

CUIDADOS CENTRADOS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Luluaga,S; Baricco, L; Ungherini, M; Viejobueno,C; Cordoba Guerrero,M
Consultorio de Cardiología, turno tarde
Centro de Salud Municipal Dr. Ramón Carrillo Yerba Buena Tucumán

Introducción:

En una organización, a la seguridad se la considera como la suma de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el estilo, la competencia y el compromiso de la gestión de la seguridad en una organización.

Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua, que comparten la percepción de la importancia de la seguridad y confían en la eficacia de las acciones preventivas. Tanto las personas como las organizaciones son capaces de reconocer errores, aprender de ellos, y evitar provocar los incidentes. (1) (2) (3) (4)

Metas y beneficios esperados del desarrollo de una cultura de seguridad

- La reducción en la recurrencia y severidad de los incidentes
- La reducción del daño físico y psicológico que los pacientes puedan sufrir
- La mejora en la gestión de recursos
- La reducción de los costos financieros y sociales que pueden provocar los incidentes

Objetivo general:

Disponer/validar un instrumento para identificar y medir la cultura de la seguridad del paciente.

Objetivo específico:

Evaluar la seguridad del paciente en nuestro Centro de Salud

Material y Método

Estudio observacional - descriptivo. Se utilizó un cuestionario validado administrado a profesionales médicos del Centro Asistencial Ramón Carrillo Yerba Buena Tucumán, utilizando la técnica de Focus Group.

El personal entrevistado llevaba en el 60% de los casos mas de 11 años trabajando en la Institución y mas de 30 horas semanales.

Instrumento

1. Seguridad y calidad
2. Problemas con intercambio de información
3. Comunicación y seguimiento
4. Trabajando en mi Centro de Salud
5. Contención Institucional Apoyo y Liderazgo
6. Trabajando en esta Institución
7. ¿Como valora la calidad en su Institución?



El instrumento de medición fue útil para medir el grado de conocimiento sobre cultura de seguridad y también para evaluar la seguridad del paciente.

Globalmente, el 60% de los entrevistados calificó de aceptable el sistema y los procedimientos clínicos que el Centro de Salud ha puesto en marcha para prevenir, detectar, y corregir problemas que potencialmente puedan afectar a los pacientes.

Puntos a resolver

La digitalización de las HC

Mayor disponibilidad de turnos médicos

Mejor comunicación con los otros hospitales de cabecera, fundamentalmente a la hora de derivar pacientes.

Mayor disponibilidad de fármacos avalados por Medicina basada en Evidencia.

Posibilidad de tener dosaje de función tiroidea dada la prevalencia de hipotiroidismo en nuestra área, dosaje de ionograma, dada la prevalencia de hipertensos y diabéticos entre nuestros pacientes.

Estimular la formación continua entre los profesionales de la salud de nuestro centro medico, fundamentalmente entrenamiento en guardia sobre RCP básico y avanzado y técnicas de intubación.

Mejorar el clima laboral, con mayor libertad a la hora de mostrar desacuerdo, sentirse mas apoyado y con mas capacitaciones en la seguridad y calidad de la atención, con presencia de lideres en esta área.

Estimular las reuniones mensuales del personal para escuchar las dificultades y tratar de consensuar soluciones

Mejorar la calidad de atención, saliendo de la mirada exclusivamente científica y ampliándola a una asistencia mas equitativa, atendiendo las necesidades, valores y preferencias del paciente y mejorando los tiempos de espera para ser atendido



Bibliografía

1. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Changes to definition of reviewable sentinel events. Jt Comm Perspect. 2005; p. 25(3):7.

2. National Patient Safety Foundation. RCA2 Improving Root Cause Analyses and Actions to Prevent Harm. Second Online Publication, Version 2. The Joint Commission, 2016. [Online].

3. WHO Guidelines for Safe Surgery. [Online]; 2009..

4. J. R. Human error: models and management. BMJ. 2000; 320: p. 768-70.

