

Visión Informativa

EDICIÓN No. 11

Septiembre - Octubre de 2009

Una Publicación de FUNDACIÓN VISIÓN SALUD

Programas Institucionales De Seguridad al Paciente..... DEL DICHO AL HECHO.

Si hay algo contundente en nuestro sistema obligatorio de garantía de calidad en salud es la preocupación por el desarrollo de una serie de pautas y políticas que protejan al usuario cada vez más de la posibilidad de sufrir algún percance cuando llegue el momento de recibir un servicio de salud.

DEL DICHO.....

La evolución normativa ha hecho que dicha preocupación sea evidente. Analicemos ciertas características de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad en Salud. En el Sistema Único de Habilitación, se establecen una serie de condiciones por debajo de las cuales se considera no solo inadmisible sino de altísimo riesgo la prestación de un servicio de salud.

Si lo abordamos por un momento, no como una serie de elementos de obligatorio cumplimiento, sino como una ruta de prevención, nos damos cuenta que el primer nivel de inquietud son las competencias del recurso humano, asegurando unos niveles mínimos de formación, entrenamiento y habilidades. Posteriormente dichas

competencias requieren para poder ejercer adecuadamente el ejercicio y la prestación de los servicios, de unas condiciones de infraestructura y de dotación mínimas que respalden dicha gestión.

Luego viene la interacción de los elementos anteriores y como resultado de esta, la generación de conocimiento y el análisis, presente en la prestación de un servicio de salud y de la relación del personal asistencial con el usuario. Para esto se requiere una herramienta y unos procesos claros y pre-definidos que permitan no solo dejar memoria de dicho servicio, sino un medio de comunicación entre los diferentes miembros del equipo de salud y un respaldo científico del actuar de este equipo. Surge entonces

Continúa **Pág. 3**



Erick W. E. BAUSANO G.
Medico y Cirujano de la Escuela de medicina Juan N Corpas.

Especialista en:

"Sistemas de garantía de calidad y auditoria del sector salud.

"Gerencia de instituciones de Seguridad Social en Salud.

"Alta gerencia de instituciones de seguridad social.

Auditor Interno de Calidad.

Consultor Internacional

Certificado Bureau-Veritas (BVQI).

Investigador en Asuntos de Seguridad al Paciente.

erickbausano@hotmail.com

En Esta Edición:

- **E.S.E. Pasto Salud: Tres Años Brindando Calidad en Salud a Los Nariñenses**

Pág

2

Circulación Nacional

- **Educación médica y seguridad del paciente:
Una difícil y peligrosa intersección**

5



"Realizando Sueños de Vida"





E ditorial

Apreciado lector:

Como de costumbre es grato presentarles la edición número once de nuestro boletín informativo. Como siempre respondemos a las necesidades de nuestras instituciones y el entorno publicando temas de interés para todos.

En esta ocasión se publican dos didácticos artículos acerca de un tema que dará mucho de qué hablar en los próximos años: La Seguridad del Paciente en las instituciones. Para ello, dos invitados del más alto nivel que nos ilustrarán acerca del tema.

También y como invitado especialísimo la reseña del cumpleaños número tres de la ESE PASTO SALUD, institución que liderada por su Gerente el Doctor Edison Benavidez realiza una importante labor de servicio con calidad a todos los pastusos y nariñenses. Ojalá que sean muchísimos años más y que cada día la calidad sea mejor para que

esto redunde en la mejora de calidad de vida de sus usuarios y se cumpla de esta manera con la labor misional encomendada. A todos sus integrantes las mas sinceras "felicitaciones".

No podemos dejar de resaltar la labor desarrollada con ICONTEC en los Diplomados de Acreditación en Salud. Cinco diplomados en curso o terminados ratifican el éxito de la estrategia diseñada para llevar educación de alto nivel al suroccidente colombiano. Lo que viene, muchísimo mejor con este gran equipo conformado para bien de toda la institucionalidad y su talento humano.

Esperamos seguir contando con su apoyo para que esto se de y que cada día la Fundación se fortalezca para aportar al desarrollo institucional del sector en la región.

Weymar Fernando Muñoz Muñoz

E.S.E. Pasto Salud: Tres Años Brindando Calidad en Salud a Los Nariñenses "Felicitaciones"

La Empresa Social del Estado PASTO SALUD, celebró su tercer aniversario con actividad cultural, artística y las primeras olimpiadas deportivas, generando un ambiente laboral participativo que facilita el trabajo en equipo así como también el empoderamiento de procesos encaminados al logro de objetivos comunes, como cuidado la salud mental del cliente interno a través del programa de clima organizacional y cultura corporativa liderado por la oficina de talento humano con la participación de funcionarios y contratistas de la Empresa, en el marco de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad y del Modelo Estándar de Control Interno.



»» Visión Informativa

JUNTA DIRECTIVA

WEYMAR FERNANDO MUÑOZ MUÑOZ
Presidente

PAOLA ROCIO MUÑOZ MUÑOZ
Tesorera

MARIA RUTH TRUJILLO URRIAGO
Secretaria

IVAN DARIO GOMEZ GONZALEZ
Vocal

CONSULTORES

MIRYAM LILLIANA MUÑOZ MUÑOZ
ALVARO TORRES RODRIGUEZ
BETSY PAOLA RAMIREZ POTOSI
GABRIEL FERNANDO TORRES PRIETO
GUILLERMO PATIÑO FANDIÑO

INVITADOS

LUIS ANTONIO MUESES CORAL
ERICK W. E. BAUSANO G.
E.S.E. PASTO SALUD

Certificamos tuImagen

8758014

Neiva - Huila

Litocentral Ltda.
impresores & editores



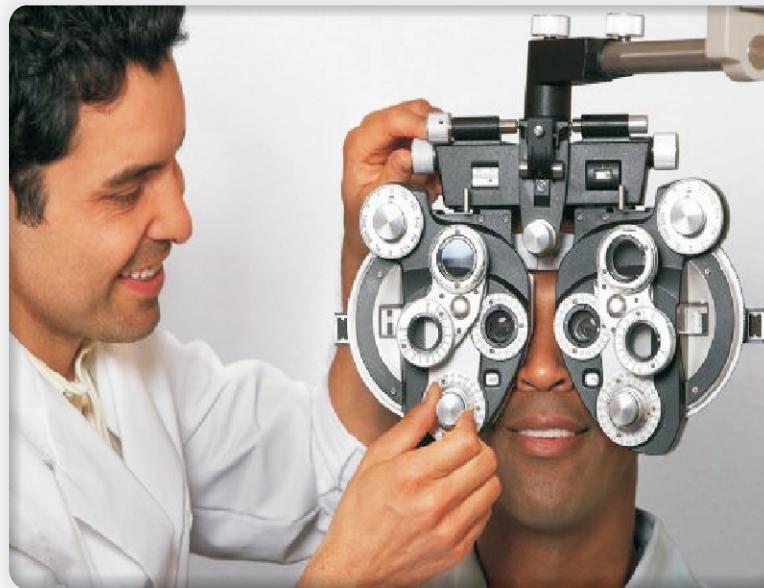
procesos para garantizar su adecuado manejo y un elemento principal de planeación, las guías de manejo.

La interacción anterior no puede dejar de lado uno de los principales insumos presentes en la prestación de servicios de salud como son los medicamentos y los dispositivos médicos. Estos elementos no solo deben estar presentes si no que se deben gestionar de una manera efectiva para que tanto el que preste el servicio, como el que lo recibe, tengan un alto nivel de certidumbre que dicho servicio cumple con elementos que garanticen un resultado favorable y esperado para el usuario.

Como se mencionó anteriormente cuando se hizo alusión al equipo de salud, es lógico pensar que en la prestación de un servicio de salud intervienen varios actores que de acuerdo con las necesidades que presente el usuario, deben actuar en conjunto y coordinadamente para minimizar cualquier riesgo que dicha interacción supone, ya sea por comunicación, por criterios, experiencia, multidisciplinariedad entre otros. Por tal motivo se establece la interdependencia de los servicios y la referencia y contra referencia, garantizando integralidad y complementariedad.

Todo lo anterior concluye en un gran elemento de la gestión asistencial como es el seguimiento a riesgos de la prestación de los servicios de salud. Debe suponerse que de la correcta y consciente aplicación e interacción de todos los componentes anteriores esta gestión de riesgo lleva gran parte su terreno ganado. Esto es así en la práctica?

Un segundo componente del sistema, es el sistema de información para la calidad. Si lo vemos con la misma óptica que he invitado a ver al Sistema Único de Habilitación como ruta de prevención, debemos suponer a este, como un conjunto de procedimientos encaminados a garantizar que la información es decir el resultado del análisis de datos, nos lleve por un lado a la reflexión para cuestionarnos y saber si lo que estamos haciendo lo estamos haciendo no solo bien sino conforme a lo que hemos planeado, y si la práctica adelantada hasta el momento es susceptible como de



hecho lo es, a ser mejorada, con el fin de optimar el resultado en salud orientado a los usuarios, y por otro lado a generar información a todos los clientes y actores del sistema, de la evolución y madures institucional alcanzada con la experiencia de la prestación, que les permita tomar decisiones sobre como planean tanto recibir el servicio, prestarlo o administrarlo en el futuro.

El tercer componente es la auditoria como herramienta para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Si lo vemos con enfoque de riesgo, este componente nos permite pensar en una manera nueva y mejorada de prestar y/o administrar los servicios de salud, tomando como base el conocimiento individual institucional, a través de un auto diagnóstico es decir, la identificación de los riesgos presentes que supone cada organización como elemento individual y cada punto del proceso de atención, la prestación propia del servicio, y el establecimiento a través de un enfoque multidisciplinario, de la planeación e implementación de una mejor manera y más segura de gestionar el día a día.

Por último y tal vez el más contundente el Sistema Único de Acreditación. Elemento que no es, a diferencia de los anteriores, obligatorio pero que su propia gestión, sobrepasa los niveles anteriores y es capaz de aglutinarlos y dinamizarlos. Este último componente lo podemos llamar la

conciencia del sistema ya que lleva a su máxima expresión la gestión del riesgo ubicándola en dos frentes de acción: por un lado hacia el mejoramiento que debe entenderse como una filosofía de empresa por tanto está dirigido a la creación de una cultura organizacional, y por otro, esforzándose a pensar en el objetivo central de la prestación de los servicios de salud que es el usuario de los mismos.

Creo que este último componente más que establecer un conjunto de estándares superiores de calidad, ha impulsado a que en Colombia y en los Países en donde se esté optando por este sistema, se cree una conciencia sobre la importancia de la incorporación dentro de la prestación, de una forma metodológica y segura de suministrarlos, para que sin ser un elemento ajeno al servicio, sea la forma ideal en que se brinden.

Si analizamos los antecedentes hasta aquí mencionados y los colocamos, como es mi intención, bajo un contexto de seguridad orientada al paciente, es claro que lo que el sistema, tácitamente y en el caso de la Acreditación específicamente ha planteado, es la gestión del riesgo a través de programas intra e interinstitucionales que permitan adelantar acciones en varias líneas para cumplir no solo con los objetivos y características que plantea el sistema si no con el hecho de recibir y garantizar dichos componentes en la prestación misma.

AL HECHO.....

Para dinamizar el enfoque anterior debemos partir de entender conceptos básicos como son programa y seguridad al paciente.

Se debe entender como programa, a la previa declaración de lo que se piensa hacer en relación con una materia u ocasión. Si el anterior concepto se expresa en el ámbito de salud, debe entenderse como el conjunto de acciones implementadas por un actor del sistema, encaminadas a mejorar las condiciones de la prestación de salud e incluso de la salud misma de una población objeto.

El establecimiento de un programa en el contexto de salud supone una serie de etapas que como mínimo deben incluir: Una introducción que establezca los antecedentes, los objetivos y misión del mismo; un diagnóstico de la situación actual que puede incluir en su formulación el análisis de programas adelantados con anterioridad en la institución; Un plan que instaure y recopile las acciones que se pretenden adelantar y una serie de metas a cumplir. Este plan tiene que incorporar un mecanismo que permita su evaluación e impacto frente a los objetivos propuestos y unas conclusiones que permitan el cierre de los ciclos adelantados, estableciendo los insumos para el mejoramiento de futuros planes con el mismo objetivo pero con acciones cada vez más contundentes y preventivas.

El segundo concepto al cual hago referencia es el de seguridad al paciente. Para este quiero basarme en el concepto establecido por la agencia para la calidad y la investigación en salud la cual la define como "El conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos".

Al entender este último concepto se concibe que la seguridad depende de múltiples factores como son: la estructura e infraestructura; los recursos; la gestión e interacción humana (Sistema único de Habilitación), la comunicación, el seguimiento a unos



parámetros o indicadores pre establecidos (sistema de información para la calidad) conciencia de las debilidades y la mentalidad de que puedan ser tomadas como oportunidades de mejoramiento (PAMEC) Y un enfoque a la creación de cultura orientada al usuario de los servicios (Sistema Único de Acreditación). Como es evidente nuevamente se ratifica que para pensar en seguridad al paciente es fundamental entender la interacción entre los diferentes componentes del sistema obligatorio de la calidad en salud.

Si aterrizamos el concepto de programa y de seguridad al paciente en una institución debemos entender como programa de seguridad al paciente, al conjunto de acciones y condiciones que garanticen que cualquier usuario que recibe un servicio de salud estará a salvo de riesgos innecesarios.

Para ello debemos plantear a través de un programa las acciones deliberadas y planeadas para cumplir con el objetivo de brindar según el concepto analizado, seguridad al paciente en el proceso de atención.

Para llevar a cabo el planteamiento anterior, debemos partir de la triada que supone la prestación de un servicio de salud y que se armoniza en el siguiente grafico:



Grafico#1. Triada en la prestación de servicios de salud.

De esta manera queda claro que las instituciones cuando mencionan tener un programa de seguridad al paciente, este no se suscribe a simplemente hacer seguimiento a unos indicadores de presencia de eventos adversos ya que esta actividad es solo una parte de lo que comprende todo el programa como tal.

Tomando como base a la información anterior y de acuerdo con los trabajos que he realizado, sugiero un modelo que permita a las organizaciones implementar un programa básico de inicio de

seguridad al paciente que incorpore sistemáticamente nuevos elementos como resultado de su evolución y gestión, que en primera instancia se enfoque en la triada descrita anteriormente e implemente líneas de acción en relación con cada uno de los componentes. Las líneas propuestas por el modelo son las siguientes:

LÍNEA DE PREVENCIÓN:

En esta línea sugiero que el programa establezca elementos que refuerzen la cultura organizacional de seguridad tanto para el cliente interno como el externo.

En esta línea se deben establecer las acciones encaminadas a la prevención de los elementos considerados como riesgos y que fueron analizados en la etapa de introducción y de diagnóstico que como vimos en párrafos anteriores, deben ser constitutivos del plan y abordados en la formulación del mismo. Dichos elementos deben considerar al cliente interno en lo referente a las circunstancias que potencialmente puede presentarse en la organización y que involucran riesgo para el personal tanto en el ejercicio de sus funciones como en el ambiente en el que se desarrollan. Así mismo en los potenciales riesgos orientados hacia el usuario en la prestación de los servicios propiamente dichos así como también en elementos de la infraestructura.

En este mismo sentido, el componente de educación debe de estar presente en esta línea, orientado a generar conciencia e información tanto a los clientes internos en la forma más adecuada y científicamente comprobada de hacer las cosas con base a conceptos de medicina basada en la evidencia, como al cliente externo, proporcionándole herramientas que lleven el auto cuidado y ayuden como parte de sus deberes, a retroalimentar a los miembros de la institución de posibles eventos que ellos desde la luz de cliente pueden percibir.

LÍNEA DE INTERVENCIÓN:

En esta, la organización plantea las acciones pertinentes para desarrollar un análisis de casos adversos presentes y las acciones encaminadas a mitigar y disminuir a la máxima expresión los riesgos

identificados, con el fin de reducirlos, retenerlos, compartirlos o darles tratamiento.

En esta línea se contempla la aplicación, cuando de eventos adversos se trata, de las metodologías necesarias de investigación para esclarecer las causas que llevaron a la aparición de dicho evento, generar un proceso de conocimiento alrededor del mismo y plantear acciones con el fin de evitar su recurrencia (acciones correctivas). Uno de los métodos más nombrados y útil, es el protocolo de Londres, en donde y desde el conocimiento de la organización y la cultura se identifican una serie de fallas latentes, para posteriormente analizar para el caso particular en investigación, los factores contributivos que originaron su aparición. Una vez establecido lo anterior la investigación debe identificar las acciones inseguras que originan el grupo de las fallas activas, para y por ultimo establecer las barreras que sean pertinentes y evitar recurrencias y aprender de los casos para que sirvan como punto de partida de nuevas políticas o acciones en la organización.

LÍNEA DE SEGUIMIENTO:

Esta plantea tal vez la acción más ejecutada por las instituciones como es el reporte a eventos presentados como adversos. Para ello las instituciones han basado el desarrollo de esta actividad en los indicadores propuestos tanto por el Ministerio de Protección Social como de la Superintendencia Nacional de salud. Pero el solo reporte no garantiza la seguridad de la atención. Acaso la totalidad organizaciones que reportan sus eventos los tienen controlados?. Se ha medido la cultura del reporte del evento dentro del cliente interno?

Estos interrogantes plantean la necesidad de no solo a este nivel, hacer la medición a través de indicadores que evidencien el comportamiento de la gestión asistencial en relación a los diferentes eventos presentados, si no el horizonte de impacto de las acciones planeadas deliberadamente por la organización para mitigar los riesgos en la prestación de los servicios. Es en esta línea en donde el aprendizaje es monitoreado y la comunicación inter e intra institucional constituyen en el principal elemento para la mejora.

Es indudable que las líneas propuestas no pueden verse como elementos aislados dentro de un

programa sino que deben verse de una manera sistemática garantizando la permanente interacción de sus componentes y facilitando la creación de procesos de retroalimentación que permitan el crecimiento, el aprendizaje, la mejora y la formación de cultura de riesgo en las organizaciones.



Grafico#2. Interacción de las líneas del programa de seguridad al paciente.

CONCLUSIONES:

A manera de conclusión se debe destacar el avance que nuestro sistema supone para la implementación de verdaderos programas de seguridad al paciente. De hecho los programas de seguridad al paciente son el resultado lógico y objetivo tácito del sistema de garantía de calidad en salud.

Es importante resaltar que se han hecho grandes esfuerzos por parte de las organizaciones para adelantar acciones orientadas a la seguridad al paciente, pero en su gran mayoría son, como mencioné acciones que de manera aislada pretenden impactar las condiciones de la prestación de los servicios de salud. Cuando hablamos de programas de seguridad al paciente hablamos más que de una serie de indicadores. Este es solo un componente, nos referimos a la gestión integral del riesgo.

Los indicadores de seguimiento a eventos adversos deben mostrar que su tendencia a la disminución o por lo menos del control del riesgo es el resultado de la planeación e implementación de una serie de actividades deliberadas adelantadas conscientemente por cada uno de los actores de la organización en especial al cuerpo asistencial.

Aquí el término sinergia adquiere relevancia ya que supone poner a funcionar armónicamente a un conjunto de elementos buscando desde diferentes puntos de vista, un gran objetivo común que es la seguridad y el mitigar riesgos en la prestación.



Educación médica y seguridad del paciente: Una difícil y peligrosa intersección

Título Original

Graduate Medical Education and Patient Safety: A Busy-and Occasionally Hazardous-Intersection
Kaveh G. Shojania, MD; Kathryn E. Fletcher, MD, MA; and Sanjay Saint, MD, MPH

Kaveh G. Shojania, MD; Kathryn E. Fletcher, MD, MA; and Sanjay Saint, MD, MPH



Traducción y aproximación:

Luis Antonio Mueses Coral
Ingeniero Industrial y de sistemas,
Esp. En Gerencia y Auditoria de la
Calidad en Salud, profesional de
Educación y desarrollo
de ICONTEC

Fuente de Internet:
<http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/>
Lugar de investigación: The Ottawa
Hospital-Civic Campus, 1053
Carling Avenue, Room C403, Box
693, Ottawa K1Y 4E9, Ontario,
Canada.

Seguridad del Paciente

Hoy en día el término seguridad del paciente, ha empezado a tomar fuerza en el vocabulario asistencialista, pero más que una moda se ha convertido en una necesidad diaria para referirse a la importancia que representa cada actividad médica asistencialista e incluso administrativa cuando de por medio está la vida del paciente, mas aun cuando sabemos que los riesgos en salud son inherentes al ambiente hospitalario. El objetivo de este artículo es reflexionar sobre la importancia de la dimensión ética especialmente en el personal de atención médica quien debe aprender a ver, resaltar y contener los riesgos para brindar una atención médica más segura y de mayor calidad.

El presente **caso clínico** pretende ilustrar de manera cronológica un evento adverso generado en una paciente que ingresa a un hospital universitario, con un leve episodio de pancreatitis aguda la cual

inicialmente mejora, pero posteriormente su condición se deteriora y finalmente muere.

El deterioro inicial probablemente se debió a una obstrucción intestinal como lo mostro una radiografía abdominal que el interno de turno olvido revisar. La tardanza del diagnóstico se agudizo por la pobre comunicación, lo que ocasionó que un estudiante de medicina insertara un tubo alimenticio en vez de un tubo nasogástrico para descomprimir el intestino.

Este caso pone de manifiesto un problema habitual en los centros médicos académicos y muestra la importancia de los problemas de comunicación lo que ocasiona que los médicos fallen en supervisar, generando a su vez que los estudiantes entren en un círculo vicioso ya que tampoco aprenden a supervisar sino cuando el tiempo lo permite y no cuando realmente es requerido, el hecho de no pedir ayuda, entre otras causas, se unieron para contribuir en la muerte de la paciente.

Sumario del caso:

Entra una mujer de 88 años a un hospital universitario con un caso de pancreatitis leve.

El resultado: la muerte de la paciente, sus causas: demora en el diagnóstico, falla en comunicación y fallas en la supervisión de estudiantes

Este caso, pone de relieve los peligros de entregas de pacientes así como la importancia de técnicas de comunicación clara y saber cuando pedir ayuda.

El caso:

La señora tenía historia de hipertensión y angina. Se despertó a la media noche con vomito y dolor epigástrico, su nivel de serum lipase estaba sustancialmente elevado a 2000 U/L. Fue admitida con un diagnóstico de pancreatitis aguda y se le prescribió descansar el intestino, fluidos intravenosos, y pequeñas dosis de morfina.

Al día siguiente el dolor había disminuido y los niveles de serum lipase bajaron a 136 U/L., así que su dieta avanzó. Al día tres después del desayuno el dolor aumento de nuevo, se le dieron líquidos intravenosos de nuevo y cero comida, el dolor disminuyó y el equipo la puso en dieta líquida. El día 4 antes del primer fin de semana, la paciente perdió el apetito, el interno se preocupó en saber si el abdomen se había distendido, pero no encontró nada grave o raro. En las rondas de la tarde el doctor de turno se encontró con que quería mas opiniones así que reunió al equipo al lado de la cama; el doctor notó que el abdomen estaba protuberante y firme así que le ordenó al interno que revise los niveles de serum lipase y le ordenó una ecografía del estomago, recomendando que si había obstrucción debía ponerse un tubo nasogástrico de succión.

Efectos del fin de semana:

El manejo inicial de la paciente muestra que se

actúa de acuerdo a los síntomas que se revelan clínicamente y pueden afectar el tratamiento final, no se consideran mas diagnósticos aun cuando existe alguna evidencia de que no es conforme el diagnóstico. El médico evitó esta posible falla cuando se dio cuenta que el curso de la paciente había cambiado y pidió mas opiniones, además instruyó al equipo cuando los reunió y participaron de la experiencia del diagnóstico y evaluación. Esto pasó antes del primer fin de semana del año académico, cuando se da el fenómeno de julio en el que hay mas complicaciones por la entrada de nuevos estudiantes a entrenamiento.

El caso continua:

Los resultados de serum lipase S.L. salieron del laboratorio en la tarde del viernes y mostraron todo normal. Las radiografías de abdomen se tomaron a las 4.30 pero no se revelaron.

Las decisiones en este Hospital no se hacían en equipo, un interno recibía la instrucción de cada equipo medico, un residente quedaba siempre disponible en caso de que los internos necesitarán su ayuda y también para ver a los pacientes en el departamento de urgencias.

El médico que llegó el sábado en la mañana preguntó por las radiografías, el jefe de residentes que estuvo de turno el viernes en la noche dijo haber olvidado revelarlas. Después de entregar a los pacientes al siguiente turno, las

reveló con el radiólogo quien detectó pequeñas masas en el intestino grueso y delgado, y aire en el intestino delgado consistente con obstrucción, llamó al médico de turno del sábado quien estaba ocupado viendo a los pacientes de urgencias, preguntó si la señora estaba estable y el doctor del turno de viernes en la noche dijo que sí a lo que él respondió que se asegure que la enfermera introduzca un tubo nasogástrico y que si la enfermera no lo podía hacer, que lo hiciera él mismo.

El médico de turno de sábado encontró al especialista de turno quien estaba de salida así que preguntó por el estado de la señora, y el médico dijo que estaba bien y que el interno de turno o el estudiante que estuviera de turno pondría el tubo. Le dijo al residente que le dijera a quien fuera que pusiese el tubo que lo contacte si el paciente empeoraba más que el día anterior y se fue.

Haber olvidado revelar las radiografías puede ser considerado como el fenómeno de julio pero cosas como esta pueden suceder en todos los niveles que representan problemas de memoria y no fallas en el conocimiento o aptitud.

Sistemas de pasar revista y firmar solucionan el problema de memorizar. Un hospital lo computarizo y unió la información de historia clínica con las cosas por hacer de residentes e internos. La tecnología de información también es una solución a estos problemas, sin embargo no solucionan el problema de deficiencia en la comunicación. Es muy importante tener formatos estandarizados de

las cosas por hacer para evitar errores como por ejemplo que la información se pierda o modifique de una persona a otra. Los planes deben ser revisados.

El caso continua:

Un estudiante de cuarto año se ofreció a insertar el tubo porque quería aprender. La enfermera decidió enseñarle. La enfermera pensó que un tubo alimenticio era lo que se había solicitado y el estudiante no notó la diferencia. A la una pm la enfermera llamó al interno de turno porque la paciente había empeorado. El médico encontró a la señora con taquicardia, hipertensión, saturación de oxígeno, etc.



tenía pacientes por ver en urgencias y otras ocupaciones así que solo podía reunirse de manera muy rápida con el residente. El residente tenía nuevas consultas así que confió en las llamadas a los internos, los internos tenían tantos pacientes que dejaron que la enfermera supervisara al estudiante de medicina para que lo hiciera.

Existen muchas amenazas en cuanto a la enseñanza dadas por el corto tiempo que se le puede dedicar a la educación. Muchos residentes son excelentes médicos pero malos supervisores, ellos preferirían hacer el trabajo por si mismos. Aprendemos dos cosas de los buenos profesores: el contenido de lo que enseñan y sus métodos de enseñanza. Así que cuando los médicos hacen todo ellos mismos, los que se entrena pierden autonomía y además pierden el método de supervisión.

La tensión entre servicio y supervisión:

Se debe mostrar la importancia de que el método **repit back** o repetir lo dicho anteriormente cuando se dan instrucciones por vía telefónica. Y también que se considere la razón por la cual la acción se toma es decir por qué un tubo nasogástrico?, Hacer que el interno **repita lo que tiene que hacer** y porqué motivo. Las técnicas de supervisión necesitan ser revisadas. Existen problemas en que la supervisión se realice en niveles, alguien supervisa a alguien quien a su vez lo hace a alguien etc.

El servicio clínico requiere la habilidad de supervisar en cada una de las escalas o niveles de la jerarquía. El medico de turno



Regresó el doctor y vio que no había mejoría, la enfermera se dio cuenta de que había conectado mal el tubo. Dejó otras órdenes a la enfermera pero ésta lo contactó mas tarde diciéndole que el paciente había empeorado, el médico a cargo y el jefe de residentes discutieron el caso y decidieron pasar a la señora a una unidad de



Viene Pag. 6 monitoreo (UCI) y contactar a su esposo. El se sorprendió pues después de estar tan bien su esposa iba a morir, sin embargo expresó entender que los pacientes tenían complicaciones en ocasiones y le informó que su esposa había decidido no ser resucitada en caso de empeorar.

SABER CUANDO PEDIR AYUDA, SIN SENTIRSE RECHAZADO:

En este caso como en muchos otros la característica es que hay un error tras otro. Tanto problemas como comunicación, poca experiencia y falta de supervisión muestran que el problema más grande es no saber cuándo es necesario pedir ayuda.

Los médicos deben reconocer cuando pedir a colegas y médicos de otras especialidades una segunda opinión. Un factor que hace que no se busque la ayuda necesaria es la sobrecarga de trabajo, creando el ambiente de que quien llama por ayuda no es bienvenido, también las jerarquías de cargo hacen que la gente se rehúse a pedir ayuda a sus superiores. Algunos internos no saben cuando pedir ayuda pero el problema radica en que los supervisores no se dan cuenta de cuando se les está pidiendo ayuda y qué sucede del hecho de no haber tenido modelos de supervisión. Cuando se tiene poca experiencia en supervisión efectiva es casi imposible desarrollar la habilidad de detectar cuando alguien necesita ayuda.

Este caso también muestra el problema de que los médicos dieron por hecho que la condición de la paciente había deteriorado por los errores causados durante su hospitalización y no consideraron que la paciente hubiese empeorado por otras causas y necesitaba ser examinada de nuevo para establecer cuál era su condición.

La reducción en las horas de trabajo de los médicos durante sus turnos ha mejorado la calidad de vida de estos pero la incidencia de este hecho en la seguridad del paciente y



en los resultados de la educación aún no es clara, dado que entre menos horas trabajan, tienen más pacientes por atender por hora y de esta manera el trabajo les genera más estrés, peor aún, si no se cuenta con sistemas de información eficientes, que disminuyan el riesgo de ocurrencia de eventos adversos como el del presente caso.

Logros a largo plazo deben incluir un cambio en los modelos de educación y supervisión. Ya no estamos en tiempos de aprender de nuestros errores. Se debe buscar un sistema en que los médicos que están a cargo de supervisar, asuman de manera responsable sus responsabilidades mientras preserven suficiente autonomía intelectual a quienes se entrena, de la misma manera debemos dejar atrás la cultura de que son fuertes aquellos residentes que actúan solos y llaman débiles a quienes no lo hacen, impidiendo que estos aprendan cuando debe pedir ayuda.

La respuesta de la institución:

Este caso fue expuesto en una conferencia de servicio médico. Las rondas (paso de revista) de médicos se enfocan en calidad y seguridad para el paciente, sin embargo no cuentan con un mecanismo efectivo

muchos hospitales no cuentan con ningún mecanismo para colaborar a internos y residentes después de cometer un error grande, a pesar del impacto psicológico que estos puedan tener, además se debe educar a los médicos acerca de cómo dar ayuda los residentes e internos en caso de que tengan que informar a los pacientes de errores mayores cometidos por ellos y de cómo actuar después de los errores.

Conclusión:

En resumen este caso resalta los problemas de la educación médica en los centros de atención médica: una actividad o una tarea olvidada, una supervisión poco óptima, no buscar ayuda cuando se requiere, sobrecarga de trabajo individual, todo esto pudo haber llevado a la muerte de la paciente. Si por los menos una de estas falencias hubiese sido manejada de manera apropiada el resultado pudo haber sido diferente. La importancia de este caso está en el potencial de mejora: mejores sistemas de información, mejores prácticas de comunicación, y modelos de entrenamiento que coordinen una supervisión efectiva con un servicio clínico directo y que a la vez mantengan la autonomía de quienes se entrena. Estas mejoras no solo van a redundar en el bienestar de los pacientes sino que también beneficiaran generaciones de pacientes a través del efecto múltiple de la relación de supervisión-entrenamiento.



ASESORES INTEGRALES en CALIDAD

"Realizando Sueños de Vida"

- ACREDITACIÓN EN SALUD
- AUDITORÍA DE CALIDAD
- NTCGP1000: 2004
- MECI 1000:2005
- GESTIÓN AMBIENTAL
- SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL



"Realizando Sueños de Vida"

*"Con Calidad le Cumplimos
al Suroccidente Colombiano"*



**ICONTEC
INTERNATIONAL**



Graduación Primer Diplomado "Acreditación en Salud" Pitalito - Huila



Primer Diplomado "Acreditación en Salud" Puerto Asís - Putumayo



Primer Diplomado "Acreditación en Salud" Florencia - Caquetá

DIPLOMADO "ACREDITACIÓN EN SALUD"

Neiva - Huila

**SEPTIEMBRE 25
SEGUNDA PROMOCIÓN**

7 MÓDULOS - 112 HORAS

**DIPLOMADO PARA
IMPLEMENTAR LOS
ESTÁNDARES DE
ACREDITACIÓN EN IPS
HOSPITALARIAS CON
SERVICIOS AMBULATORIOS**

- GENERALIDADES DE LA ACREDITACIÓN
- ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA
- ESTÁNDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN
- ESTÁNDARES DE GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS
- ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO Y GESTIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA
- ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
- AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN

**INFORMES
E INSCRIPCIONES**

Calle 21B No. 51A-60 Telefax: 8774844
Cel: 311 2518595 - 313 6522822 - 311 2360652
funvisionsalud@gmail.com - weymarf@gmail.com
Neiva | Huila | Colombia