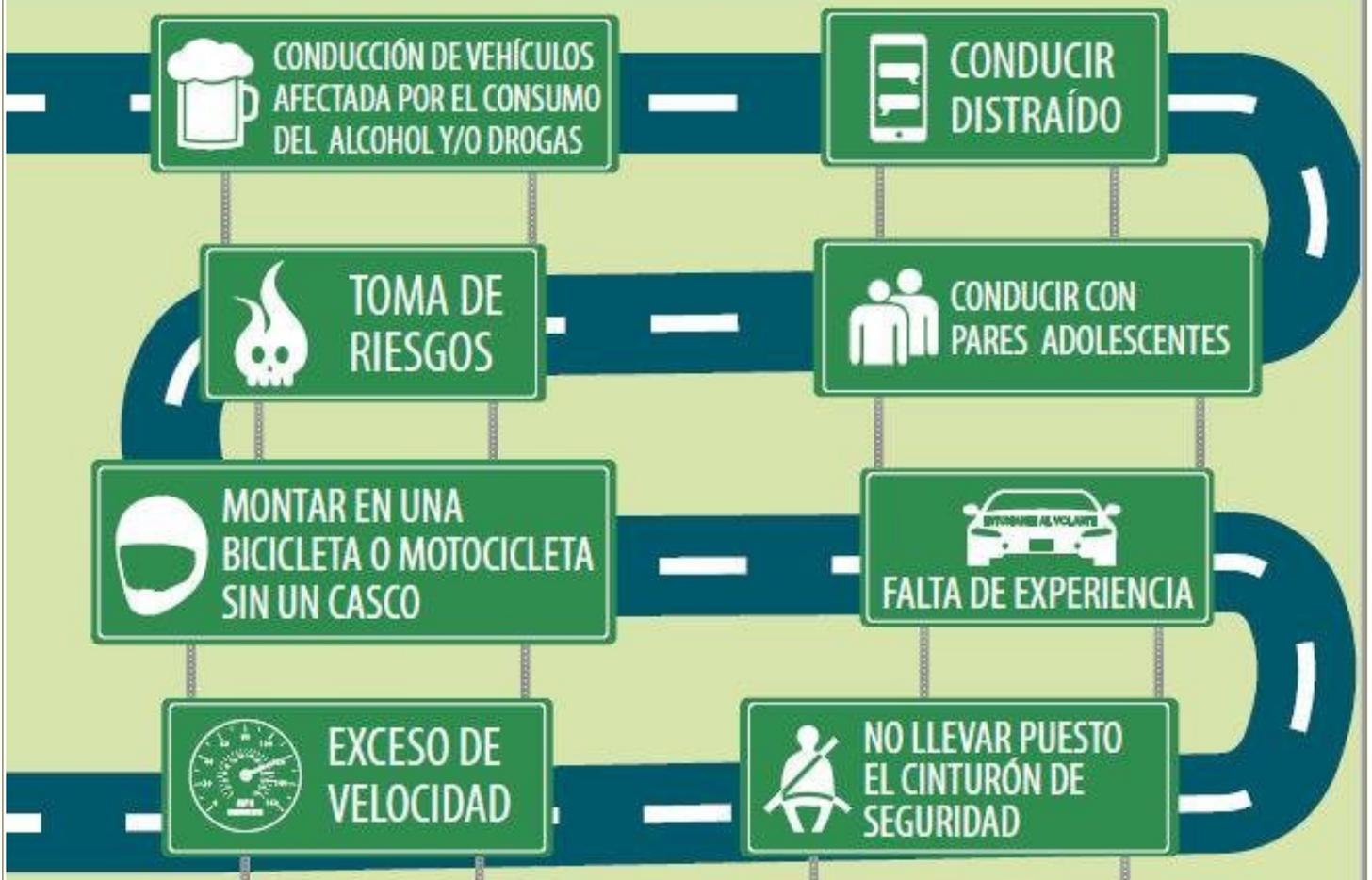
**COSEPA**  
**Boletín 14**  
**09/2017**



Comisión de Seguridad del Paciente y Prevención Del Error en Medicina  
[seguridadpaciente@comero.com.uy](mailto:seguridadpaciente@comero.com.uy) / [info@cosepa-comero.com](mailto:info@cosepa-comero.com)

# SINIESTRALIDAD VIAL

## FACTORES DE RIESGO



**COMERO**  
Comisión de Seguridad del Paciente

Empatía Humanismo Avance Seguridad Esperanza  
Colectivo Médico De Rocha  
Proceso Comisión De Seguridad Del Paciente  
Compromiso Entusiasmo Transparencia Responsabilidad  
Respeto Esperanza Eficiencia

**"Los chicos en el auto: Nunca en brazos... Siempre atrás y en su SRI (La sillita)"**

Uso del cinturón de seguridad en embarazadas

**SRI** Sistema de Retención Infantil

<b>Grupo 0</b> Hasta 10 Kg (6 meses)	<b>Grupo 0+</b> Hasta 13 Kg (12-15 meses)	<b>Grupo I</b> Desde 9 Kg hasta 18 Kg (9 meses - 4 años)	<b>Grupo II</b> Desde 15 Kg hasta 25 Kg (4 - 6 años)	<b>Grupo III</b> Desde 22 Kg hasta 36 Kg (6 - 12 años)
---	--	---	---	---

**cid** diseño - comunicación  
[www.mamasniñosseguros.com.ar](http://www.mamasniñosseguros.com.ar)