

Diagnóstico de situación de seguridad del paciente en Argentina. Estudio transversal

The current status of patient safety in Argentina: Cross sectional study

Dra. Lucrecia Arpi^{a,b}, Dr. Néstor D. Panattieri^{a,c}, Farm. Cristina Godio^{a,d},
Dra. Verónica Sabio Paz^{a,e} y Dra. Nora Dackiewicz^{a,b}

RESUMEN

Introducción. La seguridad de los pacientes es un objetivo prioritario de las organizaciones de salud.

Objetivo. Conocer las actitudes, prácticas y condiciones de seguridad del paciente pediátrico en Argentina.

Material y métodos. La Subcomisión de Calidad y Seguridad del Paciente de la Sociedad Argentina de Pediatría y Programa Nacional de Actualización Pediátrica elaboraron una encuesta sobre seguridad del paciente y prevención de errores (datos poblacionales, 9 dimensiones para internación, 5 para atención ambulatoria). El instrumento fue enviado a los alumnos de Programa Nacional de Actualización Pediátrica 2013, distribuidos en todo el país.

Resultados. Encuesta administrada a 7438 alumnos; respondida por 6424 (86%). Población: edad: 42% de 30 a 40 años. Mujeres: 80%. Residencia/concurrencia en Pediatría: 83%. Formación en seguridad del paciente: 30%.

Internación: 15% respondió que la institución donde trabajaba tenía Comité de Seguridad. El 74% carecía de sistemas de reporte de eventos; 70% no tenía identificación de pacientes; 32% debía prescribir según vademécum; 27% tenía programas de control de infecciones; 28% aplicaba la lista de verificación quirúrgica.

Ambulatorio: 62% respondió que había lavatorios; 56%, que había jabón; y 63%, gel alcohólico disponible. El 70% contestó que los niños con enfermedades exantemáticas esperaban en lugares comunes.

Conclusión. Este trabajo muestra que gran parte de los pediatras argentinos encuestados trabaja en condiciones en las que no se prioriza la seguridad del paciente, tanto en pediatría ambulatoria como de internación.

Palabras clave: encuesta, seguridad del paciente, diagnóstico de situación, pediatría.

ABSTRACT

Background. Patient safety is a priority for healthcare organizations. For the PRONAP's 2013 final exam, the Quality & Patient Safety Subcommittee and the PRONAP managers designed a survey to be answered by pediatrician

students nationwide. It was destined to evaluate attitudes, practices and safety conditions in which they worked.

Aim. To assess the current state of practices in patient safety.

Material and methods. Setting and sample: PRONAP students (7,438 pediatrician nationwide) who answered 2013 final exam. Instrument: Patient Safety Survey about pediatric inpatient (9 domains) and outpatient (5 domains) practices, and population data.

Results. Patient Safety Survey: 6424 answered (86%). Population: age: 42% 30-40 years. Women: 80%. Residence in Pediatrics: 83%. Patient safety training: 30%. geographical origin: all provinces and CABA.

Inpatient practices: 15% answered their institution had Patient Safety Committee. 74% of institutions did not have event reporting systems, 70% didn't have a patient's identification system. 32% answered that drug prescription should be done upon vademecum at their institution, and 27% had infection's control programs, 28% performed surgical checklist in operating room and 55% had a standardized patient hand-off. Outpatient practices: 62% said they had washbasins, 56% had soap available, and 63% alcohol gel. 70% answered children with a supposed infectious rash did not wait his turn separately.

This study shows that most pediatricians in Argentine work without prioritizing patient safety, both in ambulatory and inpatient practice.

Key words: survey, patient safety, situational diagnosis, pediatrics.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.82>

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es un problema prioritario de salud pública. En los últimos 20 años, se reconoció la alta morbilidad causada por fallas en la atención. El informe

- Subcomisión Calidad y Seguridad del Paciente.
- Hospital de Pediatría Garrahan.
- Hospital Universitario Austral.
- Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.
- Hospital Alemán.
- Dirección Programa Nacional de Actualización Pediátrica (PRONAP).
- PRONAP.

Correspondencia:
Dra. Lucrecia Arpi:
lucreciaarpi@hotmail.com

Financiamiento:
Ninguno.

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar.

Recibido: 29-12-2015
Aceptado: 24-8-2016

Colaboradores: Dra. María Luisa Ageitos^f, Lic. Amanda Galli^g, Lic. Claudia Castro^h y Dra. Virginia Orazi^h

“Errar es humano” fue un hito en el tema, al develar que el número de pacientes internados en EE.UU. que morían por causa de errores en la atención se asemejaba a la caída de un *jumbo* por semana.¹ A partir de este informe, se consideró cada vez más la importancia de la seguridad del paciente y tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS)²⁻⁴ como las más importantes organizaciones mundiales ligadas a la atención de la salud pusieron el tema en primer plano.

Las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente son un conjunto de objetivos acordados entre la OMS y la Joint Commission International^{5,6} con el fin de reducir los eventos más frecuentes en la asistencia de la salud.

Hay, actualmente, un gran caudal de información sobre los aspectos esenciales del camino de la mejora de la seguridad. Existe amplia evidencia sobre la efectividad de estrategias de bajo costo para ello.⁷⁻⁹

Sin embargo, no disponemos de estudios que expresen el alcance del cumplimiento de estas recomendaciones en nuestro país.

El Programa Nacional de Actualización Pediátrica (PRONAP) es un programa de educación a distancia de posgrado, dictado por la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) desde 1993 con el propósito de contribuir a la salud materno-infantil. Cursado anualmente por alrededor de 7000 pediatras de todo el país que trabajan en todos los niveles de atención, acompañó el movimiento internacional sobre el tema e incorporó contenidos sobre seguridad en la atención y prevención de errores.

En el marco de la SAP, la Subcomisión de Calidad en Salud y Seguridad del Paciente (creada en 2012), en conjunto con PRONAP, realizaron un trabajo colaborativo para obtener información diagnóstica que permitiera priorizar estrategias en el tema.

Objetivo: conocer las actitudes, prácticas y condiciones de seguridad del paciente pediátrico en Argentina.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Estudio descriptivo analítico de corte transversal. Por tratarse de respuestas categóricas, las variables se analizaron mediante medidas de distribución de frecuencia.

Población

Los pediatras alumnos del PRONAP realizan anualmente un trabajo en terreno, imprescindible

para aprobar el curso. En 2013, consistió en responder la “Encuesta sobre seguridad del paciente y prevención de errores”.

Instrumento

Encuesta elaborada por la Subcomisión de Calidad en Salud y Seguridad del Paciente, y modificada en sucesivas reuniones con la dirección y el equipo docente del PRONAP.

Se evaluaron 4 aspectos:

1. Datos personales.
2. Datos de la institución/lugar de trabajo.
3. Prácticas sobre seguridad en internación.
4. Prácticas ambulatorias en seguridad.

Se confeccionó un cuestionario electrónico, que fue enviado y respondido vía web, con 40 preguntas de tipo opción múltiple con cuatro opciones: 10 referidas a datos personales y de la institución en que trabajaban, 15 referidas a prácticas en internación y 15 referidas a prácticas en atención ambulatoria. Para internación, se tomó como referencia el *Análisis de la implementación de la estrategia para la seguridad del paciente en el Sistema Sanitario Público Andaluz 2006-2010*,¹⁰ modificado para adaptarlo a nuestro medio. Los aspectos relacionados con prácticas ambulatorias fueron elaborados por los autores.

TABLA 1. Procedencia de los encuestados. N: 6424

Provincias	Número
Buenos Aires	2221
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1531
Santa Fe	485
Córdoba	275
Tucumán	232
Mendoza	197
Entre Ríos	172
Neuquén	123
Río Negro	122
Salta	119
Chubut	118
San Juan	110
Corrientes	83
Jujuy	82
San Luis	71
Misiones	70
Chaco	69
Tierra del Fuego	60
Catamarca	54
Santa Cruz	52
Santiago del Estero	48
La Pampa	46
La Rioja	44
Formosa	40

Se realizaron varias instancias de corrección de la encuesta. En la última etapa, se administró a 20 residentes y concurrentes de diferentes regiones, que no hallaron dificultades para responder (*Instructivo y Encuesta: Anexo 1 en formato electrónico*).

RESULTADOS

Datos personales

Encuesta administrada a 7438 alumnos y respondida por 6424 (86%); 42% tenía entre 30 y 40 años; 25%, entre 41 y 50; y 25%, más de 50; 6% tenía menos de 30 años; 80% eran mujeres; 83% había completado la residencia o concurrencia en Pediatría; 78% tenía título o certificado de especialista (27% otorgado por la SAP; 10%, por una Universidad; y 40%, por otros: ministerio, colegio médico). Los encuestados representaban las 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (*Tabla 1*).

El 60% no tenía formación sobre seguridad en la atención ni prevención de errores; 96% consideraba que lo aprendido en el capítulo "Prevención de errores en internación" (PRONAP 2013) podía contribuir a aplicar mejoras en su trabajo.

Características de las instituciones de salud

El 57% de los pediatras trabajaban en instituciones públicas; 20%, en instituciones privadas; y 17%, en ambas; 3% trabajaba exclusivamente en instituciones de la seguridad social.

El 88% trabajaba en instituciones de salud; 11% solo se desempeñaba en consultorio.

El 48% de las instituciones tenían consultorios, Servicio de Urgencias, Internación y Unidad de Terapia Intensiva (UTI); 33%, consultorios, Servicio de Urgencias e Internación; 9%, consultorios y Servicio de Urgencias; y 9%, solo consultorios.

El 70% de las instituciones atendía más de 1000 consultas mensuales; 20%, de 500 a 1000; y 9%, menos de 500.

De las instituciones con internación, 53% tenía de 50 a 300 egresos mensuales; 27%, menos de 50; y 20%, más de 300.

Existencia de Comités de Seguridad o Gestión de Riesgos

El 15% de las instituciones tenía algún grupo o comité que abordaba temas de seguridad del paciente; 13% tenía algún grupo que funcionaba

TABLA 2. Características de las instituciones

1. Instituciones con estrategias o programas específicos para mejorar la seguridad	%
No	57
No responde	15
Uno	20
Dos o más	8
2. Instituciones que tienen identificación de los pacientes (fuera de Neonatología)	
No	60
No responde	13
Uso menor del 50%	8
Sí	19
3. Instituciones en las que un vademécum establece medicamentos, dosis, vías de administración, dilución y ritmo de infusión	
No	58
No responde	14
Puede obviarse con autorización	15
Sí	13
4. Instituciones con programas específicos para disminuir infecciones nosocomiales	
No	36
No responde	16
Cumplimiento irregular	25
Sí	23
5. Instituciones que aplican la lista de verificación de la OMS en cirugía	
No	43
No responde	26
No hay cirugía	15
Sí	16

de manera asistemática, ante incidentes graves; y 71% no tenía ningún grupo abocado al tema.

Educación continua sobre seguridad de pacientes

El 71% de las instituciones no realizaba ninguna actividad (charlas, cursos, planes de mejora, trabajos) sobre seguridad del paciente o lo hacían esporádicamente; 19% realizaba alguna actividad una vez al año; y 10% realizaba, al menos, tres actividades al año.

Sistema de notificación de incidentes de seguridad

El 61% de las instituciones no tenía ningún sistema de registro de eventos de seguridad; 13%, algún sistema muy poco aplicado; y 9%, un sistema aplicado habitualmente.

Programas de mejoras de seguridad.

En la *Tabla 2*, se observa el porcentaje de instituciones con estrategias o programas específicos para mejorar la seguridad, aquellas que tienen identificación de pacientes (exceptuando Neonatología), en las que un vademécum establece medicamentos, dosis, vías de administración, dilución y ritmo de infusión, las que cuentan con programas específicos para disminuir infecciones nosocomiales y las que aplican la lista de verificación de la OMS en cirugía.

El 16% respondió que sus instituciones no tenían reglas para la prescripción de medicamentos; 31%, que, en sus instituciones, había hasta tres medidas preventivas de errores de prescripción (obligación de fecha, hora, identificación del paciente, tipo de letra, nombre de la droga, abreviaturas, unidades, vía, intervalo, firma y sello); 44% refirió que había, al menos, cuatro medidas; y solamente 9% respondió que las indicaciones eran revisadas por un farmacéutico o estaban informatizadas.

En relación con la preparación y administración de medicación, se investigó la individualización de envases con aspecto o nombre similar, la identificación del paciente en envases de medicación parenteral, las alertas en medicación de alto riesgo, la preparación en la farmacia, las jeringas específicas para insulina y la existencia de una única concentración de electrolitos disponible. El 35% respondió que no se cumplía ninguna de esas medidas; 41%, que se cumplían tres o menos; y solo 24%, que se cumplían, al menos, cuatro.

Sistemas de control de infecciones asociadas al cuidado de la salud

En cuanto a la prevención de infecciones asociadas a dispositivos invasivos, 55% respondió que no se aplicaban medidas de prevención, que se empleaban irregularmente o que solo se aplicaban algunas; 45% respondió que se utilizaban, al menos, 4 medidas de prevención.

En relación con la información al paciente y a su familia sobre prevención de infecciones hospitalarias, 28% respondió que no había una política al respecto; 29%, que se comunicaban entre 1 y 3 medidas; y 43%, que se aconsejaban 4 o más.

Prevención de caídas en internación

El 56% respondió que se habían implementado 4 o más medidas.

Comunicación y transferencia de pacientes

En cuanto al traspaso de información entre los médicos, 55% respondió que siempre había un pase con todos los datos importantes; 45% no lo tenía o no siempre se cumplía o quedaban datos importantes sin comunicar.

Respecto a la comunicación con enfermería, 70% respondió que no había un pase o que no siempre se cumplía o quedaban datos importantes sin comunicar.

Prácticas de seguridad en consultorios

Lavado de manos

El 62% respondió que había lavatorios; 56% contestó que había jabón disponible; y 63%, que había alcohol en gel. El 13% dijo que no siempre se lavaba las manos o se higienizaba con alcohol en gel; 26%, que lo hacía antes de revisar a cada paciente; y 60%, antes y después.

Prevención de infecciones

El 61% respondió que no había un espacio ni un horario diferenciado para atender a recién nacidos; 70% expresó que, si consultaba un niño con enfermedad exantemática, esperaba junto a los otros niños.

Utilización de guías clínicas para las enfermedades prevalentes

El 27% indicaba líquidos diferentes a las sales de la OMS para prevenir la deshidratación en menores de tres años con gastroenteritis; 13% decidía basándose en su experiencia personal.

El 79% de los encuestados respondió que, en el consultorio en el que trabajaba, no había material

escrito sobre prevención en salud diseñado específicamente para entregar a los padres (lactancia, alimentación, vacunas, prevención de accidentes, desarrollo normal).

El 94% dijo dar las indicaciones de tratamiento en forma oral y escrita; 63% dijo informar siempre o casi siempre sobre los efectos adversos de los medicamentos.

Comunicación médico-familia

En cuanto a la necesidad de asegurarse de que los padres comprendían las indicaciones, 6% respondió que les explicaban claramente; 8%, que, según los padres, veía si era necesario; 64% preguntaba si habían comprendido; y 22% pedía que repitieran la indicación.

Comunicación con otros profesionales

Para solicitar una interconsulta, 88% se comunicaba con un colega o entregaba a los padres un resumen; en caso de que debieran internar a un paciente, 82% gestionaba la cama.

Es llamativa la observación de que la respuesta "sí" alcanza, en la mayoría de los dominios, un máximo de 23%, y, si se suman "sí" y "a veces", alcanzan apenas el 40% de las respuestas. En cambio, la suma del "no" y "no contesta" supera el 50% de las respuestas.

DISCUSIÓN

Con el objetivo de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, es crítico incrementar la seguridad para proporcionar mejor atención a nuestros pacientes y disminuir la incidencia de daños. Actualmente, se reconoce que la cultura de una organización tiene un impacto tangible en los procesos de seguridad y sus resultados sobre los pacientes.^{11,12}

Las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente acordadas entre la OMS y la Joint Commission International^{5,6} con el fin de reducir los eventos más frecuentes en la asistencia de la salud son:

1. Identificar correctamente a los pacientes.
2. Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales de la salud.
3. Mejorar la seguridad de medicamentos de alto riesgo.
4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica.
6. Reducir el riesgo de caídas.

Para mejorar la seguridad, entre las estrategias con mayor efectividad, fuertemente recomendadas, se hallan:⁷⁻⁹

- Higiene de manos.
- Lista de verificación quirúrgica.
- Lista para no usar abreviaturas peligrosas.
- Intervenciones para reducir el uso de catéteres urinarios.
- Paquetes de medidas para la prevención de infecciones asociadas a catéteres.
- Paquetes de medidas para reducir neumonías asociadas al respirador.
- Intervenciones para reducir úlceras por presión.
- Precauciones de barrera para reducir infecciones asociadas al cuidado de la salud.

La mayoría de estas medidas no son costosas y las dificultades en su aplicación son, principalmente, ideológicas y culturales, ya que implican cambios en las conductas y los procesos.

Más del 70% de los profesionales trabaja en instituciones que no tienen ningún grupo que aborde temas de seguridad, no realizan ninguna actividad de difusión específica en el equipo de salud, no tienen ningún sistema de registro de incidentes ni programas para disminuir infecciones hospitalarias. De los que trabajan en instituciones con internación, más del 70% no tiene sistematizada la identificación de pacientes. Más del 70% de los que trabajan en instituciones que realizan cirugías responden que no se aplica la lista de verificación de la OMS. El 70% de las instituciones no ha implementado estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes, no existe un vademécum o se admite que los profesionales realicen prescripciones sin considerarlo.

Con respecto a la comunicación entre profesionales, 45% no hace pase o no siempre se cumple o quedan datos importantes sin comunicar.¹³

El 79% de los encuestados responde que, en el consultorio, no hay material escrito disponible sobre prevención en salud. Solo 63% dice informar siempre o casi siempre sobre los efectos adversos de medicamentos y vacunas.

Estas respuestas nos enfrentan con una realidad que dista de ser ideal: en nuestro país, no está afianzada la cultura del cuidado de la seguridad del paciente y la mayoría de las instituciones ni siquiera ha comenzado el camino para mejorar la seguridad.

Si comparamos nuestros resultados con los *Indicadores de seguridad del paciente. Andalucía*

2013,¹⁴ vemos que la brecha es enorme: allí 96% de los hospitales dispone de comisiones de seguridad; 96% ha diseñado planes de mejora; 82% realiza actividades de formación específica; 96% tiene sistemas de notificación de incidentes; 85% dispone de un sistema de identificación de pacientes; en 87% de los pacientes intervenidos en cirugías programadas, se aplica el listado de verificación de seguridad quirúrgica; 99% de las camas tienen preparados de base alcohólica; 96% se ha incorporado a la iniciativa Manos Seguras; 85% implementa políticas de gestión de riesgos asociados a medicamentos de nombre o aspecto parecidos; 89% tiene estandarizada la comunicación durante el traspaso de pacientes.

El *Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización, ENEAS 2005* (España)¹⁵ e *IBEAS, Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica*¹⁶ (5 países de Latinoamérica, entre los que se incluye Argentina, 2009), ambos multicéntricos, mostraron que el punto de partida en cuanto a la incidencia y prevalencia de eventos adversos era similar. Estos estudios descriptivos de un corte transversal de historias clínicas mostraron realidades semejantes.

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía diseñó y puso en marcha la Estrategia para la Seguridad del Paciente en 2006 y la evolución de los indicadores muestra una mejoría notable en pocos años.¹⁷

Este trabajo constituye el primero que se hace en Argentina para conocer las condiciones de seguridad en la atención pediátrica.

Tiene como fortalezas el elevado número muestral, el hecho de que esta población representa cerca del 50% de los pediatras argentinos,¹⁸ el alto porcentaje de respuesta (86%) y la distribución de la población en todo el país.

Una posible limitación de este estudio radica en que la población de pediatras encuestados respondió en el marco de un programa de educación. No obstante, consideramos que puede contribuir a elaborar una estrategia diagnóstica a nivel nacional, tomando el ejemplo de España.

Los datos obtenidos en este trabajo pueden ayudar a priorizar las áreas por mejorar, evaluar su preparación, los facilitadores y las barreras para el cambio, y a monitorear los cambios en el tiempo. El conocimiento del estado de situación permitirá iniciar debates para programar los esfuerzos de mejora.¹⁹

Teniendo en cuenta que es fundamental la preocupación por la seguridad con el fin de ahorrar sufrimientos innecesarios al paciente y

a su familia, y que la mayoría de las barreras de seguridad no requieren grandes inversiones, sino una transformación cultural, el cambio en nuestro medio es posible y depende de tomar la decisión y comenzar a trabajar.

Los pediatras, por nuestro compromiso natural con el futuro, hemos sido motores de cambio en la instalación de medidas preventivas para el cuidado de la salud, por lo que, seguramente, estaremos dispuestos a emprender el camino de la seguridad en la atención del paciente.

Si bien los comportamientos suelen ser difíciles de modificar –hasta hace 25 años, algunos profesionales fumaban durante la consulta médica y, excepcionalmente, se utilizaban guantes para autoprotección–, cuando existe convicción y las autoridades se comprometen, el cambio es posible.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pediatras de las diferentes regiones de nuestro país trabaja en condiciones en las que no se prioriza la seguridad del paciente, en todos los aspectos explorados, como identificación de pacientes, prevención de infecciones, seguridad de medicamentos, cirugía, estandarización de tratamientos (guías clínicas). Esto sucede tanto en medicina ambulatoria como de internación.

Agradecimientos

A los miembros de PRONAP (médicas, pedagogas y personal administrativo) por su valiosa colaboración para la realización del estudio. ■

REFERENCIAS

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press; 1999. [Acceso: 25 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.nap.edu/books/0309068371/html>.
2. Alianza mundial para la seguridad del paciente. *La investigación en seguridad del paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura*. Francia: OMS, 2008. [Acceso: 25 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf
3. WHO. *Temas de salud. Seguridad del paciente*. [Acceso: 25 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/topics/patient_safety/es/.
4. Organización Panamericana de la Salud. *Seguridad del paciente*. [Acceso: 25 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1530&Itemid=157&lang=es.
5. The Joint Commission. *National Patient Safety Goals. 2016 National patient safety goals*. [Acceso: 25 de agosto de 2016]. Disponible en: https://www.jointcommission.org/assets/docu/2016/06/npsg_2016.pdf.

- 2016]. Disponible en: http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx.
6. Joint Commission, Joint Commission International, World Health Organization. Soluciones para la Seguridad del Paciente, mayo de 2007. [Acceso: 25 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>.
 7. National Quality Forum (NQF). Safe Practices for Better Healthcare-2010 Update: A Consensus Report. Washington, DC: NQF, 2010. [Acceso: 25 de agosto de 2016]. Disponible en: https://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe_Practices_for_Better_Healthcare_%E2%80%932010_Update.aspx.
 8. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015. [Acceso: 25 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/recursos/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>.
 9. Steering Committee on Quality Improvement and Management and Committee on Hospital Care. Policy statement—principles of pediatric patient safety: reducing harm due to medical care. *Pediatrics* 2011;127(6):1199-210.
 10. Análisis de la implementación de la estrategia para la seguridad del paciente en el SSPA 2006-2010. Sevilla: Consejería de Salud, 2011. [Acceso: 25 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Anxalisis_implementacionn_ESP_2006-2010.pdf.
 11. CPSI-ICSP. Patientsafetyculture. [Acceso: 25 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/PatientSafetyIncidentManagementToolkit/PatientSafetyManagement/pages/patient-safety-culture.aspx>.
 12. Institute for Healthcare Improvement. Develop a culture of safety. [Acceso: 25 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.ihf.org/resources/Pages/Changes/DevelopaCultureofSafety.aspx>.
 13. Belziti C, Eymann A, Durante E, Pizarro R, et al. Comunicación en el pase de guardia en las áreas de cuidados intensivos en un hospital universitario. Estudio transversal. *Arch Argent Pediatr* 2014;112(2):119-23.
 14. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Informe de resultados. Indicadores de seguridad del paciente. Andalucía 2013. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2015 Feb. Report No.: IR 2015/1. [Acceso: 25 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/.content/descargas/estrategia_seguridad/indicadores_seguridad_paciente_andalucia_2013.pdf.
 15. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización: ENEAS 2005. Informe. Febrero 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006. [Acceso: 25 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf.
 16. Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010. [Acceso: 25 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/observatoriodecalidad/files/2014/06/INFORME_IBEAS1.pdf
 17. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, Consejería de Salud. Informe de resultados. Indicadores de seguridad del paciente. Andalucía 2014. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2015 Feb. Report No.: IR 2015/2. [Acceso: 25 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/informe/2015/T2/IMG/principal/Informe_indicadores_seguridad_paciente_2014.pdf.
 18. Encuesta a pediatras de todo el país revela exceso de trabajo y pocas mujeres en posiciones jerárquicas. Buenos Aires: SAP, UNICEF, 2012. [Consulta: 25 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/media_23114.htm.
 19. Fajardo Dolci G, Meljem Moctezuma J, Rodríguez Suárez J, Zavala Villavicencio J, et al. Recomendaciones para prevenir el error médico, la mala práctica y la responsabilidad profesional. *Rev CONAMED* 2012;17(1):30-43.

Anexo 1

Instructivo para el trabajo en terreno del Programa Nacional de Actualización Pediátrica 2013

El trabajo en terreno tiene como objeto relevar el desarrollo de la cultura de la seguridad en la atención del paciente en los lugares en los que trabajan los alumnos del PRONAP y estimular la reflexión de cada uno sobre su ámbito laboral.

Esta encuesta no tiene respuestas correctas. De ninguna manera, intentamos juzgar su desempeño profesional, sino conocer la realidad y, con datos que revelen la verdad de lo que ocurre en la atención directa de los pacientes, promover una reflexión profunda que sirva de puntapié inicial para comenzar el camino hacia una atención más segura y orientar futuros temas en el PRONAP que contribuyan a mejorar la calidad de la atención.

Solo se darán a conocer resultados globales, lo que garantiza la confidencialidad de sus respuestas. Por todo lo antedicho, esperamos que usted responda con la mayor sinceridad posible, teniendo en cuenta que, solo si tenemos datos confiables, podremos trabajar mancomunadamente para mejorar la seguridad de nuestros pacientes.

Debido a que el PRONAP llega a pediatras de todo el país que trabajan en condiciones muy diversas, y para asegurar que todos queden incluidos y puedan responder, hemos dividido la encuesta en dos partes. La primera solo puede ser respondida por quienes trabajen en una institución de salud y la segunda puede ser respondida por todos.

Para esta encuesta, consideramos instituciones aquellos centros de salud que tienen una organización formal, con un fin y una estructura jerárquica definidos. Una institución puede ser pública o privada y puede tener solo atención ambulatoria o contar también con internación. Por ejemplo, si varios pediatras trabajan en un lugar común pero cada uno de ellos atiende de manera independiente y toma sus propias decisiones según su buen saber y entender, consideramos que no se trata de una institución. Aun cuando haya alguien que dirija o coordine la parte administrativa y/o financiera, no lo consideraremos funcionalmente una institución.

En cambio, si varios profesionales comparten un lugar de atención, pero tienen, además, un fin común formalmente enunciado, un superior designado que coordina y supervisa la tarea asistencial, y algún tipo de normas o criterios de atención que todos deben respetar, consideramos que se trata de una institución.

Intrucciones:

A partir de este año, usted tendrá que completar este trabajo en terreno en la web de manera segura, sencilla y rápida. Esto le permitirá ahorrar papel y el costo del franqueo del envío.

LAS INSTRUCCIONES PARA EL ENVÍO *ON LINE* SE ENCUENTRAN EN EL "PRONAP INFORMA" DEL MÓDULO 4; POR FAVOR, CONSÚLTELAS ANTES DE COMENZAR A COMPLETAR LOS INSTRUMENTOS.

Tenga en cuenta que los datos, una vez enviados, no podrán ser modificados. Es por eso por lo que le pedimos que preste atención a sus contestaciones.

Si usted tiene imposibilidad de contestar *on line*, solicite por *mail* o teléfono el envío del formulario inteligente.

PRONAP 2013 • TRABAJO EN TERRENO

Encuesta de seguridad del paciente y prevención de errores

1. ¿Cuál es su edad?
 - a) Menos de 30 años.
 - b) Entre 30 y 40 años.
 - c) Entre 41 y 50 años.
 - d) Más de 50 años.

2. Sexo
 - a) Femenino.
 - b) Masculino.

3. ¿Realizó residencia o concurrencia en Pediatría?
 - a) No.
 - b) Sí, la completé.
 - c) Sí, la estoy haciendo actualmente.
 - d) Comencé, pero no la completé.

4. La institución de salud donde usted trabaja y sobre la cual responderá la encuesta es:
 - a) Pública.
 - b) Privada (incluye prepagos y hospitales de comunidad).
 - c) Depende de la seguridad social (sanatorios de obra social, PAMI, PROFE).
 - d) Mixta (pública y privada).

5. ¿Tiene certificado/título de especialista en Pediatría?
 - a) No.
 - b) Sí, otorgado por la SAP.
 - c) Sí, otorgado por una Universidad.
 - d) Sí, otorgado por ministerio (nación, provincia), colegio médico u otros.

6. Además de leer los módulos del PRONAP sobre errores frecuentes en consultorio e internación, ¿ha leído otros artículos o ha asistido a clases, charlas o actividades sobre seguridad o prevención de errores en la atención del paciente?
 - a) No.
 - b) Sobre algún error en particular, pero no centrado en la prevención o la seguridad.
 - c) Sí, a partir del interés que me despertó el capítulo de errores.
 - d) Sí, independientemente del PRONAP.

7. Teniendo en cuenta lo desarrollado en el capítulo de errores en internación, ¿cree usted que se puede aplicar en su trabajo alguna mejora en la seguridad del paciente?
 - a) No.
 - b) Sí.

Si usted trabaja en una institución de salud, conteste todas las preguntas siguientes sobre la organización en la que trabaja. Si solo trabaja en un consultorio que no depende de ninguna institución, pase a la pregunta 26.

8. La institución en la que trabaja tiene:
 - a) Solo consultorios de atención programada.
 - b) Consultorios y Servicio de Urgencias.
 - c) Consultorios, Servicio de Urgencias e Internación.
 - d) Consultorios, Servicio de Urgencias, Internación y Terapia Intensiva.

9. En la institución donde trabaja, ¿cuántas consultas pediátricas en total (guardia y consultorios) se atienden por mes, aproximadamente? (Considerando el promedio anual, si no puede conseguir este dato, promedie los resultados de enero y julio de 2013).
- Menos de 500.
 - Entre 500 y 1000.
 - Entre 1001 y 2000.
 - Más de 2000.
10. Si tiene camas de internación pediátrica, ¿cuántas altas se dan por mes, aproximadamente? (Considerando el promedio anual, si no puede conseguir este dato, promedie los resultados de enero y julio de 2013).
- La institución no tiene camas de internación.
 - Menos de 50 altas.
 - Entre 51 y 300 altas.
 - Más de 300 altas.
11. En la institución, ¿hay algún grupo, comisión o comité que aborde temas relacionados con la seguridad del paciente?
- No.
 - Se está trabajando para su conformación.
 - Funciona de manera asistemática, cuando ocurre un incidente grave.
 - Sí, se reúne regularmente.
12. En la institución, ¿se realizan actividades con el equipo de salud para mejorar la seguridad del paciente (cursos, charlas, trabajos de investigación, planes de mejora)?
- Nunca.
 - Esporádicamente.
 - Frecuentemente (por lo menos, una vez al año).
 - Siempre (hay 3 o más por año).
13. ¿Existe algún sistema de registro, reporte o notificación de incidentes en la seguridad de los pacientes (errores, accidentes, eventos adversos)?
- No.
 - Se está trabajando para implementarlo.
 - Hay un sistema de registro, pero se usa muy poco.
 - Hay un sistema de registro, que se usa en forma habitual.
14. ¿Se ha implementado alguna estrategia o programa específico para mejorar la seguridad del paciente? Por ej.: prevención de caídas, infecciones, escaras, errores en la comunicación, medicación, indicaciones para el domicilio o cirugía.
- No.
 - Se está trabajando en este sentido.
 - Hay alguna estrategia y/o programa en funcionamiento.
 - Hay, al menos, dos estrategias y/o programas en funcionamiento.
15. ¿Se ha implementado algún sistema formal de identificación de pacientes en internación NO neonatológica (por ejemplo, pulseras)?
- No.
 - Sí, pero se usa poco (marque esta opción si cree que se usa en menos del 50%).
 - Sí, se usa siempre o casi siempre.
 - No hay internación.

16. Para la indicación de medicaciones, ¿existe un vademécum que establece qué medicación puede usarse, la dosis, la vía de administración, la dilución y el ritmo de infusión?

- a) No.
- b) Hay un vademécum, pero también pueden usarse medicaciones que no figuran o variar las dosis, vías, diluciones o ritmos de infusión según el criterio del médico.
- c) Sí, hay un vademécum. Puede indicarse medicación por fuera de este o variar dosis, vías, diluciones y ritmos con una autorización especial de la autoridad institucional.
- d) Sí, hay un vademécum y solo puede usarse la medicación que allí figura y en las dosis, vías, diluciones y ritmos que allí se indican.

17. En relación con la prevención de errores en la prescripción de medicación, ¿se ha implementado alguna de las siguientes medidas? Por ej.: indicaciones con fecha, hora e identificación del paciente, impresas o en imprenta mayúscula, nombre genérico de la droga, sin abreviaturas, obligación de reescribirlas completamente cada día, dosis con especificación de unidades (mg, g, UI, mEq, NO mililitros, ampollas o comprimidos), vía de administración, intervalo, firma y sello del médico. Si usted trabaja en un centro de atención ambulatoria, recuerde que debe incluir vacunas, antitéticos, antieméticos, analgésicos, antibióticos, salbutamol, corticoides, sales de rehidratación, etc.

- a) No.
- b) Hay algunas medidas implementadas (entre 1 y 3).
- c) Sí, casi todas las medidas mencionadas se han implementado (4 o más).
- d) Además de todas las medidas, las indicaciones están informatizadas y/o son revisadas por el farmacéutico.

18. En relación con la prevención de errores en la administración de medicación, ¿se ha implementado alguna de las siguientes medidas? Por ejemplo: identificación de envases de medicamentos con aspecto similar o nombres parecidos, identificación de la medicación parenteral con el nombre del paciente, alertas para medicación de alto riesgo, solo una concentración de electrolitos disponible, preparación de antibióticos en la farmacia, jeringas para diferente cantidad de unidades de insulina.

- a) No.
- b) Se está trabajando para implementarlo.
- c) Hay algunas medidas implementadas (entre 1 y 3).
- d) Sí, casi todas las medidas mencionadas se han implementado (4 o más).

19. ¿Hay algún programa específico para disminuir la infección intrahospitalaria? Recuerde que se incluye cualquier infección adquirida en una institución de salud, no solo las del paciente internado.

- a) No.
- b) Se está trabajando en su implementación.
- c) Existe un programa que se cumple de manera irregular.
- d) Existe un programa y se evalúa regularmente su cumplimiento.

20. ¿Se aplican medidas de prevención tendientes a evitar infecciones asociadas a dispositivos invasivos? Por ej.: solo colocar sondas, vías de acceso venoso o catéteres cuando son indispensables, retirarlas lo más precozmente posible (nunca dejar "por las dudas"), normalización del intervalo y la forma de curación, rotular el día y la hora de curación, usar sistemas de drenaje cerrados (bolsa colectora de orina), acceso a la vía endovenosa a través de tapones que se limpian previamente con alcohol o llaves (nunca pinchando el *sachet* de suero).

- a) No.
- b) Se aplican en forma irregular.
- c) Hay algunas medidas implementadas (entre 1 y 3).
- d) Sí, casi todas las medidas mencionadas se han implementado (4 o más).

21. ¿Se aplica rutinariamente alguna medida de educación en prevención para que los propios pacientes y sus padres se protejan de la infección nosocomial? Por ej.: lavado de manos cada vez que entran a la habitación, al salir del baño y antes de comer; no guardar alimentos; mantener limpia la cama/cuna y el entorno del paciente; no tener contacto físico con otros pacientes; no compartir mate o utensilios.

- a) No.
- b) Depende de la iniciativa del profesional que atiende al paciente.
- c) Hay algunas medidas implementadas (entre 1 y 3).
- d) Sí, casi todas las medidas mencionadas se han implementado (4 o más).

22. ¿Se utiliza la lista de verificación de la OMS como barrera de seguridad en cirugía?

- a) No.
- b) Se está trabajando para su implementación.
- c) Siempre se aplica la lista de verificación de la OMS en forma correcta.
- d) No hay cirugías.

23. Si hay internación, ¿se aplican medidas de prevención de caídas? Por ej.: cunas con barandas adecuadas para todos los menores de cuatro años, camas con barandas para los niños mayores con compromiso neurológico, camillas con barandas para los traslados dentro de la institución, sillas de ruedas con sujeción.

- a) No.
- b) Se está trabajando para su implementación.
- c) Hay algunas medidas implementadas (entre 1 y 3).
- d) Sí, casi todas las medidas mencionadas se han implementado (4 o más).

24. ¿Se ha implementado un sistema de comunicación formal (pase) entre los distintos turnos médicos (planta-guardia o guardia-guardia) que ayude a disminuir errores en la atención de los pacientes?

- a) No.
- b) Hay un pase, pero no siempre se cumple.
- c) Siempre hay un pase, pero, a veces, quedan datos importantes sin comunicar.
- d) Siempre hay un pase de todos los datos importantes.

25. ¿Se ha implementado un sistema de comunicación entre los médicos y los distintos turnos de enfermería (pase) que ayude a disminuir el riesgo de errores en la atención de los pacientes?

- a) No.
- b) Hay un pase, pero no siempre se cumple en todos los turnos.
- c) Siempre hay un pase, pero, a veces, quedan datos importantes sin comunicar.
- d) Siempre hay un pase de todos los datos importantes.

Si usted trabaja en un consultorio que no cumple los criterios mencionados al inicio para considerarlo una institución, conteste a partir de aquí. Si trabaja en una institución, continúe respondiendo sobre su trabajo en ella.

26. ¿Hay lavatorios accesibles y que funcionen correctamente para lavarse las manos antes de revisar a cada paciente?

- a) No.
- b) A veces.
- c) Casi siempre.
- d) Siempre.

27. ¿Hay jabón líquido o descartable (puede ser jabón cortado en pequeños trozos) disponible para el lavado de manos antes de revisar a cada paciente?
- No.
 - A veces.
 - Casi siempre.
 - Siempre.
28. ¿Hay alcohol en gel disponible para la higiene de manos antes de revisar a cada paciente?
- No.
 - A veces.
 - Casi siempre.
 - Siempre.
29. ¿Cuándo se lava las manos o se las higieniza con alcohol en gel?
- A veces, dependiendo de cada paciente.
 - Siempre que considera que hay riesgo de infección.
 - Siempre, antes de revisar a cada paciente.
 - Siempre, antes y después de revisar a cada paciente.
30. En los consultorios, ¿hay algún lugar o un horario diferenciado para la atención de recién nacidos sanos para control en salud de manera que no tengan contacto con niños enfermos?
- No.
 - A veces.
 - Casi siempre.
 - Siempre.
31. Cuando consulta un niño con una enfermedad exantemática, ¿hay alguien entrenado para separarlo o citarlo fuera de horario y evitar el contagio a otros niños?
- No.
 - A veces.
 - Casi siempre.
 - Siempre.
32. En niños menores de tres años con gastroenteritis aguda, normohidratados o muy levemente deshidratados, ¿qué líquido indica con más frecuencia para prevenir la deshidratación?
- Seven Up o bebida similar sin gas.
 - Agua o jugo de manzana sin azúcar.
 - Gatorade o similar.
 - Sales de la OMS.
33. ¿En qué basa su elección?
- Experiencia personal.
 - Información brindada por laboratorios.
 - Información obtenida en clases, reuniones con colegas, eventos científicos.
 - Guías, normas o publicaciones científicas.
34. Cuando aparece alguna nueva vacuna, ¿qué criterio utiliza para comenzar a indicarla a sus pacientes?
- Su criterio clínico y experiencia personal.
 - Lee toda la información de los laboratorios.
 - Información obtenida en clases, reuniones con colegas, eventos científicos.
 - Guías, normas, consensos o recomendaciones (SAP, Ministerio de Salud).

35. En el sitio en que usted atiende, ¿hay material escrito sobre prevención diseñado específicamente para entregar a los padres? Por ej., sobre lactancia exclusiva, alimentación saludable, vacunas, prevención de accidentes, desarrollo normal.
- No.
 - Material editado por laboratorios.
 - Solo sobre uno o dos temas.
 - Sí, hay numeroso material para entregar a los padres.
36. Habitualmente, ¿cómo da las indicaciones de dosis, intervalo y tiempo de tratamiento a los padres que deben administrar una medicación en su casa?
- Según la situación.
 - En forma oral.
 - Por escrito.
 - En forma oral y escrita.
37. ¿Informa a los padres de los efectos adversos probables de los medicamentos y/o vacunas que indica?
- Nunca, para evitar atemorizarlos.
 - Dependiendo de la personalidad de los padres.
 - Cuando existen efectos adversos frecuentes o graves.
 - Siempre o casi siempre.
38. ¿Cómo se asegura de que los padres comprendieron la indicación cuando prescribe un medicamento?
- Explicándoles muy claramente.
 - Según el estilo y la educación de los padres, veo si es necesario asegurarme.
 - Preguntándoles si comprendieron.
 - Pidiéndoles que lean la receta en voz alta o la repitan.
39. Cuando solicita una interconsulta con otro profesional, ¿cómo procede con los padres luego de explicarles la situación? Elija la opción que más se acerque a lo que usted hace la mayoría de las veces.
- Les dice que soliciten un turno en el lugar que ellos decidan.
 - Les entrega una orden con el diagnóstico, el pedido de interconsulta y ellos eligen dónde concurrir.
 - Les sugiere opciones de dónde concurrir, lo acuerda con ellos y les entrega un resumen de historia clínica que explique el motivo de la consulta.
 - Acuerda con los padres a quién consultarán y se comunica con el colega para explicar el motivo de la consulta.
40. Si usted considera que un paciente que atiende en consultorio debe internarse, pero la situación no constituye una emergencia (el paciente se encuentra en regular o buen estado general, hemodinámicamente estable y con suficiencia respiratoria), ¿cómo procede habitualmente con los padres o cuidadores luego de explicarles la situación? Elija la opción que más se acerque a lo que usted hace la mayoría de las veces.
- Les indica la internación y ellos deciden dónde concurrir.
 - Les da un resumen de historia, la orden de internación y les sugiere dónde concurrir.
 - Gestiona usted la cama o se asegura la disponibilidad de camas y les indica concurrir con el resumen de historia y la orden de internación.
 - Gestiona la internación y lo deriva a través de algún sistema de traslado de pacientes.
-