

GUARDIA • 24

Mayo 2023 | N° 60



SUMARIO:

- P.2 Nota del editor.
- P.3 Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria (Parte VII).



SWISS MEDICAL
S E G U R O S

GUARDIA • 24



Nota del Editor

Estimados Asegurados:

Finalizando con el desarrollo de los distintos aspectos de las Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria del Ministerio de Salud de la Nación, abordaremos en esta entrega las recomendaciones para el abordaje de los eventos adversos y el papel del paciente en la Seguridad del Paciente.

Esperamos que sean de vuestro interés.

Los saluda atte.

Dr. Horacio E. Canto

Gerente de Servicios Médicos y RC Profesional

Swiss Medical Seguros

Swiss Medical Group



Línea "On line 24 hs"
0800 - 333 -1118

LÍNEA DIURNA
(011) 5239-7933 | Dra. Sandra Lizos (12 a 18 hs.)

E-mail: guardia24@smg.com.ar

Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria (Parte VII)

Dr. Horacio E. Canto
Gerencia de Servicios Médicos y Responsabilidad
Civil Profesional Swiss Medical Seguros
Swiss Medical Group

Finalizando con el desarrollo de las distintas Acciones para la Seguridad de los Pacientes en el Ámbito de la Atención Sanitaria de la publicación del Ministerio de Salud de febrero de 2021, abordaremos en esta entrega lo relacionado a las prácticas recomendadas para el abordaje de los eventos adversos y el rol del paciente en la Seguridad del Paciente.

PRÁCTICAS PARA EL ABORDAJE DE EVENTOS ADVERSOS

Introducción:

Los eventos adversos (EAs) se definen como las consecuencias indeseables que las fallas en los procesos asistenciales acarrearán a los pacientes, y que no están relacionadas con la o las patologías que lo condujeron a someterse a atención. La prevención y disminución de la gravedad de los mismos son la razón de ser de lo que conocemos como seguridad del paciente. La teoría de la gestión de riesgos establece que el primer paso para la prevención de EAs es su identificación, para luego poder diseñar intervenciones que reduzcan su frecuencia e impacto. Existen herramientas de gran utilidad, entre ellas el análisis de causa raíz, que permiten analizar en profundidad los incidentes relacionados con la seguridad del paciente, especialmente los más graves (eventos centinela), con el objetivo de evitar su repetición.

El evento adverso es la consecuencia final de una falla del sistema asistencial. Existen siempre hechos previos de gravedad creciente que llevan a su aparición. Esta cadena se inicia por los *incidentes de seguridad*, sigue por los *casi-errores* para culminar con el evento adverso. En el presente documento, debe entenderse que el término “evento adverso” alude a la totalidad de las tipologías mencionadas.

Objetivo general:

Promover el diseño y desarrollo de estrategias para el abordaje de eventos adversos.

Objetivos específicos:

1. Diseñar sistemas y procedimientos para la detección efectiva de incidentes en seguridad.
2. Establecer pautas para su análisis causal.
3. Definir líneas de acción capaces de su resolución y/o prevención.
4. Desarrollar mejoras que permitan disminuir el impacto sobre el paciente.

Recomendaciones:

- Integrar el abordaje de los EAs al plan estratégico organizacional.
- Crear un área de gestión de EAs, constituida por el número mínimo de integrantes que asegure su eficacia.
- Capacitar a los integrantes del área en la utilización de herramientas específicas para la detección y/o notificación de EAs.
- Diseñar los procedimientos a implementar.
- Desarrollar herramientas de gestión (asignación de responsabilidades, procedimientos, formularios, etc.).
- Definir las líneas de acción y relación inter-áreas para la comunicación de los EAs detectados y seguimiento de las acciones de solución y prevención adoptadas.
- Gestionar un mecanismo de evaluación de resultados a través de la definición de indicadores, objetivos y metas.
- Establecer un sistema de comunicación de resultados.

Si bien son varias las modalidades de detección de incidentes de seguridad, hay dos que cuentan con amplio consenso y evidencia acerca de su eficacia:

- » El sistema de reporte voluntario, efectuada por los propios trabajadores de la salud.
- » La metodología Global Trigger Tools (GTT), desarrollada por el Institute of Healthcare Improvement (IHI), de los Estados Unidos de América.

Se sugiere utilizar estas dos metodologías de manera complementaria, ya que se ha demostrado que ninguna de ellas individualmente es capaz de detectar la totalidad de los eventos adversos que se presentan en los establecimientos sanitarios. Es por ello que su implementación conjunta permitirá disponer de un más amplio campo de información, sumando los aportes de cada una de ellas.

Respecto a los sistemas de reporte voluntarios de incidentes de seguridad del paciente (SRVISIP), sus limitaciones han sido bien documentadas.

Los informes de eventos están sujetos a sesgo de selección debido a su carácter voluntario, capturan solo una fracción de los acontecimientos y pueden no identificar de forma fiable los acontecimientos graves. Del mismo modo, el espectro de los hechos denunciados es limitado. Un análisis de situaciones relatadas por los profesionales de enfermería refiere que solamente se reporta el 25% de los errores que se cometen. La experiencia regional también sugiere que los SRVISP no son útiles para realizar una gestión estratégica global de los incidentes. Por todo lo antedicho, no deben utilizarse los SRVISP suponiendo que a partir de ellos abordaremos el universo de los problemas de seguridad reales de una institución.

Sin embargo, la utilidad de los sistemas voluntarios radica en:

1. Recopilar información relativa a los problemas de seguridad del paciente que el personal percibe o identifica. Ello está limitado no sólo a la voluntad de reportar sino también a la posibilidad o capacidad para identificar una circunstancia de la práctica como un incidente.
2. Permitir a las organizaciones utilizar esta información para crear mejoras en los procesos, actitudes y estructuras a fin de reducir la probabilidad de la repetición del mismo tipo de error.
3. Estimular una cultura de apertura hacia el tratamiento de los errores de manera adulta y no punitiva.
4. Aprender de los errores cometidos y diseminar lecciones aprendidas a fin de crear una cultura proactiva hacia la identificación, detención de otros errores y facilitación de la adopción de estrategias de seguridad establecidas.

De allí puede concluirse que el beneficio más marcado que generan los SRVISP es el cambio de cultura, llevando a las unidades e instituciones que lo implementan a niveles de proactividad sorprendentes respecto en la detección de incidentes y el compromiso con el cambio y las mejoras implementadas.

Las GTT, por su parte, se basan en la búsqueda activa de elementos (disparadores o “triggers”), capaces de guiarnos en la detección de eventos adversos no explícitamente consignados, a partir de la información contenida en muestras mensuales de historias clínicas de pacientes egresados.

Tanto para las GTT como para los SRVISP debe existir una instancia de coordinación, que comunica cada hecho detectado a las áreas responsables de su análisis (servicios asistenciales, grupos de intervención, comités, etc.) y del diseño e implementación de medidas correctivas y de prevención.

Cabe destacar que, dado que la enorme mayoría de estas situaciones provienen de fallas sistémicas y no de acciones voluntarias por parte de los integrantes de los equipos sanitarios, ninguna de las metodologías mencionadas debe ser

encarada con criterio punitivo. En este sentido es necesario desarrollar, previa y paralelamente a su implementación, actividades de inducción y capacitación dirigidas a todos los niveles, de modo que la no punibilidad se transforme en el pilar básico que garantice los resultados esperados en términos de la mejora continua. Si intentamos diferenciar la porción de incidentes que cada herramienta captura, podremos decir que los SRVISP evidencian con mayor precisión los errores, casi errores y errores sin daño; mientras que los GTT se enfocan en la detección de eventos adversos como foco primario. La implementación conjunta y las mejoras resultantes de ello, aumenta la probabilidad de generar entornos más seguros.

Existen acciones que son comunes para la puesta en marcha de ambas metodologías y otras que son particulares para cada una de ellas. Si bien pueden ser iniciadas simultáneamente, no existe inconveniente alguno para hacerlo de manera secuencial. Cada establecimiento deberá seleccionar qué modalidad de implementación es la más adecuada a sus posibilidades.

1. GTT:

a. Definición de

- i. Tamaño muestral de registros clínicos a analizar.
- ii. Áreas alcanzadas (todo el establecimiento, áreas incluidas o excluidas especialmente, etc.).

b. Categorización de EAs detectados y priorización de acuerdo a su nivel de riesgo.

c. Mecanismos para la adecuación de los “gatillos” a utilizar, de acuerdo a la incidencia y prevalencia local de los fenómenos.

2. Sistema de notificación voluntaria de EAs:

a. Diseño del sistema de notificación (por ejemplo, a través de la utilización de buzones o de notificación electrónica).

b. Definición de la modalidad de notificación (anónima o no).

c. Capacitación del personal, haciendo hincapié en la que el sistema no persigue fines punitivos.

d. Retroalimentación a los notificantes, individual o general, que permite que la notificación se sostenga en el tiempo.

EL ROL DEL PACIENTE EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Introducción:

El historiador médico Edward Shorter en su libro “Bedside manners”, argumentaba que la calidad de la relación médico-paciente era dependiente de los niveles de ciencia y tecnología. Antes de 1880, cuando el médico tenía poco poder diagnóstico y terapéutico, el paciente tenía más participación y con frecuencia pedía una segunda opinión; mientras que a medida que la medicina ganó poder diagnóstico y posteriormente terapéutico, el aura de ciencia que rodeaba a los médicos hizo que los pacientes confiaran en ellos como nunca antes. En 1969, el neurólogo holandés, Jan Hendrik van den Berg, publicó el libro “Poder médico y ética”, donde llama la atención acerca de la poca o nula información que los médicos brindaban a sus pacientes. Al mismo tiempo, propone incorporar a los pacientes en la toma de decisiones acerca de su salud y permitirles leer libremente su propia historia clínica. Fue sin duda un pionero del empoderamiento del paciente en la historia reciente.

En la actualidad, sabemos que las personas tienen derecho a tomar decisiones acerca de las cuestiones que hacen a la atención de su salud y pueden contribuir enormemente a reducir los eventos adversos y los incidentes relacionados con la asistencia sanitaria. El compromiso del paciente en su seguridad significa que tiene la oportunidad de evaluar la atención que recibe, con la expectativa de que otros utilicen esta información de modo constructivo para mejorar su cuidado. Los pacientes solo pueden tomar un rol activo si cuentan con la información suficiente, entienden cómo utilizarla y están convencidos de que tienen la oportunidad y el derecho de participar en la seguridad de su cuidado, sin menoscabar la responsabilidad del equipo de salud interviniente. Los pacientes son los individuos destinatarios de la atención sanitaria y los que eventualmente sufren las consecuencias de los incidentes que pudieran producirse. Por lo tanto, deberían ser los principales interesados en prevenir incidentes y, en muchos casos, podrían colaborar a detectarlos fácilmente (medicación errónea, estudio erróneo, no lavado de manos, etc.).

Objetivo general:

Promover la participación de los pacientes y sus cuidadores en la seguridad del paciente.

Objetivos específicos:

Promover un cambio cultural en los establecimientos de salud fomentando una relación profesional-paciente basada en la toma de decisiones compartida y en el empoderamiento de los pacientes y/o cuidadores en pos de la seguridad en la atención.

Recomendaciones:

- Incentivar en los establecimientos sanitarios los cambios culturales necesarios para que la participación de los pacientes sea un valor deseado y promovido dentro de las organizaciones.
- Sensibilizar a los directivos de los centros de salud acerca de la importancia y de los beneficios del empoderamiento de pacientes.
- Desarrollar acciones que estimulen la participación activa de los pacientes/cuidadores en actividades relacionadas con la seguridad asistencial.
- Capacitar a los equipos de salud para que incorporen activamente a los pacientes en las acciones destinadas a promover la seguridad en la atención.
- Entrenar al equipo de salud para desarrollar estas acciones entendiendo la cultura local en cuanto a la relación equipo de salud/paciente.
- Elaborar procedimientos y materiales que proporcionen información a los pacientes en temas de calidad y seguridad asistencial, fomentando la transparencia de la información. Pacientes hospitalizados.
- Capacitar al personal de salud en el uso de herramientas de comunicación con los pacientes y sus familias.
- Proveer información a los pacientes en un lenguaje comprensible y verificar que ha sido entendida.
- Llevar a cabo instancias de medición de resultados de los programas de seguridad del paciente, identificando potenciales mejoras y objetivos relevantes para los pacientes (por ejemplo, a través de encuestas para conocer la experiencia de los pacientes y/o la confianza en la institución).

Programa “Pacientes en defensa de su seguridad”

- Se recomienda seguir iniciativas para promover la participación de los pacientes en actividades vinculadas con su seguridad, como las impulsadas por la OMS. En el año 2005, creó la “Alianza mundial para la seguridad del paciente”, con el objetivo de mejorar la seguridad en todos los ámbitos de la atención sanitaria mundial, fomentando la participación de los pacientes. Asimismo, The *Joint Commission*, lanzó en 2002 la campaña llamada “*Speak Up*”, en la cual urge a los pacientes a tomar un rol activo en la prevención de los errores emanados del cuidado de su salud, involucrándose en este y estando informados.

Programa “Programas de higiene de manos”

- Se recomienda adherir a la iniciativa implementada en el mundo de invitar a los pacientes a preguntarle al personal si se lavó las manos (mediante cartelería o portando pines en sus guardapolvos que le recuerdan al paciente que debe preguntar). La presencia de dispensadores de

alcohol gel dentro de la habitación permite además que el paciente verifique el lavado de manos.

Participación activa por una cirugía segura

- Se recomienda la participación activa del paciente en la implementación del listado de verificación quirúrgica, herramienta que verifica con el paciente su identidad, medicación, alergias, entre otros antecedentes. Asimismo, se sugiere que el cirujano marque el sitio de la cirugía sobre el paciente con la participación del mismo.

Medicación sin daño⁷⁶

- Se recomienda el uso de la herramienta “5 momentos para la seguridad de los medicamentos”, lanzado por la OMS en el 2017. El objetivo de esta propuesta es que los pacientes, familiares y profesionales de la salud verifiquen que todos los pasos del ciclo de la medicación sean correctos.

El equipo de salud debe brindarles al paciente y su familia la información y educación necesarias para cumplir con esta acción mediante información clara, escrita en lenguaje simple, adecuado a su educación y necesidades. Legible y, si es posible, con ayuda visual, dibujos o fotos para conocer el nombre de sus medicamentos, la dosis y frecuencia, la duración del tratamiento, la vía de administración, los posibles efectos adversos e interacciones (farmacológicas y alimentarias) y el motivo por el cual se le indica la droga, cómo almacenar y organizar sus medicamentos. Asimismo, se le debe preguntar siempre si tiene dudas acerca de su medicación.

También se recomienda que los pacientes y cuidadores lleven consigo un listado actualizado, escrito, de cada medicamento, suplemento y medicamento alternativo y sus dosis. El paciente y el equipo de salud (médicos, enfermeros, farmacéuticos, nutricionistas y demás personal involucrado) deben verificar este listado en cada nivel de atención y brindar educación/corregirlo cuando sea pertinente (interacciones drogas-alimentos, modificación de la dosis, otros). El paciente debe verificar junto con el médico o enfermero cada vez que se le administra medicación: nombre del paciente, droga, dosis, horario, vía de administración.

GLOSARIO

Acontecimientos adversos por medicamentos (AAM): cualquier daño grave o leve causado por el uso terapéutico (o falta de uso) de un medicamento. Los acontecimientos adversos se pueden clasificar en dos tipos se-

gún sus posibilidades de prevención: - AAM prevenibles: son aquellos AAM causados por errores de medicación. Suponen por lo tanto daño y error. - AAM no prevenibles: son aquellos AAM que se producen a pesar del uso apropiado de los medicamentos (daño sin error) y se corresponden con las denominadas reacciones adversas a medicamentos (RAM).

Error: es la falla para completar una acción tal como fue planeada o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo; no siempre provoca un daño o lesión. Por Acción: Resultante de “hacer lo que no había que hacer”. Por Omisión: Causado por “No hacer lo que había que hacer”.

Error de medicación (EM): cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor. Esto puede estar relacionado con las prácticas profesionales, con los productos, con los procedimientos o con los sistemas, e incluyen los fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización de los medicamentos. Esta definición expresa el carácter prevenible de los errores y el hecho de que suponen cualquier fallo que se produce en cualquiera de los procesos del sistema de utilización de los medicamentos.

Casi error: incidente en el proceso asistencial que no alcanza al paciente.

Evento adverso: incidente que provoca injuria o daño al paciente, no intencional, consecuencia del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma.

Evento centinela: incidencia imprevista en la que se produce la muerte o una lesión física o psíquica grave, o el riesgo de que se produzca. Una lesión grave comprende específicamente la pérdida de una extremidad o una función. La frase “o el riesgo de que se produzca” comprende toda variación del proceso cuya repetición conllevaría una probabilidad importante de un resultado adverso grave. Esos eventos se denominan “centinelas” porque avisan de la necesidad de una investigación y una respuesta inmediata.

Incidente de seguridad: evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.

Reacción adversa a medicamentos (RAM): todo efecto perjudicial y no deseado que se presenta después de la administración de un medicamento a las dosis normalmente utilizadas en el hombre para la profilaxis, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o con objeto de modificar su función biológica. Se considera que las RAM no suponen un mal uso de los medicamentos, es decir, que no se producen por un error.



Te protegemos para que nos sigas cuidando.

Con tu póliza de **Praxis Médica** te brindamos asesoramiento médico legal las 24 horas y descuentos exclusivos para una protección integral.



SEGURO DE HOGAR



INTEGRAL DE COMERCIO
(RUBRO MÉDICO)



SEGURO DE AUTO

Comunicate con tu Productor Asesor de Seguros o envíanos un mail a consultas-seguros@smg.com.ar

www.swissmedicalseguros.com



SMG Compañía Argentina de Seguros S.A. | CUIT 30-50003196-0 | Av. Corrientes 1865 PB | (C1045AAA) Buenos Aires, Argentina.

N° de inscripción SSN
0002

Departamento de Orientación
y Asistencia al Asegurado

0800-666-8400

www.argentina.gob.ar/ssn

 SSN | SUPERINTENDENCIA DE
SEGUROS DE LA NACIÓN



SWISS MEDICAL

S E G U R O S

SMG Compañía Argentina de Seguros S.A.
Av. Corrientes 1865 Planta baja (C1045AAA) | CABA, Argentina.
Tel.: (54-11) 5239-6300



www.swissmedicalseguros.com

