

SUMARIO

Pág. 2.
Nota del Editor.

Pág. 3.
Registros de Enfermería.
Su importancia documental y
médico legal.

Pág. 5.
Prevención del riesgo médico
legal en acretismo placentario.

Pág. 8.
Primero no dañar.



Nota del Editor



Horacio E. Canto
Editor responsable

Estimados Asegurados:

Nos acercamos a Ustedes en esta oportunidad para informarles sobre las diferentes estrategias para disminuir los eventos adversos tanto en pacientes ambulatorios como internados.

Asimismo, dado el crecimiento progresivo de una patología compleja como es el acretismo placentario, nos parece oportuno darle a los especialistas en Obstetricia algunas recomendaciones sobre la prevención del riesgo médico legal en dicha entidad.

Por último queremos aportarles algunas consideraciones sobre la importancia documental y médico legal de los registros de enfermería.

Esperando estos temas sean de su interés y utilidad, los saluda cordialmente.

Dr Horacio E. Canto
Gerente de Riesgo y Calidad Médica
Swiss Medical Group



Línea "On line 24 hs":
(011) 154-947-7136, Dra. Flichman
(011) 154-949-4592, Dr. Susman
(011) 155-802-2126, Dr. Piriz

Línea diurna: (011) 5239 – 1733/32
Dr. Susman, Dr. Sabino: 12 a 18hs.
E-mail: guardia24@smg.com.ar

Registros de Enfermería.

Su importancia documental y médico legal.

Dr Horacio E. Canto

Gerencia de Riesgo y calidad Médica

Swiss Medical Group

El registro de enfermería es el soporte documental donde queda plasmada toda la información sobre la actividad de enfermería referente a una persona concreta, incluyendo su valoración inicial, los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y su evolución.

Comprende todo lo interactuado con el paciente.

Registrar, escribir, anotar o volcar en palabras ello, parecería ser una tarea sencilla, pero no lo es.

Es una tarea compleja, ya que dichas consignaciones deben reflejar absolutamente todo lo actuado, sumado a que debe ser hecho con la mayor objetividad posible.

¿Cuáles son las acciones principales de enfermería en relación a su documentación?

- “Observar, evaluar y **registrar** signos y síntomas que presenten los pacientes decidiendo las acciones de enfermería a seguir”.
- “Planificar, preparar, administrar y **registrar** la administración de medicamentos por vía enteral, parenteral, cutánea y respiratoria, natural y artificial, de acuerdo con la orden médica escrita, completa, firmada y actualizada”.
- “Realizar el control y **registro** de ingresos y egresos del paciente”.
- “Realizar el **registro** de evolución del paciente y de prestaciones de enfermería, consignando fecha, firma y número de matrícula”.

Para enfermería es obligatorio llevar un registro escrito para quienes prestan el servicio de salud.

Dichos registros forman parte indiscutible de la historia clínica y son inherentes a la actuación profesional propiamente dicha. No es una mera tarea administrativa de la atención médica.

Al igual que las consignaciones médicas, se presume que lo que no está asentado, no fue realizado.

Como parte integrante de la historia clínica deben ser considerados datos sensibles, a los que el paciente puede y debe acceder al momento de solicitar una copia de la misma.

¿Cómo debe ser un registro de enfermería ?

Es sumamente importante que sea **completo, coherente, legible y cronológico**.

Completo, ya que:

- Debe incluir todas y cada una de las actuaciones de la enfermera en relación al paciente.
- Debe respetar el orden, completándose todos los ítems requeridos.
- No deben dejarse espacios en blanco.
- No debe omitir ningún evento relevante.
- Debe contener sólo hechos sin apreciaciones subjetivas.
- Y como se señaló, debe ser siempre con firma y sello profesional.

Coherente, ya que:

- Las anotaciones deben ser precisas, sin dar lugar a malinterpretaciones.
- Deben hacerse con una redacción sencilla y comprensible. Ya que contradicciones en los registros dentro de una misma historia clínica, generarán dudas.

Legible, ya que:

- Debe ser claro, que su lectura textual no dé la oportunidad de hacer diferentes interpretaciones y que ofrezca seguridad a quien continuará con la prestación del servicio.

Cronológico, ya que:

- Debe ser secuencialmente lógico y organizado.
- Debe demostrar los tiempos de las acciones y de las novedades relacionadas con el paciente (horario).

Haciendo una síntesis de aspectos importantes en la confección de los registros se puede decir que:

- Se deben completar todos los campos.
- Se debe trazar una línea a través de espacios en blanco.
- Se deben utilizar abreviaturas universales aceptadas.
- Se debe documentar en orden cronológico.
- Se deben documentar hechos, no opiniones o comentarios subjetivos.

En relación a esto último, un ejemplo de ello sería lo consignado con respecto a una herida:

Subjetivo	Objetivo
Herida bien	Herida seca, limpia, afrontada sin flogosis
Paciente dormido	Ojos cerrados, respiración regular
Abundante secreción serohemática	Mancha 3 apositos en 1 hora
Paciente se cayó de la cama	Paciente es encontrado en el piso

No se debe:

- Tachar en tal forma que no se pueda leer lo escrito debajo.
- Utilizar líquido corrector.
- Alterar o cambiar los registros ya efectuados.
- Saltear líneas o dejar espacios en blanco.
- Agregar palabras extras a una línea ya escrita.
- Realizar acusaciones ("apuntar con el dedo").

Es de gran importancia que una adecuada documentación de enfermería incluya:

- Parámetros vitales
- Estado de ánimo
- Evaluación del médico tratante
- Visitas de otros profesionales
- Recomendaciones realizadas
- Presencia de familiares
- Realización de consentimientos

¿Cuáles son los lineamientos para corregir un error en los registros?

- Se debe trazar una línea a través del error, (permitiendo leer lo tachado)
- Escribir la palabra Erro o Errose.
- Indicar fecha y hora de la corrección.
- Efectuar la entrada correcta. De no haber espacio hacerlo en el primer espacio disponible e identificarla como una entrada tardía.

El propósito de este artículo es volcar en pocas palabras los conceptos básicos, prácticos, requisitos y aspectos de importancia de la documentación confeccionada por la enfermera, la que no pocas veces es de mayor calidad que la confeccionada por el médico, permitiendo de esa manera conocer con mayor precisión circunstancias acontecidas con el paciente, trascendente a la hora de defender un reclamo por responsabilidad profesional.

Es por ello, que a nuestro juicio, deben jerarquizarse tales registros por todo el equipo de salud, y en especial por los médicos actuantes, hecho que en la práctica muchas veces no es así.



Prevención del riesgo médico legal en acretismo placentario

Dr. Jorge Rodríguez

Gerencia de Riesgo y calidad Médica
Swiss Medical Group

Los trastornos adherenciales de la placenta son causas frecuentes de hemorragias obstétricas graves y están asociados a una alta morbimortalidad materna. Estos trastornos pueden ser sospechados por datos bien definidos, tales como el hallazgo de una placenta previa en el examen ultrasonográfico, el antecedente de más de una cesárea, y los raspados uterinos reiterados, entre otros. No obstante, la mayor contribución esta dada por la asociación de placenta previa y cesárea anterior. Otros antecedentes que pueden hacer sospechar la existencia del acretismo placentario son las cirugías uterinas previas, por ejemplo la miomectomía. La multiparidad es otro reconocido factor de riesgo, así como la edad materna avanzada.

Previo a la aparición de las evidencias imagenológicas que veremos más adelante como de utilidad para detectar el acretismo placentario, era casi de rutina que el acretismo se detectara al hacer una cesárea cuya indicación era: cesárea anterior, placenta previa, o aparición de un sangrado más o menos profuso proveniente del útero, al verse imposibilitado el alumbramiento en forma parcial o total, luego del nacimiento.

Esta situación, que indudablemente implica un diagnóstico tardío, incrementaba sustancialmente la morbimortalidad materna tanto en el ámbito público como así también en el privado. Destaco también que la llegada de la embolización, así como el mayor entrenamiento quirúrgico, han sido otros factores que contribuyeron en alto porcentaje a disminuir esta morbimortalidad.

Hoy día, contando con los elementos de diagnóstico que mencionaré, y habiendo efectuado la paciente el control prenatal, es muy poco probable que no se detecte el acretismo placentario antes de la fecha probable de parto.

El acretismo placentario es una complicación obstétrica potencialmente catastrófica para la madre y está adquiriendo características de epidemia asociada al aumento de la tasa de cesáreas.

El diagnóstico prenatal, la planificación de la estrategia quirúrgica y el enfoque multidisciplinario conforman el trípode para la disminución de la morbimortalidad materna en el momento del nacimiento.

Dado que esta anomalía está asociada al incremento en la tasa de cesáreas, de seguir la tasa de cesáreas en alza, es probable que siga aumentando proporcionalmente.

En consonancia con las tendencias mundiales se evidencia un aumento global del número de cesáreas en los hospitales públicos, y con ello de cesáreas iterativas que aumentan el riesgo de morbimortalidad materna por acretismo placentario, hemorragias postoperatorias, etc.

La ecografía es el método complementario de elección primaria de detección y evaluación.

El uso de la ecografía ha definido signos, que permiten sospechar la patología con alto grado de probabilidad. Sin embargo, estos datos pueden no ser concluyentes e información adicional debe ser requerida.

Los criterios ecográficos para sospechar fuertemente la existencia del acretismo placentario son:

- Ausencia o adelgazamiento (menor a 1 mm) de la zona hipoecoica normal miometral en el segmento inferior uterino.
- Presencia de espacios lacunares vasculares dentro del parénquima placentario.
- Irregularidad, adelgazamiento o disrupción focal de la interfase hiperecoica entre la pared vesical y la uterina, la cual es sospechosa de invasión de la pared vesical.
- Extensión del tejido placentario (la misma ecogenicidad del parénquima placentario) a través de la serosa uterina, orienta a sospechar un percretismo placentario.
- Vascularización aumentada de la interfase serosa uterina-vejiga.

En segunda instancia, y como complemento de la ecografía obstétrica convencional, está indicada la ecografía transvaginal con doppler.

Los signos clásicamente descritos en el acretismo son:

- Identificación de vasos placentarios que se extienden al miometrio o a la vejiga, perdiendo su disposición habitual paralela a la periferia placentaria.
- Alta pulsatilidad y flujo turbulento a nivel de las estructuras venosas lacunares placentarias y del plexo venoso retroplacentario.
- Tortuosidad de las estructuras vasculares retroplacentarias.

De persistir la sospecha y no habiéndose llegado a un diagnóstico, se realiza una resonancia magnética nuclear que brinda una mejor evaluación de los planos anatómicos, aunque hay consenso en que si bien tiene una exactitud diagnóstica muy aceptable, esta no sería significativamente superior a la ecografía, salvo en los casos donde la placenta sea de localización posterior.

Los hallazgos en la resonancia magnética son los siguientes:

- Adelgazamiento o irregularidad del miometrio subyacente y contiguo a la placenta sin extensión placentaria transmural.
- Extensión placentaria transmural o anormal intensidad de señal del miometrio confluyente con isointensidad de la placenta.
- Invasión de la vejiga por la placenta con irregularidad o disrupción de la arquitectura normal de su pared. Invasión de estructuras loco-regionales.

¿Cuáles son entonces las medidas a tomar ante una paciente con factores de riesgo para acretismo placentario?

- En primera instancia, el diagnóstico prenatal por ecografía, Doppler y eventual resonancia magnética.

Una vez hecho del diagnóstico presuntivo de acretismo (el diagnóstico de certeza siempre es intraoperatorio al no poder extraer a placenta, o anatomopatológico), se debe:

- Brindar adecuado asesoramiento sobre el diagnóstico y cual será la modalidad de tratamiento.
- Dar pautas de alarma a la embarazada para situaciones de emergencia como la aparición de sangrado, por ejemplo, donde debe concurrir.
- Coordinación con el servicio de Hemoterapia, con reserva de sangre y hemoderivados, y eventual búsqueda anticipada de donantes de sangre.
- Iniciar la maduración pulmonar fetal, por el riesgo cierto de prematuridad.
- Planificar la operación cesárea en forma programada alrededor de las 36 semanas de edad gestacional en un centro de complejidad suficiente para abordar posibles complicaciones.
- Efectuar el consentimiento informado adecuado a la legislación vigente, en el cual deberán constar las complicaciones que puedan presentarse, y los tratamientos posibles, incluida la posibilidad de la histerectomía. **Este debe ser firmado por la paciente durante el control prenatal, o sea previo a la internación.**



Es importante que estas acciones queden registradas en la historia clínica del control prenatal. Las complicaciones quirúrgicas, tal como la lesión de la vía urinaria, son más frecuentes a pesar de los mejores cuidados cuando hay que efectuar una histerectomía, dado que hay un mayor sangrado, en comparación con una histerectomía programada en una paciente no embarazada.

Asimismo, es esencial que el tratamiento que se implemente en internación sea multidisciplinario.

La institución en la cual se internará a la paciente debe contar con una Terapia Intensiva de adultos con cama disponible para una potencial internación de la paciente, lo cual se preparará en forma anticipada.

El equipo quirúrgico debe estar integrado por tocoginecólogos y anestesiólogo de preferencia con experiencia en este tipo de cirugías, y además debe preverse una rápida disponibilidad de cirujano especialista en Cirugía vascular, y Urologo. Se debe contar con la asistencia del médico hemodinamista para la embolización vascular, la cual como es sabido, además de otros beneficios disminuye la utilización de hemoderivados, y los días de hospitalización.

La cistoscopia previa y la cateterización de los uréteres son otras medidas de prevención; la primera para valorar un eventual compromiso vesical previo a la cirugía, y la segunda, para facilitar la visualización de los uréteres durante la cirugía. El anestesiólogo contará con todos los elementos para evitar en lo posible el shock hipovolémico, y es de preferencia la anestesia general, teniendo en cuenta la duración del acto quirúrgico, la posibilidad cierta de tener que efectuar una histerectomía inmediata, y la de shock hipovolémico. La incisión será mediana infraumbilical, y muy frecuentemente infra y supra umbilical si se debe extraer el feto por el fondo uterino. **Debe priorizarse una sencilla extracción fetal, y un buen campo quirúrgico, aunque esto vaya en detrimento de una cicatriz estética. Aunque parezca excesivo, debe mencionarse en el consentimiento informado que tipo de incisión se llevará a cabo, lo cual evitará reclamos posteriores por cuestiones de índole estético.**

Cuando no existe diagnóstico prenatal del acretismo, deben valorarse la presencia de signos intraoperatorios, que incluyen: deformidad del segmento inferior uterino, tejido placentario invadiendo la serosa visceral uterina, la hipervascularización marcada del segmento inferior uterino, y la invasión de otras estructuras anatómicas por tejido placentario. Estos hallazgos permiten efectuar la incisión por fuera del segmento inferior uterino, y de ser posible, solicitar la colaboración de otros especialistas, ante la muy probable complejización del acto quirúrgico.

El incremento de esta patología en los últimos años, ha dado al médico especialista en Obstetricia un perfeccionamiento quirúrgico que le permite la posibilidad de un tratamiento conservador. Esto puede ser llevado a cabo en los casos de acretismo focal y la técnica consiste en remoción placentaria, con o sin resección de miometrio

y realizar hemostasia mediante sutura continúa o puntos separados, y electrocoagulación.

El objetivo principal al cual se debe aspirar al tratar una paciente con esta patología, es realizar una cesárea con el menor sangrado posible y la menor morbimortalidad materno fetal.

En la cesárea, es ya bien conocida la indicación precisa de efectuar la histerotomía fuera del sitio de inserción placentaria, para evitar el importante sangrado que la incisión en este sitio produce.

Se intentará en lo posible una cirugía conservadora, y si finalmente esto no es posible se practicará la histerectomía puerperal. Como medida rutinaria deben enviarse la placenta y el útero, si este es extirpado, para su estudio anatomopatológico, lo cual certificará el diagnóstico.

El control postoperatorio debe ser riguroso, y se dejará constancia en la historia clínica de las interconsultas efectuadas a los integrantes del equipo multidisciplinario.

La principal medida de prevención primaria del acretismo placentario sería el evitar la cesárea innecesaria.

El diagnóstico prenatal, la adecuada información a la paciente, y la participación de un equipo multidisciplinario, disminuirán la morbimortalidad materna, pero esto no es sinónimo de la inexistencia de complicaciones en el 100 % de los casos. Por último, debo destacar que el médico obstetra es quién debe efectuar el seguimiento de estas pacientes, y ante cualquier complicación que se presente: urológica, trombosis, alteraciones de la coagulación, debe continuar el seguimiento conjuntamente con el otro especialista consultado.

La experiencia pericial nos demuestra que los principales motivos de reclamo en esta patología son: la omisión diagnóstica durante el embarazo, la lesión de la vía urinaria durante la histerectomía, y la realización de la histerectomía no informada previo a iniciar la cesárea.

Para finalizar, resulta interesante la siguiente sentencia judicial (se transcriben los párrafos mas representativos), donde se puede apreciar como han sido valoradas las complicaciones de una histerectomía por acretismo placentario. Autos: L.C.E C/ GCBA y otros, s/ Responsabilidad Médica:

“Tal como lo expone el experto en su pericia (obrante a fs. 264/273) la Sra. L. tenía antecedentes previos de dos cesáreas..... Dado que ya había cursado otras cesáreas le fue indicada la interrupción del embarazo y la práctica de una cesárea (fs. 265, punto III.2). De esta manera, fue internada en el hospital perteneciente a la demandada el día 04/07/01, comenzando la operación el día 05/07/01. A las 9.15 hs. comenzó la operación. Allí se reconoció un aumento de la vascularización en el segmento, debido a la inserción anterior de la placenta, razón por la que se decidió efectuar una histerectomía (apertura de la cavidad uterina) en la zona superior del segmento. Se constató “zona friable del segmento con hemorragia importante”. Frente a

esta situación se intentó su control con puntos de catgut N° 2 sobre el segmento. Sin embargo, en tanto que este método fracasó, se decidió efectuar la histerectomía total (extirpación del útero) ... A su vez, se advirtió la adherencia de la vejiga a la cara anterior del útero. Por ello, al liberarlo se produjo la apertura de la vejiga. Al ocurrir esto se requirió la colaboración de un médico urólogo quien la suturó. ...Como ya se mencionó en el considerando precedente, no existen dudas de que el accionar médico en la primera intervención quirúrgica fue el que produjo las lesiones en el recto y en la vejigaDe las constancias arribadas a la causa surge que estas lesiones fueron complicaciones que “forman parte de los riesgos inherentes a este tipo de intervención quirúrgica, realizadas en situaciones de extrema urgencia, en un campo donde prima la hemorragia que altera los planos de acceso a los órganos de la cavidad abdominal” ...De este modo, el Cuerpo Médico Forense concluyó en que la actora presentó una complicación del acto quirúrgico que no puede ser vinculado al accionar médico. En el mismo sentido el experto designado en autos señaló que los riesgos de realizar una histerectomía de urgencia por acretismo placentario es la lesión de los órganos vecinos (fs. 271, respuesta al punto de pericia 11 de la parte demandada), incluso ante una correcta maniobra de extracción del útero (fs. 271, respuesta al punto de pericia 14 de la parte demandada). Concluyó, además, en que todas las complicaciones relatadas son factibles de presentarse en una paciente con acretismo placentario (fs. 272, respuesta al punto de pericia 30 de la parte demandada). En virtud de las consideraciones efectuadas ...FALLO: 1º) Rechazando la demanda incoada por C. E. L. contra el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires”.

Analizando esta sentencia, se observa que las complicaciones acaecidas como consecuencia de la histerectomía de urgencia por acretismo placentario, no han sido merecedoras de condena judicial.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

1. Tratamiento conservador del acretismo placentario. Autor: Marotto Anna y otros. Prog Obstet Ginecol. 2012;55:393-8. - vol.55 núm 08.
2. Tratamiento quirúrgico de la placenta acreta. Autor: Dres. Angstmann A, Gard G, Harrington T, y col. American Journal of Obstetrics and Gynecology, enero del 2010.
3. Responsabilidad Civil de los Médicos, autor: Juan Manuel Prevot, 2008.
4. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Autor Callen Peter y colaboradores. Tercera edición.
5. Actualidad en el diagnóstico y manejo del acretismo placentario. Autor: Rodriguez Mario B y colaboradores, publicado en la Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 2007;72 (4):266-271.

“Primero no dañar”...

Un antiguo juramento cada día más vigente: estrategias para disminuir los eventos adversos en nuestros procesos de atención (desde al consultorio a la UCI).

Dra Mariana Flichman

Gerencia de Riesgo y Calidad Médica
Swiss Medical Group

Fundamentos y conceptos generales

En todo el mundo, el proceso de atención sanitaria se enfrenta al desafío de una amplia gama de problemas de seguridad. El tradicional juramento médico (“primero no dañar”) rara vez es violado intencionalmente por parte de los médicos, enfermeros u otros profesionales, **pero los hechos señalan que los pacientes sufren daños todos los días, en todos los países del mundo, en el proceso de atención de la salud.**

Lo primero que debemos hacer es reconocer esta perturbadora realidad, rechazar la noción de que el status quo es aceptable, y quizá lo más importante, tomar medidas para corregir los problemas que contribuyen a la atención no segura.

Hoy sabemos por serios estudios internacionales, que la atención médica es una actividad riesgosa. En promedio al menos 10 de cada 100 pacientes que se internan en una institución de salud en los países desarrollados sufrirá un evento adverso, es decir un daño secundario al proceso de atención y no por su propia enfermedad. Este número asciende en forma inversamente proporcional al grado de desarrollo de un país. Por lo tanto debemos estimar que en la Argentina, de acuerdo a las estadísticas de América Latina, en términos generales este número se encuentra cercano al 20%, con todas las variables propias de lo heterogéneo del sistema. El daño involuntario a los pacientes que ingresan al sistema de salud no es un fenómeno nuevo. El registro más antiguo de este problema data del siglo XVII A.C. La respuesta en aquellos días era clara y exclusivamente punitiva (por ejemplo, se le cortaba la mano a un cirujano). Hoy, las soluciones para mejorar la seguridad del paciente ofrecen un enfoque más constructivo, **la propuesta es un modelo centrado en mejorar el sistema, generando estrategias que impidan que nuestros errores, humanos por cierto, lleguen a los pacientes y los dañen...de eso se trata la propuesta lanzada por la OMS en el 2004.**

Pero para mejorar la realidad, hay que conocerla. Y la única manera de hacerlo es midiendo, es decir, con indicadores que nos permitan una percepción objetiva y un correcto diagnóstico de situación.



“La disponibilidad de un sistema de notificación y registro de incidentes y eventos adversos en relación con la seguridad del paciente constituye una de las metas prioritarias e irrenunciables de todos los sistemas de salud a nivel mundial, con el fin de detectar, conocer, estudiar y prevenir la aparición de aquéllos con perjuicios graves para la salud o la vida de los pacientes usuarios del sistema de salud” OMS

Por otra parte, desde el punto de vista económico, los eventos adversos generan un costo indirecto, pocas veces medido, pero de gran magnitud, al sistema sanitario. Esto ha comenzado a percibirse en los últimos años, generando en los responsables económicos del sistema, gran preocupación. “Desde la aparición en los últimos diez años de informes en los países anglosajones sobre la magnitud y las causas de los eventos adversos relacionados con la atención sanitaria ha habido un mayor reconocimiento de la importancia del problema, incorporando objetivos de seguridad a los planes estratégicos de mejora de las organizaciones sanitarias y potenciando la investigación sobre esta materia.” “El costo de estos acontecimientos es muy elevado, así por ejemplo en el Reino Unido, sólo las estancias hospitalarias representan aproximadamente 2.000 millones de libras al año y el pago de indemnizaciones cuesta al estado 400 millones al año. En Estados Unidos, se estima que estos costos alcanzan un valor de entre 17.000 y 29.000 millones de dólares al año. Por otra parte también hay que añadir el desgaste que se produce en la confianza, la seguridad y la satisfacción de los pacientes”. Agencia de Calidad del sistema de salud. España

Conceptos esenciales:

- Las fallas latentes del sistema son más difíciles de identificar, es por eso que es necesario un sistema que identifique y analice los errores de una manera metodológica y sistémica, que permita evitar la reiteración de eventos similares evitables.
- Las organizaciones deben aprender de sus errores. El equipo de Salud, también.
- Considerando que en forma unánime las estadísticas muestran que más del 50% de los eventos son pasibles de prevención, debe ser una prioridad trabajar para reducir los eventos evitables.
- Indiscutiblemente la gestión tendrá un impacto en la Calidad del Proceso de atención y una reducción de los costos directos e indirectos asociados a dichos eventos.

Desarrollo:

Nosotros hemos desarrollado, en las Unidades Asistenciales del grupo Swiss medical, un Programa de Reporte de Eventos Adversos desde el año 2006. Simultáneamente replicamos el mismo en muchas instituciones aseguradas, participando de la puesta en marcha y la capacitación inicial, y luego asesorando en la gestión de los eventos graves. En 2013, luego de la experiencia adquirida en estos años, con más de 3.000 reportes analizados, y muchos aciertos y errores, decidimos repensar el modelo del programa, a la luz de toda la experiencia publicada en el período.

Nuestro programa se desarrollaba en dos ramas: el reporte voluntario y el relevamiento retrospectivo.

Hoy vamos a dedicarnos al reporte voluntario. Solo diremos del retrospectivo, a modo de síntesis, que consiste en la revisión sistematizada de historias clínicas en busca de eventos adversos. Esto permite, a diferencia del voluntario, obtener indicadores y datos estadísticos, por ejemplo tasa de reingresos a quirófano, infecciones asociadas al cuidado de la salud. En el reporte voluntario, son los integrantes del equipo de salud, médicos, enfermeras o cualquier miembro del equipo quienes reportan los eventos cuando ocurren. Esto permite actuar en forma inmediata, pudiendo actuar en el caso individual, es decir, llevar adelante una gestión del evento, y muchas veces minimizar el impacto del mismo en el paciente.

Para redefinir el Programa, hemos revisado 5 modelos internacionales:

OMS

La Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP) de la OMS de 2009 fue desarrollada por expertos de diferentes organizaciones líderes (IHI, NHS, ARQH) para "permitir la categorización de la información sobre seguridad del paciente por medio de un conjunto de conceptos con definiciones acordadas, términos preferidos y relaciones entre ellos basadas en una ontología de do-

minio explícita (por ejemplo, la seguridad del paciente)" y facilitar la descripción, la comparación, la medición, el seguimiento, el análisis y la interpretación de la información con miras a mejorar la atención al paciente.

Es sin duda la más compleja de las Clasificaciones que actualmente se utilizan, pero también la más completa.

Entre las ventajas a destacar, incorpora dos interesantes categorías al análisis y la gestión:

La categoría "**Factores contribuyentes**" aporta una clasificación muy completa sobre las circunstancias implicadas en el incidente.

La categoría "**Resultados para la organización**" aporta una visión económica del incidente.

Australian Incident Monitoring System (AIMS)

Fue desarrollado en 2002 por Runciman y se implementó en la mayoría de los estados de Australia y en Suráfrica y Nueva Zelanda. Utiliza un mecanismo estandarizado de reporte de incidentes basado en la Web.

Los incidentes son Clasificados por el CIE10 e ingresados en una base de datos (Matriz de Riesgo) junto con otros datos básicos (qué, quién, cuándo, dónde, riesgo, consecuencias), además de las acciones realizadas. La matriz de riesgo indica cuáles son los pasos a seguir y el nivel de investigación requerido.

JCAHO Patient Safety Event Taxonomy (PSET)

Fue desarrollado por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations en 2005, a partir de una recomendación del Institute of Medicine en 2003, que solicitaba una estandarización y mejor manejo de la información relacionada con la seguridad del paciente.

Para su desarrollo se evaluaron 76 diferentes clasificaciones. A pesar de las diferentes terminologías, clasificaciones y términos pudieron resaltar cinco características en común principales:

- **Impacto:** el resultado o efecto del error médico o de una falla del sistema en el paciente.
- **Tipo:** el proceso (visible o implícito) defectuoso.
- **Dominio:** las características del lugar donde ocurrió el incidente y las personas involucradas.
- **Causas:** los factores contribuyentes del incidente.
- **Prevención y mitigación:** las medidas propuestas para reducir los efectos del incidente y su prevención.

Los incidentes son "mapeados" según los códigos ICD-9. Algunos hospitales utilizan el Hospital Incident Reporting Ontology. El PSET está organizado en **NODOS RAIZ** que a su vez se dividen en más sub-clasificaciones.

Pennsylvania Patient Safety Authority

Es un sistema de reporte basado en la Web para incidentes y eventos centinelas aplicable en hospitales, centros de atención primaria, centros obstétricos. Comenzó en 2004 y actualmente (2011) se encuentra ampliamente utilizado en diferentes hospitales de Estados Unidos y en algunos países. Los incidentes los clasifica en Nodos principales:

- Errores de medicación.
- Relacionados con equipos.
- Caídas.
- Errores relacionados con procedimientos, tratamientos y test diagnósticos.
- Complicaciones relacionadas con procedimientos, tratamientos y test diagnósticos.
- Transfusiones.
- Integridad de la piel.
- Misceláneas.

Estos nodos principales luego son divididos en sub-categorías de 2do y 3er orden.

Luego de un minucioso análisis de las metodologías propuestas, resumidas en el punto anterior, elaboramos una versión modificada de la clasificación internacional OMS y definimos las modificaciones centrales del nuevo programa:

1. Ordena los eventos en Categorías mayores y menores.
2. Incorpora la medición del daño para el paciente (Clasificación internacional NCC-MERP).
3. Establece si el evento era prevenible.
4. Incorpora un ítem de Factores contribuyentes: Fallas de estructura, equipos, Procesos y fallas humanas.
5. Establece una lista de Eventos Centinela.
6. Establece una lista de Eventos graves (no centinela).
7. Establece una forma prediseñada de investigación de Eventos centinela y graves.
8. Mejora de la accesibilidad con la incorporación del reporte por la Web.
9. Incluye las acciones preventivas y correctivas (inmediatas y a largo plazo) en el registro del sistema.
10. Incorpora Indicadores de Seguridad del paciente (indicadores AHRQ).

Los resultados son analizados en una base de datos y presentados al equipo de salud en forma periódica.

El Programa genera además otras acciones que tienen por objetivo la reducción en la reiteración de eventos:

- Talleres de Aprendizaje a partir del error.
- Creación de guías y normas institucionales.
- Relevamientos periódicos.
- Encuestas.

Comentarios finales

Los eventos adversos y el riesgo de dañar a nuestros pacientes constituyen una realidad que no podemos desatender. Es una obligación tanto de las Instituciones como de los profesionales, diseñar estrategias para abordar los mismos generando los cambios necesarios para tener cada día procesos más seguros que garanticen la calidad de cuidado que todos deseamos brindar.



Aseguradora líder en Responsabilidad Profesional Médica

La División Servicios Médicos de SMG Seguros está compuesta por profesionales con amplia experiencia en el sector, lo que les permite entender las necesidades de las instituciones y de los profesionales asegurados.

Plan Médicos

Integral Médico	20% de Descuento*
Seguro de Hogar	25% de Descuento*

(*). Acceda a estos descuentos contratando su póliza de Praxis Médica



Comuníquese con su Productor Asesor o envíenos un mail a consultassmgseguros@smg.com.ar / www.smgseguros.com.ar

