

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Contigo mejor
salud

REVISIÓN DE ESTRATEGIAS EFECTIVAS PARA LA SEGURIDAD DE LA ATENCION DEL PACIENTE

**Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
Subsecretaría de Redes Asistenciales**



Departamento de Calidad
y Seguridad del Paciente

©Ministerio de Salud
Mac Iver 541
Derechos reservados
Registro Propiedad Intelectual N° 174.950
I.S.B.N 978-956-7711-97-0

Impreso en Chile
1ª Edición Octubre 2008
Autores:
Dr. Luis Vera Benavides
Documentalista. Patricia Kraemer Gómez
Santiago

INDICE

Indice.....	1
Introducción.....	2
1.-Estimación del tamaño y severidad del problema.....	3
2. -Definiciones y clasificación de eventos adversos.....	9
2.1.- Definiciones.....	9
2.2.-Clasificación Eventos adversos.....	10
3.- Gestión del Riesgo Sanitario.....	11
4.- Estrategias efectivas para la seguridad del paciente.....	13
4.1.- Estrategias para la organización y los equipos de salud.....	13
4.2.- Estrategias para las tecnologías sanitarias.....	16
5.- implementación de estrategias de seguridad del paciente.....	21
6.- conclusiones.....	27
Anexo.....	32

Introducción:

La seguridad del paciente constituye una actividad compleja ya que en ella se conjugan los aspectos propios de los sistemas sanitarios y las acciones humanas. No existen metodologías consensuadas capaces de controlar todas las variables que influyen en la seguridad y tampoco forma de garantizar la ausencia de eventos adversos asociados a la atención.

En USA los errores médicos son el causante de la muerte de 98.000 pacientes al año. En Canadá y Nueva Zelanda el 10% de los pacientes hospitalizados sufren las consecuencias de errores médicos. A esto se suma las consecuencias económicas: aumento de días de hospitalización, demandas judiciales, pérdidas de ingreso, infecciones intrahospitalarias, discapacidades y gastos médicos, causando pérdidas tanto para los establecimientos como para las familias de los pacientes, traducidos en costos directos e indirectos de las intervenciones.

En el marco del Proyecto de Revisión de Estrategias Efectivas para Implementar Políticas de Seguridad y de acuerdo a los hallazgos previos de la evidencia se puede sistematizar la información en torno a cuatro áreas específicas que facilitan su análisis:

1. Estimación del tamaño y severidad del problema (Identificar el problema)
2. Gestión del Riesgo
3. Sistematización de la evidencia o reportes de experiencias acerca de la efectividad de las intervenciones-acciones para reducir el problema
4. Sistematización de la evidencia o reportes de experiencias acerca de cómo implementar las intervenciones-acciones para reducir el problema.

Dado este escenario metodológico a continuación se revisa la evidencia más reciente en materias de seguridad a partir de los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud de modo de facilitar la aplicación de la información presentada para el desarrollo de estrategias efectivas para las políticas de seguridad del paciente

1. ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO Y SEVERIDAD DEL PROBLEMA

La seguridad del paciente definida como la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos en la atención, implica la combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas en la atención de salud con la intención de aportar beneficios a los pacientes. Sin embargo también está condicionada por el riesgo inevitable de que ocurran eventos adversos.

El problema de los eventos adversos asociados a la atención de los pacientes no constituye una situación nueva en la salud pública. En las décadas de 1950 y 1960 algunos estudios ya reportaron la presencia de eventos adversos a través de estudios toxicológicos de productos farmacológicos, específicamente en la toxicidad de algunas drogas en animales. En la década de 1990 se comienza a tomar conciencia de la importancia de este tema al publicarse estudios realizados en Estados Unidos, Australia, Reino Unido y Canadá, entre otros.

La magnitud del problema se comienza a dimensionar a partir del estudio de Harvard que concluyó que el 4% de los pacientes hospitalizados sufren algún tipo de daño por eventos adversos, el 70% de los eventos adversos provoca incapacidad temporal y el 14% de los incidentes son mortales. El informe del Instituto de Medicina de los Estados Unidos, señala que los errores médicos causan entre 44.000 y 98.000 defunciones cada año en los hospitales de su país, lo que representa más muertes que las producidas por accidentes automovilísticos, el cáncer de mama o el SIDA. Así mismo el Departamento de Salud del Reino Unido en su informe del año 2002, estimó que el 10% de los pacientes que requieren hospitalización sufren daños que se pueden evitar y eventos adversos por la atención médica¹.

En Australia Ross Wilson y sus colegas en 1995 publicaron el Estudio Quality Health Care Study (QAHCS)² sobre errores médicos en este país, revisaron 14.000 ingresos hospitalarios de un total de 28 hospitales. Los resultados del estudio mostraron que el 16.6% de los ingresos estuvieron asociados con eventos adversos y 51% de estos eventos eran prevenibles. Otro estudio realizado en un Hospital³ docente de Toronto informó que el 39% de los pacientes experimentaron una o más complicaciones en un periodo de revisión de 2 meses del estudio, obteniendo como resultado un monto total de 144 complicaciones en 192 pacientes de los cuales el 18% estuvieron relacionados con errores médicos. En el año 2004, Baker GR, Norton PG et al publicaron el estudio The Canadian Adverse Events Study: the incidente of adverse events among hospital patients in Canadá⁴, en este estudio participaron 4 hospitales que fueron seleccionados aleatoriamente de un total de 5 provincias: Columbia Británica, Alberta, Ontario, Québec y Nueva Escocia. El total de la tasa de incidencia de eventos adversos fue de 7.5% lo que sugiere que de casi 2.5 millones de

¹ Gutierrez, Rafael. Seguridad del paciente: conceptos y antecedentes; Revista CONAMED(2) abril-junio:p4: 2007

² Simon A; Lee C Robert et al: Institutional Medical Incident Medical Reporting Systems: A review. Health Technology Assessment Unit AHFMR Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Initiative 17: August:p7:2005

³ Simon A; Lee C Robert et al: Institutional Medical Incident Medical Reporting Systems: A review. Health Technology Assessment Unit AHFMR Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Initiative 17: August:p8:2005

⁴ G. Ross Baker; Meter G. Norton et al. The Canadian Adverse Events Study: The incidence of advers event among hospital patients in Canada JAMC, 170(11): 1678-186: 2004

ingresos anuales de hospitales en Canadá, cerca de 185.000 están asociados con un evento adverso, de los cuales 70.000 son considerados prevenibles.

La multiplicidad de estudios realizados sobre eventos adversos en el ámbito hospitalario revela la intención de aumentar el conocimiento de la incidencia y tipo de eventos adversos con el objetivo de generar estrategias efectivas para la seguridad del paciente.

A continuación se describen algunos estudios de eventos adversos encontrados en la literatura con sus respectivos tamaños muestrales y tasas:

Estudio	Tamaño de la Muestra	Frecuencia de Error/EA
Steel et al 1981(Steel, Gertman, Crescenzi, & Anderson, 1981)	815 pacientes admitidos en un servicio médico general de un hospital universitario americano	36% enfermedad iatrogénica 9% incidente mayor 2% contribución en la muerte del paciente
California Medical Association, 1977 (Mills,1977)	20.864 registros de 2 hospitales en California	4,6% de posibles eventos indemnizables 0,8% eventos adversos negligentes
Harvard Medical Practice Study (Brennan, Leape, Laird, Hebert, et al ,1991)	30.121 casos de 51 hospitales no-psiquiátricos de agudos en el estado de Nueva York durante el año 1984	3,7% frecuencia global de eventos adversos 1% eventos adversos negligentes (27,6% de todos los eventos adversos) 13,6% de los eventos adversos contribuyeron a la muerte
Utah & Colorado study (Thomas, Studdert, Burstin, Orav, Brennan, et al, 2000a)	15.000 altas de hospitales no-psiquiátricos en Utah y Colorado	2,9% eventos adversos globales (32,6% atribuibles a negligencia y en el 6,6% se produjo la muerte)
Revised Quality in Australian Health Care Study (Thomas, Studdert, Runciman, Webb, Brennan,et al, 2000b)	14.655 registros médicos de admisión de 28 hospitales de New South Wales y South de Australia, clasificados de acuerdo a los métodos de Utah/Colorado	10,6% eventos adversos globales
(McGuire et al. 1992)	44.603 procedimientos quirúrgicos sucesivos en un hospital durante el periodo de 1977-1990	6,3% de complicaciones (49% de ellas atribuibles a error y el 4,1% de errores condujo a la muerte)
(O'Hara & Carson ,1997)	Todas las altas en 247 hospitales de agudos de Victoria, Australia en 1994-95	5% eventos adversos globales 1,6% eventos adversos contribuyen a la muerte

(Davis, Lay-Yee, Briant, Schug, et al 2002)	6.579 altas de 13 hospitales públicos de Nueva Zelanda en 1998	12,9% eventos adversos globales
Estudio Piloto 2 Hospitales ingleses (Vincent, Neale & Woloshynowych 2001)	1.014 registros médicos y de enfermería	11,7% eventos adversos globales (48% catalogados como prevenibles y el 8% contribuyó a la muerte)
Fenn, Gray, Rickman, Diacon, et al ,2002)	Encuesta a 8.206 individuos de una muestra aleatoria de la población	1,6% de la población /año manifestó eventos adversos (enfermedad, daño o empeoramiento)

Adverse events and the National Health Service: an economic perspective. Health Economics Research Centre Department of Public Health University of Oxford. Noviembre 2003.

En América Latina también se han desarrollado importantes estudios para conocer las tasas de eventos adversos en la atención sanitaria. Entre estos, un estudio realizado por Gaitán-Duarte Hernando et al; denominado “Incidencia y Evitabilidad de eventos Adversos en Pacientes Hospitalizados en tres Instituciones Hospitalarias en Colombia, 2006”⁵, en el cual participaron una institución pública de referencia de alta complejidad tipo hospital universitario, una institución privada de complejidad media que atiende preferentemente pacientes del sistema subsidiado y una institución privada. Las instituciones incluidas en el protocolo tenían más de 100 camas y atendían más de 4.000 hospitalizaciones por año, 24 horas al día. Este estudio reportó que la frecuencia de los eventos adversos variaba entre el 1 y 22% dependiendo del servicio donde fueron medidos, el tipo de institución y el método utilizado para su medición. Se reportó, además, que entre un 30 y 70% de ellos son evitables y tienen un significativo impacto en términos de prolongación de la estancia hospitalaria, discapacidad resultante, costos y mortalidad.

Se encuentra en desarrollo el Estudio IBEAS (Prevalencia de Eventos Adversos en Hospitales de Latinoamérica), proyecto desarrollado por Colombia en conjunto con México, Costa Rica, Perú y Argentina, y patrocinado por la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente (OMS Ginebra) y la Organización Panamericana de la Salud y el Soporte Técnico del Ministerio de Sanidad y Consumo (España), cuyos resultados están próximos a ser publicados.

Seguridad del Paciente en la Atención ambulatoria

Como se ha visto la seguridad en la atención de los pacientes relacionada con los eventos adversos en el ámbito hospitalario, ha sido estudiada y se ha ido tomando conciencia de su importancia. Sin embargo, pocos son los estudios sobre eventos adversos relacionados con la atención ambulatoria, fundamentalmente porque su principal característica se basa en la continuidad de la atención y el trabajo en equipo, que implica la coordinación con distintos niveles de atención y porque los registros clínicos de los pacientes son abordados desde una perspectiva integral en el tiempo, lo que hace difícil establecer sistemas de vigilancia para la identificación de

⁵ Gaitán-Duarte Hernando et al Incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias en Colombia 2006. Rev Salud Pública 10(2):215-226,2008

eventos adversos, a diferencia de los registros en la atención hospitalaria que contienen información de episodios acotados de más fácil análisis.

En la atención ambulatoria parte importante del cuidado depende del propio paciente y su familia, como también de los profesionales de la salud y de las organizaciones, lo que conlleva a que la responsabilidad para mejorar la seguridad de los pacientes sea compartida por todas estas instancias. Sin embargo, la mayor responsabilidad en la entrega de cuidados a los pacientes en este nivel de atención, se encuentra en el ámbito técnico y en el de la entrega de información del funcionamiento del sistema y sus proveedores. La discontinuidad en el sistema de entrega de cuidados en cualquier punto del continuo de la atención, aumenta el riesgo de ocurrencia de eventos adversos y constituye una amenaza para la seguridad de los pacientes.

Mientras la entrega de atención ambulatoria es tecnológicamente menos compleja que la atención hospitalaria, sí lo es logísticamente. La deficiente infraestructura de los sistemas de salud para la atención ambulatoria, no constituye un óptimo apoyo para la coordinación y el manejo del cuidado de las personas. Un episodio de entrega de atención de salud ambulatoria a menudo requiere comunicación y coordinación entre clínicos, el paciente y la familia en varias fases del proceso de atención. Esto implica trasladarse a diferentes lugares para la realización de exámenes y diagnósticos por lo cual la comunicación de los resultados al médico y al paciente están sujetos a múltiples fallas del propio sistema.

Por otro lado los factores sociales relacionados con los pacientes adquieren una mayor importancia en el cuidado ambulatorio, por ejemplo en los errores de medicación existe una diferencia entre lo que los pacientes hacen y lo que los médicos esperan que ellos hagan, esta diferencia pueden ser explicada debido a barreras económicas, al no entendimiento por parte de los pacientes de las indicaciones o a las recomendaciones descontextualizadas de los médicos, además de otros factores. En los establecimientos de entrega de cuidados ambulatorios los clínicos tienen menos control sobre las acciones y decisiones de los pacientes que están sujetos a diferentes ambientes sociales.

Durante los últimos 20 años se ha experimentado un rápido crecimiento en el volumen y complejidad de procedimientos que se realizan en establecimientos ambulatorios. Hoy en día y de acuerdo a la literatura disponible, más del 77% de los procedimientos médicos son realizados ambulatoriamente⁶, esto debido a la ampliación del ámbito de aplicación de procedimientos quirúrgicos realizados fuera del hospital y al mejor manejo del dolor y de la anestesia. Por ejemplo un estudio sobre cirugías realizadas desde 1980 a 1995 reveló un número de intervenciones quirúrgicas de pacientes hospitalizados relativamente constante de alrededor de 17 millones de intervenciones quirúrgicas por año en los Estados Unidos, mientras que las cirugías ambulatorias aumentaron dramáticamente desde 3 millones a 27 millones de operaciones⁷ (Kozak et al 1999). Entre 1980 y 1997 respecto del total de cirugías, las cirugías ambulatorias aumentaron de un 16.3 al 60.7% (NCHS, 1999b)⁸, lo cual implica no solo una mejoría en la cobertura de dichos programas sino que también un mayor riesgo de ocurrencia de eventos adversos.

⁶ Hammons, Terry. Ambulatory Patient Safety. What we know and need to know. Journal of Ambulatory Care Management/January-March;p66:2003

⁷ Hammons, Terry. Ambulatory Patient Safety. What we know and need to know. Journal of Ambulatory Care Management/January-March;p66:2003

⁸ Hammons, Terry. Ambulatory Patient Safety. What we know and need to know. Journal of Ambulatory Care Management/January-March;p66:2003

Existen poblaciones en que el riesgo de las atenciones ambulatorias puede ser mayor, como en los pacientes con problemas psiquiátricos, pacientes con enfermedades crónicas, niños, adultos mayores, indigentes, grupos étnicos, etc. Los adultos mayores son particularmente más vulnerables a las lesiones médicas, ya que son más propensos a tener enfermedades crónicas y también a padecer enfermedades más severas; esto aumenta el riesgo y las consecuencias de las reacciones adversas a medicamentos y otras formas de errores médicos y quirúrgicos.

Un estudio realizado en 1992 titulado: National Ambulatory Medical Care Survey(NAMCS), reportó que cerca de 7.75 millones de consultas médicas realizadas por adultos mayores resultaron en la prescripción de al menos un medicamento de una lista de 20, que fueron inapropiados para los adultos mayores y cerca de 720.000 consultas resultaron en la prescripción de 2 medicamentos inapropiados (Aparasu&Fliginger, 1997)⁹. Desde el punto de vista epidemiológico Weingart et al. (2000) concluye que la mayoría de los estudios relacionados con los eventos adversos que ocurren en establecimientos de cuidados ambulatorios son subestimados lo cual no permite tener una clara la magnitud del problema.

La literatura ofrece abundante información acerca de los múltiples factores que pueden reducir el riesgo en los pacientes hospitalizados, no así en los de atención ambulatoria ya que existe menor regulación, menos interacción entre grupos de pares profesionales y existe un menor desarrollo de políticas y procedimientos. Esto permite una enorme variación por ejemplo, en las mantenciones de los equipos, en lo relacionado con capacitaciones y educación del personal en el uso de nuevas tecnologías.

Finalmente algunos estudios concluyen que los riesgos que se presentan en la atención ambulatoria se encuentran mayoritariamente en: falla en el diagnóstico, el tamizaje y seguimiento (errores por omisión), temas relacionados con la identificación del paciente, complejidad de la tecnología utilizada en la intervención y capacitación inadecuada del personal de salud.

El Estudio APEAS (Estudio de Eventos Adversos en Atención Primaria) desarrollado en España es un estudio de prevalencia y muestra la siguiente información resumida en la tabla:

Estudio	Tamaño de la Muestra	Frecuencia de Error/EA
Aranaz Jesús M ^a . Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. APEAS.2007	96.047 pacientes que consultaron en los 48 centros seleccionados pertenecientes a 16 Comunidades Autónomas de España	Se concluye que el 70% de los eventos adversos son evitables y lo son más (80%) cuanto mayor es su gravedad. El origen de los EA son multicausales. En su origen están comprometidos factores relacionados con el uso de fármacos, la comunicación, con la gestión y con los cuidados

Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. APEAS.2007

⁹ Hammons, Terry. Ambulatory Patient Safety. What we know and need to know. Journal of Ambulatory Care Management/January-March;p67:2003

Situación de los Países en desarrollo

El panorama de la seguridad del paciente en los países en desarrollo y en los países con economías en transición es particularmente preocupante. Comenzando por los problemas de infraestructura y equipamiento, la irregularidad en la entrega y calidad de los medicamentos, los problemas relacionados con las infecciones intrahospitalarias, el desempeño deficiente del personal ya sea por falta de motivación y compromiso o por deficiencias en sus conocimientos técnicos y académicos y la grave escasez de recursos para el financiamiento del funcionamiento de los servicios de salud. Todos estos elementos generan condiciones favorables para que se produzcan más eventos adversos que en los países desarrollados. Dan cuenta de ello informes elaborados por la Organización Mundial de la salud, los que indican que un 77% de todos los casos notificados de falsificación de medicamentos o de calidad inferior a la norma se presentan en países en desarrollo. Igualmente se identificó que al menos el 50% de todo el equipamiento médico está inutilizable o solo se puede utilizar parcialmente, lo que provoca que aumente el riesgo de causar daño al paciente y al personal de salud¹⁰

Aunque en estricto rigor ningún país, ya sea rico o pobre, ha resuelto el problema de la seguridad del paciente, iniciativas como la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente representa un enorme avance para mejorar el desempeño de los sistemas de atención en la reducción de los riesgos de la atención médica.

El impacto económico de los eventos adversos

El impacto financiero de los eventos adversos ha sido estudiado por diferentes grupos. En el Reino Unido e Irlanda del Norte el exceso de días de hospitalización por concepto de los eventos adversos cuestan por sí solos cerca de 2.000 millones de libras al año. El pago de indemnizaciones a los pacientes derivado de los errores médicos significan para el Servicio Nacional de Salud unos 400 millones libras anualmente; finalmente se estima que las infecciones intrahospitalarias por si solas generan gastos por 100 millones de libras de las cuales el 15% son evitables¹¹.

El Sistema de Salud Norteamericano en el año 1984, informó que los costos directos relacionados con eventos adversos prevenibles fueron estimados en \$10.1 billones y desde entonces esta cifra ha ido en aumento¹² a pesar de las políticas implementadas.

Otro estudio utilizando una muestra de 28 hospitales en UTAH y Colorado reportó que el total de costos asociados a los eventos adversos pueden alcanzar cifras de alrededor de US\$159.254.000 de los cuales el 46% fue atribuible al cuidado ambulatorio. Se estima que los costos asociados a los eventos adversos prevenibles son más de US\$ 4.000 por evento adverso. En promedio los eventos adversos asociados a medicamentos aumentan el tiempo de hospitalización en 4.6 días y que estos, podrían significar un costo de \$2.8 millones para un hospital de 700 camas¹³.

¹⁰ Gutierrez, Rafael. Seguridad del paciente: conceptos y antecedentes; Revista CONAMED,(2) abril-junio:p5: 2007

¹¹ Gutierrez, Rafael. Seguridad del paciente: conceptos y antecedentes; Revista CONAMED,(2) abril-junio:p5: 2007

¹³ Health Technology Assessment Unit AHFMR Alberta Heritage Foundation for Medical Research: Institutional Medical Incident Medical Reporting Systems: A review. August p2: 2005

Por otro lado los costos indirectos que provocan los eventos adversos son de difícil valoración en costo real, considerando que el costo de la vida y los niveles socio económicos son diferentes entre países e incluso entre regiones de un mismo país. Es claro que la carga económica que conllevan afecta no solo a los sistemas sanitarios sino también a los sistemas de asistencia social y otros, cuando los eventos adversos tienen como resultado discapacidades, pérdida de productividad y muerte.

La mayoría de los estudios que se han desarrollado plantean la necesidad de un cambio cultural de las organizaciones, que permita promover las buenas prácticas de los profesionales de salud para gestionar adecuadamente la atención de salud y con esto garantizar la seguridad en la entrega de las prestaciones.

2.- DEFINICIONES Y CLASIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS:

2.1.- Definiciones

Evento adverso: Lesión o complicación no intencional que tiene por resultado la discapacidad del paciente al momento del alta, muerte o aumento de los días de hospitalización provocados por el manejo en la atención de salud más que por enfermedades subyacentes del propio paciente.¹⁴

Incidente: suceso adverso, consecuencia de la atención sanitaria recibida, que no llega a provocar daño al paciente.¹⁵

Seguridad del paciente: ausencia de accidente o lesiones prevenibles producidos en la atención médica.¹⁶

Prevención del daño: libre de daño accidental o de lesiones evitables producidos por la atención médica.¹⁷

Prácticas seguras: Prácticas que reducen el riesgo de eventos adversos relacionados con la atención médica dados distintos diagnósticos o condiciones clínicas del paciente.¹⁸

Error Médico: es el que resulta de una equivocación en que no existe mala fe, ni se pone de manifiesto una infracción o imprudencia, como en el caso de la negligencia, abandono, indolencia, desprecio, incapacidad, impericia e ignorancia profesional.¹⁹

¹⁴ G. Ross Baker; Meter G. Norton et al. The Canadian Adverse Events Study: The incidence of adverse event among hospital patients in Canada JAMC, 170(11): p1679:2004

¹⁵ Estudio Nacional de los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005.

¹⁶ Gutierrez, Rafael. Seguridad del paciente: conceptos y antecedentes; Revista CONAMED (2) abril-junio:p4: 2007

¹⁷ Patient safety and Quality: An evidence –Based Handbook for Nurses; <http://www.ahrq.gov/qual/nursesfdbk/index.html>

¹⁸ Patient safety and Quality: An evidence –Based Handbook for Nurses;

<http://www.ahrq.gov/qual/nursesfdbk/index.html>

¹⁹ Narey Benito. Calidad de la atención de salud. Error médico y seguridad del paciente; Rev Cubana Salud Pública 3(3):239-44: 2005

Errores de medicación: suceso que puede evitarse y que es causado por la utilización inadecuada de un medicamento produciendo lesión a un paciente, mientras la medicación esta bajo control de personal sanitario.²⁰

2.2.- Clasificación Eventos adversos

Los eventos adversos han sido clasificados según la causa básica u origen del evento, la gravedad, la discapacidad resultante, la severidad, el componente de la atención donde se origina y la temporalidad de la aparición del evento con respecto al ingreso en la hospitalización.

En general la literatura científica publicada establece áreas de acción específicas para identificar eventos adversos:

- Errores médicos relacionados con el diagnóstico y por ende en el tratamiento.
- Errores de identificación del paciente: Todas la actuaciones realizadas a un enfermo para el que o estaban destinadas como consecuencia de una identificación deficiente.
- Errores de medicación.
- Infecciones nosocomiales: una infección se considera nosocomial si no hay indicios que el paciente la tuviera, ni en la fase clínica ni de incubación, al momento de la atención sanitaria. Se considera como caso particular de infección nosocomial al ingreso hospitalario toda infección presente al momento del ingreso, que hubiera sido adquirida en un ingreso anterior.
- Reintervenciones: procedimiento quirúrgico repetido en un periodo inferior a 30 días, motivado por causas relacionadas con una intervención anterior.
- Complicaciones de las técnicas quirúrgicas: consecuencia de intervención quirúrgica, incluye lesiones inmediatas y las tardías.
- Caídas.
- Lesiones por presión: Necrosis isquémica y ulceración de tejidos que cubren una prominencia ósea que ha sido sometida a presión constante como consecuencia de una estancia en cama prolongada por la patología que motivó el ingreso.
- Complicaciones neonatales.
- Reacciones adversas a medicamentos: Alteraciones y/o lesiones producidas cuando los medicamentos se utilizan de manera apropiada , las cuales son difícilmente evitables.
- Sistema de reporte de incidentes y eventos adversos en la atención.
- Vulnerabilidad de los edificios: Fallas estructurales y no estructurales

²⁰ Estudio Nacional de los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización ENEAS: 4-145: 2005.

3. GESTIÓN DEL RIESGO SANITARIO

Esta disciplina tiene como objetivo el estudio de los eventos adversos derivados de la asistencia sanitaria mediante su detección y análisis con el objetivo final de diseñar estrategias para su prevención²¹, generando una cultura de preocupación por la seguridad ya que esta es probablemente la dimensión más importante de la calidad asistencial. Esta gestión de riesgo puede realizarse en 3 fases:

- Identificación de los eventos adversos.
- Evaluación y análisis de la frecuencia, costo y gravedad del riesgo.
- Generación de un conjunto de actuaciones para prevenir el riesgo, eliminándolo y si no es posible reduciéndolo.

Los errores evitables en organizaciones complejas están relacionados más con el sistema que con fallas individuales; en este sentido la creación de sistemas de registro y notificación de problemas de seguridad son una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su ocurrencia en el contexto de la mejora continua.

No existe consenso sobre cual es el mejor sistema de notificación de eventos adversos, pudiendo tener dos miradas, una enfocada hacia garantizar la responsabilidad social (de tal forma que los prestadores de salud rindan cuenta sobre la seguridad de su práctica) o, de forma alternativa o complementaria, para que los prestadores de salud proporcionen información útil sobre la mejora de la seguridad.

Los sistemas que se enfocan hacia la mejora de la seguridad son los sistemas de carácter voluntario y se centran en los incidentes o en errores que han producido daño mínimo. Su objetivo es identificar áreas o elementos vulnerables del sistema antes de que se produzca el daño en los pacientes y formar a los profesionales sobre lo aprendido en el análisis de múltiples casos.

Los profesionales clínicos implicados en la práctica diaria son los más indicados para la detección de los problemas pero deben contar con el apoyo de metodologías para aplicar en su análisis.

La Organización Mundial de la Salud a través de la iniciativa de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente²² ha desarrollado un enfoque coherente respecto a la gestión de la seguridad, la calidad y el riesgo; para ello se discuten 43 características de este enfoque que implican la gestión de incidentes y sistemas de información fundamentados en una clasificación de seguridad estandarizada, incorporar los sistemas que puedan acomodar la información de todas las fuentes, gestionar y mejorar en forma continua, y permitir un acceso amplio al intercambio de información y la difusión de herramientas para la aplicación de estrategias que han demostrado efectividad.

Para estos desarrollos son necesarios sistemas integrados y con ciertas características como las siguientes:

²¹ Muiño Miguez A et al. Seguridad del Paciente. An Med Interna (Madrid) 24,(12): 602-607:2007

²² Runciman, WB et al. An integrated framework for safety, quality and risk management: an information and incident management system based on a universal patient safety classification. Qual Saf Health Care 2006; 15 (Suppl I): i82-i90. doi: 10.1136/ qshc.2005.017467

1. Estar basados en un modelo de gestión de la información consistente con otros modelos utilizados por industrias de alto riesgo, tales como la aviación, ferrocarril, plataformas petroleras, y energía nuclear.
2. Estar apoyados por una clasificación amplia y universal de la seguridad de los pacientes.
3. Estar en condiciones de obtener, clasificar, almacenar, analizar y gestionar las acciones relacionadas con los incidentes y con todo el espectro de la atención de la salud reportado por los respectivos agentes de vigilancia
4. Dar cabida a la información de todas las fuentes disponibles
5. Los sistemas deben contener conceptos que provengan del mundo real.
6. Considerar la necesidad de incorporación de los conceptos emergentes en materias de seguridad.
7. Ser capaz de recoger información sin estar limitados por las definiciones sobre el tipo de evento o circunstancia
8. Poder ser utilizada por los financiadores, administradores, proveedores, cuidadores, pacientes, y otros clientes o consumidores.

Conocida la importancia de las infecciones Intrahospitalarias como elemento fundamental en la seguridad del paciente, la Organización Mundial²³ de la Salud ha relevado este ámbito de la seguridad. Cada año el cuidado de los pacientes y sus tratamientos se ven complicados por infecciones adquiridas durante el proceso de hospitalización. El impacto de las infecciones adquiridas en este proceso está relacionado con la prolongación de los días de hospitalización, discapacidades resultantes, costos adicionales y muerte.

Las principales estrategias definidas por la Alianza Mundial por la seguridad del paciente para gestionar los riesgos de infecciones intrahospitalarias incluyen:

Limpieza de los productos:

- La limpieza para la recolección, procesamiento y administración sangre
- Limpieza óptima de la piel de los donantes de sangre
- Prácticas segura para la transfusión de sangre. (protocolos)

Limpieza en las prácticas:

- Limpieza en los procedimientos quirúrgicos
- Preparación óptima de manos para cirugía
- Acceso a seguro en caso de emergencia y al cuidado quirúrgicos

Limpieza de equipos:

- Limpieza óptima de manos al momento de aplicar una inyección
- Uso de jeringas desechables
- Dispositivo de desechos seguros para jeringas

Limpieza del ambiente.

- Agua limpia
- Manejo seguro de los desechos de los elementos utilizados en la atención

²³ Pittet Didier et al Clean care is safer care: The Global Patient Safety Challenge 2005-2006. International Society for Infectious Diseases 10: 419-424: (2006)

El desarrollo de guías de práctica clínica y protocolos relacionados con los elementos relevados por la OMS constituyen los instrumentos necesarios a desarrollar por cada país o la adaptación de guías a la realidad local.

En el ámbito de la atención ambulatoria un estudio relacionado con la Gestión del Riesgo en el uso de medicamentos,²⁴ plantea que la iatrogenia producida por los eventos adversos a drogas es muy común y un problema prevenible en la práctica clínica diaria. Todas las estrategias hasta ahora se han centrado en el ambiente intrahospitalario, sin embargo la mayor parte de la medicación es utilizada fuera de los hospitales y es administrada por los pacientes o por personas encargadas de su cuidado. Conocido el rol central del manejo de los eventos adversos medicamentosos podemos conceptualizar la seguridad de las intervenciones en base a medicamentos ambulatorios según la matriz de Haddson en 3 fases, según la ocurrencia del efecto principal del fármaco, previo, durante y post al efecto, lo que determina diferentes intervenciones a desarrollar en los distintos niveles del proceso; pacientes, el medicamento mismo y el paciente fuera del recinto de salud. En este contexto resultan fundamentales las soluciones que incluyan innovación en ingeniería y estrategias de aplicación así como la educación de los pacientes. Por último la sustentabilidad de intervenciones activas versus las pasivas podrían ser consideradas para seleccionar intervenciones en seguridad para gestionar el riesgo sanitario.

4.- ESTRATEGIAS EFECTIVAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

4.1.- Estrategias para la organización y los equipos de salud

En el sector salud y a nivel de los usuarios existe la percepción de que las jornadas y sobrecarga de trabajo aumentan los errores médicos. En este sentido una revisión sistemática de Fletcher et al²⁵ analiza la privación de sueño en los médicos de turno versus outcomes o resultados relacionados con la mortalidad, eventos adversos y errores médicos en los pacientes, demostrando que la evidencia es insuficiente para establecer una relación causal entre ambos. No obstante estas conclusiones las medidas de regulación de las horas de trabajo del personal sanitario son un tema de preocupación de las autoridades que regulan la atención en salud, es así como la Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) de los EEUU ha realizado cambios desde el año 2003 en las jornadas de trabajo de los residentes, aún con resultados desconocidos.

Para gestionar los riesgos en los establecimientos de salud un elemento fundamental lo constituyen los equipos de trabajo bien coordinados. Investigaciones sugieren que los errores médicos son el resultado de fallas en los sistemas y en los equipos de trabajo principalmente. En muchas organizaciones las mentalidades jerarquizadas, grupos de trabajo inadecuados y la no aceptación de protocolos que guíen las conductas pueden influir en como los equipos de profesionales trabajan juntos y gestionan sus labores clínicas.

²⁴ Bunitz, Daniel y Layde, Peter. Outpatient drug safety: new stops in an old direction. *Pharmacoepidemiology and Drug safety*; 16: 160-165: 2007

²⁵ Fletcher et al. Systematic Review: Effects of resident Work Hours on Patient Safety. *Ann Intern Med*; (141): 851-857: 2004

Un estudio realizado²⁶ por Harris y cols aplicó un programa de capacitación para equipos de trabajo conocido como MedTeams (Dynamics Research Corporation Andover, MA), que solo se había aplicado a equipos de profesionales que trabajan en la aeronáutica civil, considerado como una estrategia para la seguridad del paciente.

Este programa de capacitación fue aplicado a equipos de trabajo conformados por médicos y enfermeras de 7 hospitales de EEUU, en unidades perinatales. Los resultados fueron una mejor coordinación en el cuidado de los pacientes, lo que permitió prever con anticipación los posibles errores antes que produjeran daño en los pacientes y mejoró la comunicación entre los profesionales. Los participantes en este programa incorporaron los conceptos y conductas necesarias para establecer y mantener un clima y una estructura de equipo, planificar y resolver los problemas, comunicar y manejar la carga de trabajo, y fue especialmente exitoso en los servicios de urgencia.

Gestionar los equipos de trabajo para la prevención de los riesgos asociados a la atención forma parte de la cultura organizacional, un cambio en esta cultura toma alrededor de 1 a 2 años y requiere que los equipos estén íntimamente involucrados con sus líderes en la toma de decisiones, en el desarrollo de cronogramas de trabajo y en planes de acción que aseguren la integración de las conductas a los equipos de trabajo.

Las organizaciones consideran muchas veces temas específicos en la prevención de los eventos adversos. Una revisión de Connelly et al ²⁷ evalúa estrategias para prevenir caídas y fracturas en hospitales y casas de reposo en pacientes con daño cognitivo. Se plantea la evaluación de intervenciones multifactoriales e intervenciones aisladas o únicas, concluyendo que hay alguna evidencia que las intervenciones multifactoriales (combinadas) como la indicación de calcio oral y vitamina D en dosis apropiadas reduce las tasas de caídas y fracturas en hospitales y que el uso de protectores de cadera previene las fracturas de caderas en casas de reposo, junto a esto no hay evidencia suficiente para la efectividad de otras intervenciones únicas en hospitales o casas de reposo, o para intervenciones multifactoriales en casas de reposo.

Intervenciones para la organización que consideren la conducta, educación, información y manejo de los errores médicos en los equipos de salud también han sido abordadas en la literatura, Ioannidis et al²⁸ muestra en una revisión de ensayos clínicos que intervenciones relativamente simples pueden disminuir en forma importante los eventos adversos derivados de la atención sanitaria. Se reporta que intervenciones variadas como sistemas de alerta informático para alergias y condiciones especiales de los paciente en registros clínicos electrónicos, protocolos de atención, algoritmos, enfoques multidisciplinarios de la atención, intervenciones en farmacia, cambios ergonómicos (por ejemplo iluminación en el lugar de atención) y el desarrollo de aspectos de los cuidados de la salud por otros profesionales aparte de los médicos pueden impactar en outcomes como los errores en medicación, prescripción, errores de dosis y la baja detección de las complicaciones en los que están involucrados profesionales como médicos, enfermeras, farmacéuticos, los mismos pacientes o sus parientes.

²⁶ Harris, Karen y cols. Improving patient safety with team coordination: challenge and strategies of implementation. *JOGNN*. (35); Nº 4: 557-566: 2006

²⁷ Connelly et al. Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analysis. *DARE*. 2007.

²⁸ Ioannidis et al. Evidence on Interventions to Reduce medical errors. *J Gen Intern Med*; 16: 325-334: 2001

El uso sistemático de prácticas basadas en Evidencia ²⁹ es otra vía sumamente útil a nivel de implementación de protocolos, dentro de las organizaciones, para prevenir los eventos adversos y disminuir por ejemplo las Infecciones intrahospitalarias. Para implementar este tipo de prácticas es necesario desarrollar listas de chequeo para los procedimientos, basar en evidencia las prácticas propiamente tales, educar al personal sanitario y empoderar a los equipos en la adopción de estas prácticas. En estos procesos surgen como barreras la resistencia al cambio, la percepción de control y de disminución de las libertades en el desarrollo de la profesión por parte de los clínicos y la falta de liderazgo en la participación en estas problemáticas, por otro lado es necesario detectar las fortalezas de manera de encausar los procesos desarrollando la participación en la toma de decisiones, los liderazgos positivos y la difusión de estos proyectos o acciones a otros actores del sistema sanitario, entre otras fortalezas, que en definitiva dependen de cómo están conformados los equipos y de su grado de cohesión, retroalimentación y capacidad de cambio.

El reporte de los errores médicos es otra área fundamental en las organizaciones como estrategia para los temas de seguridad, es ampliamente sabido que en los lugares donde no existe una mirada sistemática ni sistémica de las problemáticas de seguridad es muy difícil instalar y promover la notificación de estos. Un estudio de Evans et al ³⁰, publicado en la base de datos Cochrane, evaluó la efectividad de una intervención que abarcó educación y distintos niveles de trabajo en el reporte de eventos adversos con el objetivo de mejorar la tasa de reporte de incidentes y un cambio en los incidentes reportados. Se realizó un ensayo clínico con grupos no equivalentes que involucraban médicos y enfermeras en 10 intervenciones en 10 unidades de control en 4 grandes ciudades con 2 hospitales regionales en el Sur de Australia. Las tasas de reporte se compararon por tipo de unidad, profesión, lugar del hospital, tipo de incidentes reportados y mecanismo de reporte en una línea de base y un período de control. La mayoría de los reportes en unidades de emergencia fueron realizados por profesionales médicos (9,5 reportes/10.000 atenciones) y por enfermeras en pacientes hospitalizados (59,0 reportes/10.000 atenciones). En definitiva una gran variedad y número de incidentes fueron reportados por unidades de intervención durante el estudio y existe una importante heterogeneidad entre las tasas de reporte en distintos tipos de unidades y por tipo de profesional.

Otro aspecto importante es la identificación de los eventos adversos y la forma en que se reportan, es decir, los sistemas de registro que se utilizan para esta actividad. En este sentido son numerosas las formas y vías utilizadas en la literatura destacando un estudio de Silver et al ³¹ en el cual se evalúan la forma de recolectar los datos para eventos adversos en dos estados de EEUU evaluando la confiabilidad de la identificación de los eventos adversos por parte de las enfermeras en relación a los médicos. En este estudio enfermeras revisaron 6296 registros médicos en 41 hospitales de cuidados agudos de Utah y 36 hospitales de pacientes quirúrgicos de Missouri, y de estos 1035 registros fueron revisados también por médicos. Existió concordancia en el reporte entre médicos y enfermeras en el 78,5% de los reportes en Utah y en un 68,2% de los reportes en Missouri.

²⁹ Marrs, Joyce. Using Evidence-BASED Practice Reduce Central Line Infections. *Clinical Journal of Oncology Nursing*,10; (6): 723-725: 2006

³⁰ Evans et al. Evaluation of an intervention aimed at improving voluntary incident reporting in hospitals. *Quality and safety in Health care*; (16): 169-175: 2007.

³¹ Silver et al. Statewide Identification of Adverse Events Using Retrospective Nurse Review: Methods and Outcomes. *Journal of Nursing Measurement*;15: (3) 220-232:2007.

A pesar de existir un sistema de reportes de eventos adversos, es necesario contar con reportes contextualizados a la realidad de los clínicos para que éstos reporten en forma permanente. Una revisión de Mickelsen³² et al. investiga la actitud de médicos generales para reportar y aprender de los eventos adversos. Para estudiar este tema desarrollaron un cuestionario estructurado para evaluar el reporte, las actitudes y aprendizajes a partir de los eventos adversos de los médicos generales. Este instrumento fue generado a partir de 3 entrevistas de grupos focales a 17 médicos generales quienes desarrollaron el cuestionario que a su vez fue entregado a 1198 médicos generales de los cuales respondieron 727 (61%). Los resultados mostraron que los médicos generales tienen una buena actitud para discutir y reportar los eventos adversos y que este debe ser el primer paso para generar proyectos concretos para desarrollar sistemas de reporte.

Como ya se ha dicho las principales causas de errores médicos se relacionan al uso de medicamentos y la demora en detectar complicaciones en los pacientes. En este contexto la generación de protocolos, normas y guías de práctica clínica surge como una vía de solución para disminuir la variabilidad de la práctica clínica. Dentro de este tipo de medidas los Algoritmos para el manejo de medicamentos³³ han sido desarrollados para estandarizar las prácticas de prescripción y generar recomendaciones como la Falls Clinics del Department of Veterans Affairs Central office (creada el 2002). Para esto trabajaron en conjunto médicos, enfermeras y farmacéuticos para establecer los fallos clínicos a través de trabajos grupales, revisando evidencia y desarrollando un trabajo posterior en pequeños grupos para tipos de medicamentos específicos con su respectivo algoritmo cada uno. Posteriormente los algoritmos ya elaborados fueron distribuidos para ensayar su uso y utilizando la técnica Delphi fueron modificados bajo consenso. En esta estrategia las decisiones de tratamiento necesitan basarse en el riesgo de error por cada paciente según sus comorbilidades, estado funcional, y expectativa de vida para generar recomendaciones que no sean rígidas y que permitan realmente reducir los riesgos en la medicación. En definitiva el manejo de la medicación debería solo ser un componente de un plan amplio en orden a reducir los errores y finalmente el daño relacionado a errores médicos.

4.2.- Estrategias para las Tecnologías Sanitarias

Una de las estrategias para disminuir las tasas de eventos adversos en el área de la salud, y también en otras, es la implementación de listas de chequeo, las cuales permiten pasar lista a una serie de antecedentes de los pacientes y el procedimiento a efectuar, lo que finalmente mejora la calidad de la atención y seguridad de ésta. Son muchas las listas de chequeo implementadas, algunas validadas previamente y otras no. Por ejemplo actualmente la OMS propone una lista de Chequeo para Cirugía segura como parte de sus principales estrategias en la prevención de eventos adversos (tabla 1)

³² Mikkelsen et al. General practitioners' attitudes toward reporting and learning from adverse events: Results from survey. *Scandinavian Journal of Primary health care*: 24:27-32: 2006.

³³ Bulat et al. Clinical Practice algorithms-Part IV. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 20; 181-190:2008.

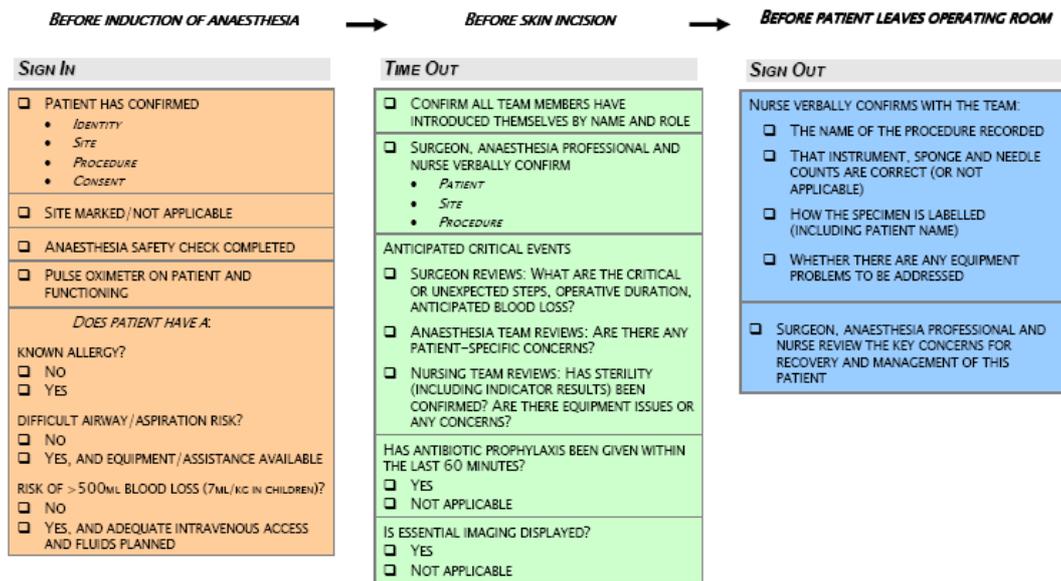


Tabla1. Lista de Chequeo Cirugía Segura OMS

Una revisión narrativa de la literatura científica desarrollada por Halles et al³⁴ evalúa la evidencia existente en cuanto a Listas de Chequeo. Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura médica relevante en inglés y también no médica que describiera listas de chequeo que hayan demostrado mejorar los cuidados en salud. Para esta evaluación se seleccionaron 178 documentos que incluían 17 publicaciones no médicas, esta información fue suplementada con opinión de expertos en el área de las listas de chequeo, tanto en su desarrollo como en su implementación. Para el desarrollo de las listas de chequeo, la literatura identifica algunas áreas a explorar en su elaboración como las que muestra la tabla (Tabla 2). A pesar de las pruebas disponibles, no se ha elaborado una metodología efectiva y estandarizada para el desarrollo y el diseño de listas de chequeo, lo que probablemente ha contribuido a su empleo en forma poco consistente en áreas claves de la atención en salud.

³⁴ Hales et al. Development of medical checklists for improved quality of patient care. International Journal for Quality in Health care; 20: (1): 22-30:2008.

- Determine need for the checklist
- Identify the goal and audience for the checklist
- Develop content using the following:
 - Broad spectrum of peer-reviewed literature
 - Expert judgment
 - Consensus among relevant opinion leaders
 - Multidisciplinary input
 - Consideration of current practices
- Design must consider (see Table 4) [26, 30]:
 - Context for the checklist
 - Readability
 - Proper categorization of information
 - Structure of checkpoints
 - Limited use of images
 - Appropriate use of colour
 - Avoid jargon —use common terminology
 - Flow of real-time user activities
 - Clinician state of mind
- Pilot test — validation in simulated clinical environment is a must
- Review with appropriate multidisciplinary representation
- Obtain approval from appropriate regulatory authorities as required, prior to implementation in the clinical environment
- Develop an education plan to properly train users
- Frequent review of evidence-based checklist content

Tabla 2. Etapas en la elaboración de una lista de chequeo.

Los sistemas organizativos pueden ser evaluados como tecnologías sanitarias que apoyan el desarrollo de estrategias costoefectivas en la prevención de eventos adversos y en la seguridad del paciente. La gestión de los reclamos es un área en general de mucho cuidado, en términos de la resolución de los conflictos para evitar la judicialización de la atención en salud. Un estudio desarrollado en Nueva Zelandia³⁵ compara los reclamos y la calidad de los cuidados a partir de un análisis descriptivo de quienes reclaman y quienes no lo hacen en torno a los eventos adversos en salud. Con ciertas limitaciones (enunciadas claramente por los autores) como ciertos problemas de registro de algunos datos sociodemográficos y con la duda del período de notificación de los reclamos, plantean que los reclamos que llegan a los Comisionados (instituciones encargadas de evaluarlos) corresponden a una cantidad menor que las que deberían haber llegado por la revisión realizada. Por otro lado cerca del 0,4% de los eventos adversos y 4% de los eventos adversos prevenibles más graves, solamente, resultan en reclamos para el sistema. La probabilidad de reclamo aumenta 10 veces dada la severidad del daño y la evitabilidad, al menos aparente, de estos eventos. Siendo los pacientes ancianos, de menores ingresos y con componente étnico quienes menos notifican por la vía del reclamo, lo cual muestra una inequidad importante en el acceso y utilización de los mecanismos y sistemas de gestión de los reclamos.

Las tecnologías de la información y específicamente los sistemas Informáticos de Salud proveen herramientas de seguridad ampliamente validadas en la práctica sanitaria pero que aun requieren desarrollo y estrategias de implementación importantes para justificar su uso y aplicaciones. Las áreas de impacto principal del desarrollo de soluciones informáticas en salud está

³⁵ Bismark et al. Relationship between complainst and quality of care in New Zealand: a descriptive analysis of complainants and non-complainants following adverse events. Quality Safety Health care; 15:17-22: 2006

enfocada principalmente a la prevención de los errores médicos y la promoción de la seguridad del paciente. En este contexto son capaces de generar conocimiento basado en la práctica así como mejores prácticas para la seguridad del paciente. A nivel de las prácticas de enfermería la evidencia³⁶ destaca como áreas de impacto de las tecnologías informáticas:

1. Informes de la Práctica clínica: que incluyen sistemas de asistencia al clínico (alertas, flujogramas, etc), prevención y manejos de errores en los pacientes, Manejo y prevención de las úlceras por presión, Sistemas de códigos de barra y otros.
2. Profesionales Clínicos conectados a través de sistemas interoperables: con sus respectivos formatos estandarizados, terminología, códigos y facilidades para la recolección de los datos para el desarrollo de futuras investigaciones.
3. Sistemas personalizados con información centrada en el paciente (consumidor): para gestionar los procesos y manejar individualmente el proceso salud-enfermedad y la asistencia en el proceso de toma de decisiones al personal de salud.
4. Mejorar la salud de la población a través del uso de datos agregados con un enfoque de calidad y seguridad del paciente, aplicando diseños de investigación desde ensayos clínicos hasta investigación en salud pública.

Siguiendo en la lógica de la informatización de los procesos de atención en salud como estrategia para la disminución de los eventos adversos, se han utilizado los registros clínicos electrónicos, entre los cuales los más útiles y efectivos son los que desarrollan Sistemas de Ingreso electrónico de la receta médica. Para evaluar esta estrategia Laporte et al³⁷ desarrollaron una comparación de este sistema con las clásicas órdenes de papel con el fin de evaluar su costo-efectividad. En este estudio, desarrollado en una red de salud Universitaria en asociación con tres Hospitales docentes de la Universidad de Toronto, Canadá se demostró que un sistema de órdenes electrónicas puede disminuir los eventos adversos a un costo de \$12.700 dólares por evento detectado, en comparación con los sistemas estándar. Los datos aportados sobre la efectividad de este nuevo sistema fueron limitados y los cambios de las estimaciones de las tasas de eventos adversos tuvieron un efecto dramático sobre los resultados de coste-efectividad, lo que finalmente elevaba tremendamente los costos de la estrategia.

Para gestionar el riesgo en la atención de salud y promover la seguridad del paciente se han comenzado a introducir tecnologías que tienden a mejorar todos los aspectos del cuidado, desde el diagnóstico y tratamiento hasta los aspectos administrativos y de facturación. Un estudio³⁸ reporta que más del 40% de los hospitales de US están planeando implementar sistemas de órdenes médicas dentro de los próximos 5 años y que al menos el 50% está pensando en la implantación de un sistema de código de barra. A la luz de esta tendencia, este estudio describe estrategias que facilitan la implementación de nuevas tecnologías. Si bien existe evidencia de la efectividad de ciertas tecnologías y sistemas de información respecto a su rol en la seguridad de

³⁶ Bakken, Suzanne. Informatics for Patient safety: A Nursing Research Perspective. Annual Review of Nursing Research; 24, ProQuest Medical library pg. 219-254: 2006.

³⁷ Wu R C et al. Cost-effectiveness of an electronic medication ordering and administration system in reducing adverse drug events. Journal of Evaluation in Clinical Practice: (13): 440-448:2007.

³⁸ B-T Karsh Beyond usability: designing effective technology implementation systems to promote patient safety. Qual Saf Health Care.;(13):388-394: 2004

los pacientes, su introducción implica considerar aspectos importantes en su efectiva utilización, como por ejemplo, que éstas sean fáciles de usar y que mejoren la calidad del trabajo en términos de la eficiencia. La forma en que las tecnologías son implementadas dentro de una organización debe ser diseñada apropiadamente de tal forma de aumentar la probabilidad de su uso efectivo y evitar la resistencia por parte de los usuarios finales. Las estrategias propuestas necesitan que la alta dirección asuma un compromiso con la implementación de una nueva tecnología y para ello debería:

1. Mostrar a los usuarios finales (enfermeras, médicos, químicos farmacéuticos) la responsabilidad que tienen respecto a los diferentes cambios que se producirán con la incorporación de la nueva tecnología.
2. Crear un programa de adaptación para promover la aceptación y el uso efectivo entre los profesionales de salud.
3. Diseñar un programa de capacitación técnica para el uso de la tecnología .
4. Implementar un programa piloto que permita ser muy específico en el uso de la tecnología en las distintas unidades del establecimiento, por ejemplo en unidades de enfermería, pabellones, o unidades de atención ambulatoria.
5. Establecer una línea de comunicación clara con los usuarios finales de la tecnología para sugerencias y consultas.
6. Utilizar las recomendaciones de los empleados que les permitan sentir que éstas son consideradas seriamente
7. Proveer un área de simulación con un encargado para que los usuarios finales puedan practicar esta nueva tecnología sin correr el riesgo de cometer equivocaciones que puedan dañar a los pacientes
8. Alentar la participación de los usuarios finales en todos los aspectos de la implementación para que ellos sientan que aprenden pronto el uso de la tecnología lo que les proporciona mayor control de la situación

Existe también evidencia de intervenciones en el nivel primario de atención que disminuyen los eventos adversos. En una revisión sistemática y metanálisis publicado por Royal et al³⁹ se analiza su relación con los ingresos hospitalarios. Para esto se revisaron 40 bases electrónicas de datos publicados y no publicados. Se seleccionaron 159 estudios de los cuales 38 cumplieron con los criterios de inclusión, y de los cuales 17 eran de intervenciones conducidas por farmacéuticos, 8 intervenciones conducidas por otros profesionales y 13 intervenciones complejas que incluían un componente de revisión de la medicación para reducir errores en la prescripción en el adulto mayor. Sólo las intervenciones guiadas por farmacéuticos resultaron tener una reducción efectiva de las admisiones en los hospitales con un OR de 0,64. Por lo tanto son estas las intervenciones que hay que desarrollar en ensayos clínicos controlados para reducir efectivamente los eventos adversos y la admisión secundaria a estos en los hospitales.

³⁹ Royal et al. Interventions in primary care to reduce medication related adverse events and hospital admissions: systematic review and meta-analysis. *Qual saf Health care*; (15):23-31: 2006

5.- IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La implementación de las estrategias de seguridad surge como parte final en el proceso de adopción y selección de las estrategias más costo-efectivas para la prevención de los eventos adversos y corresponde a la última fase de la Gestión del riesgo, posterior a la identificación de los eventos adversos y a la evaluación y análisis del riesgo sanitario. Resulta en una etapa crucial ya que a pesar de contar con estrategias que en los ensayos y estudios puedan demostrar una efectividad importante, en el momento de la implementación surgen otras variables en juego como el financiamiento, los equipos de trabajo y el acceso a las tecnologías como las informáticas, lo cual puede sesgar claramente la aplicación de las estrategias aplicadas por más pertinentes, contextualizadas y basadas en evidencia que estas sean.

Una de las áreas más estudiadas en términos de implementación es la relacionada a las tecnologías de información, específicamente, la referente a la administración electrónica de los órdenes médicas. La evidencia de que esta estrategia disminuye los eventos adversos es lo suficientemente sólida para justificar su inclusión en los sistemas sanitarios, a pesar de que puede ser controversial dado su alto costo. No obstante es el grupo de profesionales enfermeras quienes pueden llevar a cabo estas intervenciones en forma más costo-efectiva y con mejores resultados ya que conocen los procesos y se relacionan con los distintos niveles de las organizaciones. Su implementación requiere⁴⁰: entender los procesos laborales, educar a las enfermeras acerca de los procesos involucrados en los proyectos de sistemas de informatización para órdenes médicas, prepararlas para el manejo del cambio, identificar, documentar y resolver los desafíos que afectan el flujo y la carga de trabajo y las políticas y resolución de problemas para los temas post implementación.

Las listas de chequeo son instrumentos fundamentales en la planificación y gestión de las estrategias de seguridad del paciente. Sabiendo que los hospitales no son sitios particularmente seguros y que las listas de chequeo son necesarias y útiles para mejorar la seguridad de la atención de las personas de los sistemas sanitarios, no se han estandarizado metodologías para su generación. En un Hospital de Kansas⁴¹ y luego de someterse a los procesos de la Joint Commission se generó una lista de chequeo para unidades de paciente crítico (UPC), proceso que duró 14 meses e involucró 15 categorías de preguntas, entre las que se incluían: Control de Glucosa, terapias, condición de la piel y otras. Al momento del reporte los equipos de salud llevaban trabajando con la lista de chequeo 3 meses, habiendo aplicado durante el primer mes la lista de chequeo al 81,7% de los pacientes de la UPC, hasta el tercer mes en que se había aplicado al 99% de los pacientes de las UPC. Para el período de evaluación se mejoraron muchas medidas relacionadas, por ejemplo en los pacientes con neumonía asociadas a ventilación mecánica se pesquisó profilaxis de trombosis venosa profunda (95%), profilaxis de úlceras de estrés (96%) y elevación de la cabeza en 30º (99,9%), en cambio el uso de protocolos de sedación en estos pacientes era solo del 40% y es exactamente situaciones como esta las que se busca pesquisar al aplicar listas de chequeo. El uso de estos instrumentos favorece la mejora de calidad y el desempeño de los equipos de salud y ayudan a mejorar la calidad del cuidado que se le proporciona a los pacientes, previniendo las complicaciones que pueden ser resultado de omisiones en los protocolos convencionales que no usan listas de chequeo. Actualmente este

⁴⁰ Laurie-Shaw et al. Focus on Clinical Best Practices, Patient Safety and Operational Efficiency. Healthcare Quarterly, (10. Special Issue, 2006.

⁴¹ Simpson et al. Development and Implementation of an ICU quality Improvement Checklist. Advanced Critical Care:18(2):183-189.2007

grupo de trabajo ha generado una versión electrónica, que les permite rastrear mejor sus datos y mejorar mucho más su funcionamiento y la prevención de eventos adversos.

La implementación de estrategias de seguridad tiene su mayor soporte en las características propias de la organización que permitan su rápida adopción por los miembros de los equipos de salud. En este sentido la comunicación juega un rol fundamental. Una experiencia en el Johns Hopkins Hospital⁴² mejoró la seguridad del paciente con tres estrategias básicas:

1. Planes de trabajo diario con los pacientes: que sean claramente entendidos por los equipos de salud y asumidos por este. De este modo se disminuyeron los días de estadía de los pacientes en las Unidad de Paciente Crítico (de 2,2 a 1,1) y además aumento de 10% a 95% el porcentaje del personal de salud que utilizaba las listas de chequeo de objetivos diarios.
2. Chequeo de los medicamentos indicados al paciente: alumnos de la Escuela de Medicina generaron un modelo de seguimiento de las indicaciones de medicamentos al alta y durante la hospitalización. Con esta medida casi no existen errores en la administración de medicamentos de este hospital.
3. Implementación de la función de un Director Ejecutivo dentro de las unidades de Cuidados Intensivos: para detectar y trabajar con el personal puntos críticos emergentes para generar programas de mejora continua de 8 meses de duración en los que se revisan los temas, implementan las medidas y se reevalúa las prácticas para cerrar el ciclo.

Cada organización adapta a su propia realidad protocolos y metodologías en la implementación de estrategias de seguridad. La Escuela de Salud Pública de Harvard⁴³ generó una metodología de identificación de puntos críticos en materia de seguridad a través de la evaluación de una serie de hospitales y sus respectivos equipos, bajo ciertos parámetros ligados a la magnitud e impacto del proceso y también desde la viabilidad y posibilidades de implementación de las respectivas estrategias. Luego de identificar las áreas como la de administración de medicamentos y la comunicación de resultados de pruebas de examen críticos, se generaron planes de trabajo y estrategias que se implementaron en un total de 18 meses con evaluaciones periódicas cada 4 meses. A pesar de una alta adherencia de los hospitales a los protocolos (88%), la adopción de las medidas en realidad no superó el 50% y dependió de la disponibilidad intrínseca de las prácticas, el acceso a expertos, y la disponibilidad de estrategias de puesta en práctica. El éxito de equipo fue correlacionado con contar con un Director Ejecutivo, el contrato de médicos extras para estas labores y la realización de reuniones de colaboración en forma continua. El desarrollo previo de subprácticas, recomendaciones y estrategias de puesta en práctica era esencial para los equipos de hospital, en cuanto a experiencia previa. Esta última característica debería ser tomada en cuenta antes de cualquier estrategia de implementación.

⁴² Runy, Lee Ann. Best Practices and Safety Issues in the ICU,.Hospital and Health Networks.

⁴³ Leape et al. Developing and implementing new safe practices: voluntary adoption through atatewide collaboratives. Qual Saf Health Care; 15: 289-295: 2006

La implementación de estrategias de seguridad en el área de la medicación debe considerar que los médicos estén familiarizados con los medicamentos disponibles en el establecimiento para tratar a sus pacientes⁴⁴. A este respecto los pasos claves son:

1. Mantenerse al día respecto de los actuales medicamentos
2. Comprender las indicaciones de la medicación incluyendo todas las terapias alternativas
3. Considerar las condiciones que pueden afectar la eficacia de la medicación, tales como esquemas de las dosis, vía de administración, peso del paciente y el funcionamiento hepático y renal.
4. Comprender las interacciones con otros medicamentos usados por el paciente, como también considerar los otros tratamientos que están siendo considerados utilizar en el paciente incluyendo el tratamiento quirúrgico.
5. Asegurar que la actual medicación que este recibiendo el paciente al ingresar al hospital tenga continuidad y que la medicación adicional utilizada durante su estadía en el hospital sea compatible con su actual régimen de tratamiento.

Existen elementos que deben ser considerados en la elaboración de la receta médica y que se encuentran en el ámbito de control de la persona que esta autorizada para prescribir y que deben estar presentes esté o no implementado un sistema electrónico de órdenes médicas:

1. Legibilidad de la orden médica
2. Pérdida de componentes que deben contener las órdenes médicas: Nombre de la droga, dosis a entregar, vía de administración, frecuencia de la administración, razones o condiciones bajo las cuales el medicamento debiera ser administrado.
3. Peso y edad del paciente (si es relevante para el calculo de las dosis), por ejemplo en pacientes pediátricos
4. Firma del que prescribe y número de identificación que también debe estar impresos en la prescripción.

Otros factores relacionados con la implementación de estrategias de seguridad en las órdenes médicas son:

1. **Uso de decimales y ceros:** Cuando las dosis corresponden a menos de 1 deberían anteponer cero, es decir 0,1 y en aquellas dosis de 1 o más no agregar cero, es solo 1. y no 1.0.
2. **Abreviaturas inapropiadas:** El uso de abreviaciones no estandarizadas contribuye a errores de medicación, creando confusión. Algunos elementos a considerar:

⁴⁴ ACOG Committee Opinion, Safe Use of Medication:107, (4) April 2006.

- Los nombres de los medicamentos no deben ser abreviados.
- Se debería utilizar el sistema métrico
- El uso de abreviaciones pueden provocar interpretaciones erradas.

3. Ordenes de medicación (PRN término anglosajón o SOS) o Indicación por razones necesarias: Cuando se prescribe una medicación, es útil informar las razones por las cuales se esta dando la medicación o los parámetros entregados para una prescripción PRN. Esto es particularmente útil para prevenir errores con aquellos medicamentos que suenan similares o que tienen un aspecto similar o para medicamentos que son entregados por razones necesarias.

4. Ordenes verbales de medicación: Deberían estar limitadas únicamente a situaciones de urgencia en la cuales no es factible entregarla por escrito o electrónicamente. Para asegurar la exactitud de la orden verbal entre personas o por teléfono, la persona que recibe la orden verbal debería repetírsela al que la prescribió porque existen muchos medicamentos cuyos nombres suenan similares.

5. Educación del paciente: Los clínicos deberían educar a los pacientes respecto a comprender su condición médica y la medicación que le ha sido prescrita. Involucrar a los pacientes en su cuidado mejora los resultados, la satisfacción del paciente y reduce errores. La educación al paciente puede ser en forma de comunicación oral, folletos para explicar el uso, dosis, beneficios esperados y los posibles efectos colaterales del medicamento que se ha prescrito. Los pacientes deberían tener la oportunidad de preguntar y reiterar sus preguntas para entender el uso apropiado de los medicamentos. Las alergias deberían ser documentadas y revisadas con los pacientes. Una lista de medicamentos que el paciente se encuentra usando también debería ser documentada y conservar una copia el propio paciente. Incluir a los miembros de la familia para asistir a los pacientes en el uso de medicamentos mediante la educación asegurando el uso exacto de la prescripción médica.

El colegio Americano de Obstetricia y Ginecología⁴⁵, a través de la constitución de un comité para mejorar la calidad y seguridad en el cuidado de la salud de la mujer ha impulsado la promulgación de los siguientes principios en los hospitales y otros sitios donde los profesionales trabajan para la implementación de estrategias de seguridad:

1.- Desarrollar un comité para impulsar una cultura de seguridad del paciente. Esto significa promover la seguridad en todos aquellos ambientes del cuidado de salud en que existe un potencial error y que los equipos de trabajo y la comunicación sea la base para fomentar un cambio y prevenir errores.

El rol de un Lider dentro de la atención hospitalaria y en los establecimientos de atención ambulatoria es esencial para facilitar un programa de seguridad efectivo. Un fuerte liderazgo dentro de los profesionales obstetras y ginecólogos es necesario para apoyar la provisión de recursos financieros y humanos para alcanzar los objetivos relacionados con la seguridad de los pacientes.

⁴⁵ Patient Safety in obstetrics and gynecology. International Journal of Gynecology and Obstetrics 86:121-123:2004.

2.- Implementación de prácticas seguras en la medicación. La mayoría de los errores médicos son causados por problemas en el uso de los medicamentos. El uso de sistemas computacionales de ordenes médicas pueden ser efectivos en la reducción de los errores, pero estos sistemas son caros y no son ampliamente utilizados. En ausencia de estos sistemas los siguientes pasos deberían ser adoptados para reducir los errores:

- Mejorar la legibilidad manuscrita
- No utilizar abreviaciones no estandarizadas
- Chequear las alergias a los medicamentos y sensibilidades
- Siempre usar valor 0 para dosis menores a 1 unidad (eg 0.1mg, no, 1mg) y nunca usar 0 después de un decimal (eg 1mg, no, 1.0mg)
- Toda orden verbal debe ser escrita por el individuo que la recibe y re – leerla al que la prescribió para asegurar la exactitud.

3. Reducir la probabilidad de los errores quirúrgicos. Los errores quirúrgicos que involucran diferentes actos médicos relacionados con una operación incorrecta o un procedimiento en el sitio equivocado o al paciente equivocado. Aunque este tipo de errores son menos frecuentes que los relacionados con los medicamentos, sus consecuencias son significativas.

La atención por parte del obstetra – ginecólogo, quien es finalmente el responsable del cuidado del paciente debe trabajar en conjunto con el personal que se desempeña en la sala de operaciones, tales como enfermeras, anestesistas, etc. para tener la certeza que es el paciente apropiado e identificar el procedimiento al que va a ser sometido. Los obstetras-ginecólogos deben utilizar un proceso de verificación pre-operatorio para confirmar con el paciente y el procedimiento que se le realizará (lista de chequeo).

4.-Mejorar la comunicación. El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología alienta el desarrollo y divulgación de políticas para comunicar resultados inesperados definidos por la organización cuando estos ocurren; para definir los pasos necesarios para neutralizar o limitar cualquier daño para el paciente; para participar en el análisis del incidente, y para aprender del error y para rediseñar el sistema y con ello disminuir la probabilidad de la recurrencia. El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología cree que es una obligación moral de cada médico comunicarse con honestidad con los pacientes, particularmente aquellos que han tenido una experiencia con un resultado adverso.

5.- Identificar y resolver los problemas del sistema. En general la mayoría de los errores médicos son manejados en ambientes no punitivos para mejorar el reporte de estos errores y para entender la envergadura de los problemas relacionados con el sistema de cuidados de salud.

Sin embargo la voluntaria violación de las reglas y los errores repetitivos atentan contra la corrección de las acciones y las actividades criminales o agresivas en el ambiente de atención de salud y pueden requerir acciones punitivas u otras intervenciones para proteger a los pacientes o a los equipos de algún daño.

6.- Establecer una relación con los pacientes para mejorar la seguridad. Los pacientes que están involucrados en la toma de decisiones respecto a su salud tienen mejor resultado que aquellos que no. Los pacientes deberían ser alentados a preguntar acerca de los procedimientos, medicamentos que están tomando y sobre cualquier otro aspecto de su cuidado. Los materiales de educación al paciente desarrollados por el ACOG y otras organizaciones están disponibles libremente.

7.- Hacer de la seguridad una prioridad en cada aspecto de la práctica.

6.- CONCLUSIONES

El objetivo de los sistemas de salud es maximizar la salud potencial de los individuos y las poblaciones. La entrega de servicios de atención de salud de calidad y seguridad, junto con factores genéticos, conductuales y otros, exógenos, son una parte importante para alcanzar ese objetivo. Junto con lograr un estado óptimo de salud, hay objetivos del sistema relacionados con la equidad y objetivos relacionados con un empleo adecuado de los recursos del sistema. Esta combinación de salud, gastos y objetivos es desarrollada en varias iniciativas internacionales de la OMS, OECD (Organización de Cooperación y Desarrollo Económico), el Banco Mundial etc., para evaluar el funcionamiento de los sistemas de salud.

Las estrategias de seguridad del paciente de los distintos países son parte fundamental para el funcionamiento de los sistemas sanitarios. La calidad y las estrategias de seguridad principalmente enfocan sus objetivos a la optimización del funcionamiento de la Seguridad Social, hacia los individuos y las necesidades de las poblaciones (la existencia y percibido) dado los recursos disponibles, lo que implica que las nociones de efectividad, sensibilidad y eficiencia de los servicios sanitarios sean el foco principal. Este informe ha descrito los elementos claves para el desarrollo de estrategias de seguridad del paciente y su implementación en el marco de la Política de Seguridad. En este contexto deben interactuar los componentes principales que constituyen la asistencia médica: profesionales, servicios, productos médicos y tecnologías, y pacientes.

Los sistemas de asistencia médica⁴⁶ son sistemas sociales complejos con varios involucrados, cada uno con sus propios roles e intereses y múltiples interacciones. Sin embargo, algunos elementos son comunes en todos los sistemas de asistencia sanitaria:

- Existen profesiones específicas aprobadas para la entrega de la asistencia médica tales como médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud, y el conocimiento médico en el cual basan su trabajo es en gran parte universal.
- Existen servicios específicos como centros de salud, centros de atención médica y hospitales donde la atención es proporcionada por la combinación de profesionales, productos médicos y tecnologías.
- Existen productos específicos médicos y tecnologías aplicadas en la entrega de atención de salud tales como productos farmacéuticos y dispositivos médicos.
- Existen pacientes que exigen y/o necesitan servicios proporcionados por profesionales y organizaciones, basados en un entendimiento común de salud y enfermedad.

Considerando la complejidad de los sistemas sanitarios la gestión de riesgo aparece como una herramienta importante, cuyo uso permite detectar, evaluar, analizar y generar estrategias efectivas que puedan ser implementadas en los establecimientos que realizan prestaciones de salud en todos los niveles de atención.

La gestión de riesgo estimula la creación de sistemas de registro y notificación. La evidencia muestra que estos sistemas deben ser de carácter voluntario y centrados en los

⁴⁶ WHO Europe. Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach. 2008

incidentes o en errores que han producido daño mínimo y los profesionales más idóneos para dirigirlos son aquellos que se desempeñan en el nivel clínico de los establecimientos.

Los siguientes elementos comunes pueden ser usados en el control de las estrategias de seguridad de los sistemas sanitarios, los cuales permiten organizar y sistematizar la evidencia encontrada para su mejor aplicación y análisis al tomar decisiones en la gestión de la seguridad:

1. Estrategias de Seguridad dirigidas a la organización y los profesionales

En función de la evidencia disponible es posible establecer que para la implementación de sistemas de registros y vigilancia para la seguridad del paciente, la revisión por enfermeras de los registros clínicos es una alternativa costo efectiva para identificar los eventos adversos respecto de las revisiones realizadas por los médicos. Son las enfermeras las que llevan a cabo este tipo de intervenciones en forma más costo-efectiva y con mejores resultados ya que conocen los procesos y se relacionan con los distintos niveles de las organizaciones.

De acuerdo a los resultados de la revisión, en general los profesionales médicos tienen una buena actitud para discutir y reportar los eventos adversos, ya que esto constituye el primer paso para desarrollar los sistemas de reporte de errores producidos en la atención de salud. Los médicos deben abrirse a la divulgación de los errores, equivocaciones y alentar a sus colegas a hacer lo mismo. Esto promueve y aumenta el reporte de errores e identifica los potenciales problemas que puedan subyacer. Tener una comunicación abierta y transparente en el cuidado de la salud aumenta la confianza, mejora la satisfacción del paciente y disminuye la probabilidad de incurrir en una exposición de riesgo.

El éxito del trabajo en equipo está relacionado también con la presencia en las organizaciones de líderes como un Director Ejecutivo, horas específicas asignadas para estos temas en los profesionales de cada centro y la realización de reuniones de colaboración en forma continua.

La implementación de las funciones de un Director Ejecutivo dentro de las unidades de atención permite detectar y trabajar con el personal puntos críticos emergentes para generar programas de mejora continua con un tiempo determinado de duración en los que se revisen los temas, implementen las medidas y se reevalúan las prácticas para cerrar el ciclo. Es necesario considerar aquellas prácticas no protocolizadas, recomendaciones y estrategias de implementación como experiencias previas facilitadoras para el desarrollo de planes en materias de seguridad del paciente. Esto en suma impacta no solo en la seguridad si no que genera definitivamente Ciclos de Mejora de la calidad Asistencial.

Es importante no olvidar que quienes administran los cuidados de salud recurren frecuentemente a estrategias de elevados costos seguridad que en la realidad tienen un valor incierto, lo cual justifica más que nunca seleccionar las estrategias más costo efectivas, pero que por otro lado sean capaces por sí solas o junto a otras de generar un impacto importante, cuantificable y evaluable en la prevención de los eventos adversos y en consecuencia mejorar los estándares de seguridad en la atención de los pacientes.

Por otro lado la gestión de los reclamos puede ser utilizada como insumo para evaluar las amenazas en materias de seguridad de la atención del paciente y por ende para mejorar la calidad

de las prestaciones de los establecimientos de salud. La satisfacción usuaria y la participación surgen de esta manera como ámbitos a ser incluidos en el marco de una Política de Seguridad del paciente ya que de una u otra forma el nivel central debe involucrarse en las iniciativas de los usuarios por la seguridad del paciente.

Una cultura de seguridad debería constituir la fortaleza principal para cualquier esfuerzo de los sistemas sanitarios para reducir los errores médicos. Un sistema que permita por un lado observar los procesos clínicos y por otro desarrollar iniciativas de participación social incluyente, constituyen elementos claves para apoyar este cambio cultural. Consecuentemente todos los sistemas de salud deberían ser diseñados con el objetivo de minimizar los errores en la atención de salud.

2. Estrategias de Seguridad dirigidas a productos médicos y tecnologías.

En el ámbito de los productos médicos y las tecnologías la evidencia disponible establece, que si bien, el uso de sistemas computacionales de órdenes médicas pueden ser efectivos en la reducción de los errores en la atención de salud, estos son caros y no son ampliamente utilizados.

El manejo de la medicación de los pacientes necesita basarse en el riesgo de error por cada paciente, sus comorbilidades, estado funcional, y expectativa de vida para generar recomendaciones que no sean rígidas y que permitan realmente reducir los riesgos en la medicación. El manejo de la medicación debería ser sólo un componente más, de un plan amplio en orden a reducir los errores.

A pesar de la evidencia disponible y del reconocido éxito en su implementación, aun no se ha elaborado una metodología efectiva y estandarizada para el desarrollo y el diseño de listas de chequeo, lo que probablemente ha contribuido a su empleo en forma poco consistente en áreas claves de la atención en salud. El uso de estos instrumentos mejora la calidad del desempeño de los equipos de salud y del cuidado que se le proporciona a los pacientes, previniendo las complicaciones que pueden ser resultado de omisiones en los protocolos convencionales que no usan listas de chequeo.

En cuanto a los sistemas de reclamos estos en general no están implementados completamente, la evidencia informa con claridad que los pacientes ancianos, de menores ingresos y con componente étnico son quienes menos notifican por la vía del reclamo, lo cual muestra una inequidad importante en el acceso y utilización de los mecanismos y sistemas de gestión de los reclamos. Finalmente la gestión de los reclamos puede ser utilizada como insumo para evaluar las amenazas en materias de seguridad de la atención del paciente y por ende para mejorar la calidad de las prestaciones de los establecimientos de salud.

En cuanto a la implementación de nuevas tecnologías éstas deben ser fáciles de usar y que mejoren el desempeño de las funciones, además es necesario preparar a la organización para su implantación, ello implica el compromiso del trabajo conjunto desde la alta dirección hasta los usuarios finales de la tecnología, considerando elementos como la capacitación, espacios para su evaluación y pilotaje, y tomar en cuenta las observaciones y comentarios que emitan los usuarios

finales respecto al desempeño de la nueva tecnología, incluyendo en su evaluación metodologías cuantitativas y cualitativas.

3. Estrategias de Seguridad dirigidas a los usuarios

La evidencia sugiere que los pacientes pueden desempeñar un rol activo en la implementación de estrategias de la seguridad de su asistencia sanitaria, a través de situaciones como: solicitar información sobre el diagnóstico entregado, participación en las decisiones de tratamiento, elección del prestador de atención médica y en la gestión y supervisión de los eventos adversos.

En los países desarrollados, las diferentes iniciativas se han llevado a cabo con el fin de promover la participación de los pacientes como por ejemplo las lanzadas por la Agencia Nacional de la Seguridad del Paciente en el Reino Unido y la Fundación Nacional de la Seguridad del Paciente en Estados Unidos. Entender el rol de la seguridad del paciente desde la perspectiva de los pacientes y los miembros de su familia es, sin embargo, esencial para una comprensión más integral de los eventos adversos.

En este contexto participativo en materias de seguridad los clínicos deberían educar a los pacientes respecto a comprender su condición médica y la medicación que le ha sido prescrita, por ejemplo. La educación al paciente puede ser en forma de comunicación oral o utilizando soportes comunicacionales tales como, folletos para explicar el uso, dosis, beneficios esperados y los posibles efectos colaterales del medicamento que se ha prescrito.

Los sistemas sanitarios deberían favorecer que los pacientes tengan la oportunidad de preguntar y reiterar sus preguntas para entender el uso apropiado de los medicamentos, conocer las alergias y efectos adversos relacionados a los medicamentos y contar con listas estandarizadas de los medicamentos que el paciente se encuentra usando. Estas estrategias para ser completamente integrales y mejorar su efectividad deben incluir a los miembros de la familia para asistir a los pacientes en el uso de medicamentos mediante la educación asegurando el uso exacto de la prescripción médica y disminuyendo con esto la frecuencia de eventos adversos.

En definitiva y sin ninguna objeción, tanto desde la evidencia, como desde los clínicos y quienes financian el sistema, el involucrar a los pacientes y su entorno en su cuidado mejora los resultados, la satisfacción respecto a la atención y por ende reduce los errores de los equipos de salud.

4. Estrategias de Seguridad dirigidas a los financiadores

Aparte de los profesionales, organizaciones, productos médicos, tecnologías y pacientes, otros involucrados juegan un papel importante en las estrategias de seguridad del paciente. Desde esta perspectiva el financiamiento de la atención en salud puede constituir un importante incentivo o desincentivo hacia la calidad y jugar un rol fundamental para mejorar la seguridad de la atención.

El papel de los gobiernos en la asistencia médica se diferencia de país a país. Aparte de tener una responsabilidad legislativa amplia para la salud de la población, los gobiernos tienen la opinión en el financiamiento, la propiedad y la regulación de la asistencia médica.

Los elementos genéricos para las estrategias de seguridad a nivel de los financiadores parecen universales y se relacionan con:

I. Legislación y regulación (Normas y reglamentos)

II. Supervisión y medición (Sistemas de Vigilancia).

III. Aseguramiento y mejoramiento de la calidad y seguridad de servicios de asistencia médica individuales (Autorización Sanitaria, Acreditación, Mejora Continua de la Calidad).

IV. Aseguramiento y mejoramiento de la calidad del sistema de asistencia médica (Garantía de Calidad, Reforma de Salud).

La evidencia de las intervenciones para reducir los errores médicos es fundamental para el desarrollo de Políticas de Seguridad del paciente ya que facilita la conducción tanto de las decisiones como de los recursos asignados en las intervenciones seleccionadas. La reducción de errores médicos necesita ser mejor categorizada, replicada y evaluada en estudios que disminuyan al máximo los sesgos, con énfasis en los eventos adversos más importantes y de mayor impacto.

La forma y el afrontamiento de la implementación de las estrategias sobre seguridad no tiene un estándar claro en la evidencia, sin embargo, no hay duda en que se debe generar una estrategia nacional que involucre los diferentes actores y las distintas áreas tanto en los procesos como en los outcomes relacionados.

Dado este escenario se deberían delinear los objetivos de una política de Seguridad que incluya ámbitos como:

1. Detección de los riesgos potencialmente prevenibles en el proceso de atención
2. Monitorización de los eventos adversos que sufren los pacientes que son atendidos en el sistema de salud.
3. Promoción del Mejoramiento Continuo de la calidad de las prácticas relacionadas a la seguridad del paciente.

Las estrategias más efectivas de la seguridad del paciente están relacionadas con su factibilidad tanto política como económica y el desarrollo de ellas está apoyado desde la Organización Mundial de la Salud, en términos tanto operativos como de apoyo a proyectos de investigación focalizados en la resolución de los problemas y estrategias de seguridad para la toma de decisiones y los procesos de priorización.

Se hace necesario generar evidencia local en torno a la cuantificación del riesgo, magnitud real de los eventos adversos en salud e implementación de prácticas que favorezcan la mejoría continua de los procesos relacionados con la seguridad del paciente.

ANEXO
ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Problema: Conocer la estrategias efectivas relacionadas con la seguridad del paciente para la generación de una política de seguridad.

P: Todos los pacientes, usuarios y prestadores de salud

I: diferentes intervenciones en materia de seguridad del paciente

C: No se realizarán comparaciones

O: Cuales son las estrategias efectivas y comprobadas para generar una política de calidad.

Criterio de inclusión:

En bases de datos bibliográficas primarias la búsqueda se realizó en un periodo de 10 años

En bases de datos específicas la búsqueda se realizó sin limites de años y se seleccionaron artículos con resúmenes disponibles.

Los diseños de estudios incluidos son los siguientes:

Revisiones sistemáticas y metaanálisis

Guías de Práctica Clínica

Estudios Multicéntricos

Ensayos clínicos randomizados

Investigaciones gubernamentales

Informes de evaluación de tecnologías sanitaria

Informes de evaluación económica

Criterio de exclusión:

Cartas al editor

Revisiones narrativas

Revisiones generales

Guías generales

Términos de búsqueda:

Safety management [Mesh]

Medical Errors [Mesh]

Advers event [TW]

Advers effect[Mesh]

Patient safety[TW]

safety strategies

management/organization & administration[mesh]

quality of health care"[mesh]

physician[TW]

Seguridad [TW]

safety [TW]strategies[TW] AND physician[TW]

Paciente[TW]

Riesgo de los pacientes[TW]

Equipment and supplies[Mesh]

BASES DE DATOS CONSULTADAS

MEDLINE

Centre of Reviews and Dissemination (revisiones sistemáticas – Evaluación de tecnologías sanitarias – evaluaciones económicas)

Cochrane Collaboration (Registro de ensayos clínicos Cochrane, Informes de evaluación de tecnologías sanitarias)

Grandes motores de búsqueda: Scholar Google

ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA EN CADA BASE DE DATOS:

Base de datos Medline:

Safety management [Mesh] AND Medical Errors [Mesh]

Limitado a: Guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, estudios multicéntricos, investigación gubernamental

Periodo de revisión de 10 años.

Artículos seleccionados 10

Safety management [Mesh]AND Advers effect[Mesh]

Limitado a: revisiones sistemáticas

Artículos seleccionados 3

Safety[Mesh]AND Patient[TW] AND Medical Errors [Mesh]

Limitado a: revisiones sistemáticas

Periodo de búsqueda: 10 años

Artículos seleccionados 28

Risk Management[Mesh]AND strategies AND implementation

Limitado a revisiones sistemáticas

Periodo de búsqueda: 10 años

Artículos seleccionados: 6

Quality of Health Care"[Mesh]AND safety strategies and physician

Limitado a revisiones sistemáticas

Periodo de búsqueda: 10 años

Artículos seleccionados :6

Safety strategies and safety management/organization & administration[mesh]

Limitado a Revisiones Sistemáticas

Periodo de búsqueda: 10 años

artículos seleccionados:5

safety management/organization and administration[mesh] and "equipment and supplies"[mesh]

limitado a Revisiones Sistemáticas

Periodo de búsqueda: 10 años

Artículos seleccionados 17

Bases de datos: Center of review and dissemination York University U.K.

Safety management AND medical errors:

Número total de resultados en las bases de datos 20

Se seleccionaron: 8 artículos

Patient safety and medical errors

Número total de artículos encontrados 33

Se seleccionó: 1 artículo.

Safety management and advers event

Revisiones sistemáticas, evaluaciones económicas e Informes de Evaluación de tecnologías sanitarias.

Número total de artículos encontrados: 0

Patient safety and advers event

Revisiones sistemáticas, evaluaciones económicas e Informes de Evaluación de tecnologías sanitarias.

Número total de artículos encontrados: 0

Base de datos de la Colaboración Cochrane

Safety and management and medical and errors

Número total de resultados en las bases de datos 33 revisiones sistemáticas con calidad evaluada.

Se seleccionó: 1 artículo

Base de datos de ensayos clínicos de Cochrane Collaboration

Número total de resultados obtenidos: 42 ensayos clínicos

Se seleccionaron 2 ensayos clínicos.

Base de datos LILACS

Seguridad and paciente and estrategias

Periodo de búsqueda: 10 años

Se seleccionaron:5

Base de datos GOOGLE ACADEMICO

Patient Safety

Se seleccionaron 5 artículos.