

II Jornadas de Calidad de Atención y Seguridad del Paciente



Dr. Alejandro Spagnolo





¿Están los pilotos preparados y entrenados
adecuadamente para manejar este avión tan
complejo?

¿Estará la tripulación de cabina comunicada con el
capitán en caso de emergencia?

¿Está la aeronave en buenas condiciones y con un
mantenimiento periódico?

¿Sabrá la tripulación instruirme correctamente en
caso de ocurrir una emergencia?

ORGANIZACIONES ALTAMENTE FIABLES

La industria de alto riesgo ha mejorado los registros de seguridad de manera que se la describe como una Organización Altamente Fiable (OAF).

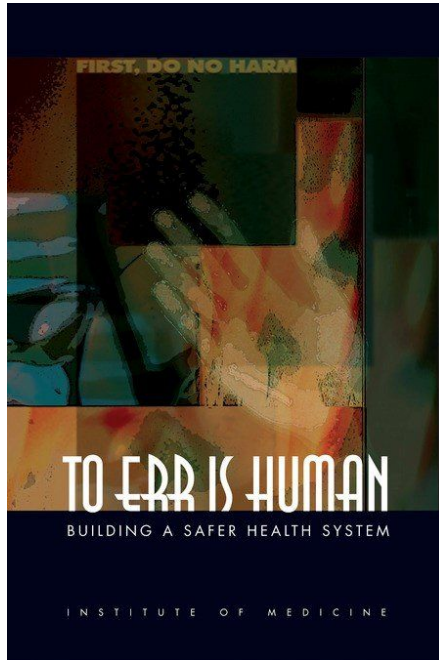
Características:

- Todos los miembros tienen conciencia del riesgo de error
- Acción rápida frente a un problema
- No buscar una justificación de los errores
- Inversión en métodos para aprender de la experiencia

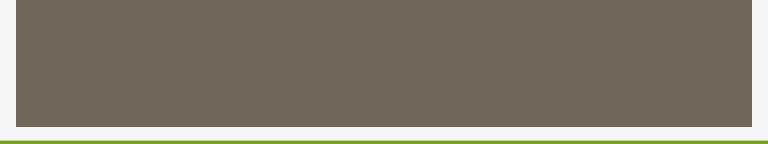
La seguridad de la industria aeronáutica se basa en un método multifactorial, que incluye:

- Informes minuciosos
- Programas para cumplir con las políticas implementadas
- Capacitación continua
- Simulación
- Investigación de accidentes
- Desarrollo de procedimientos estandarizados
- Listas de verificación





- 44.000 a 98.000 muertes prevenibles por año debido a fallos en el sistema de salud
- Eventos adversos en 10% de los pacientes hospitalizados (Departamento de Salud del Reino Unido)
- El error médico es la tercera causa de muerte luego de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer (British Medical Journal 2016)
- Costo de eventos médicos adversos evitables en EEUU es de 17.000 a 29.000 millones de dólares anuales



*“Errar es humano, ocultarlos una estupidez,
pero no aprender de ellos es imperdonable”*

Sir Liam Donaldson
(Alianza Mundial para la Seguridad del Enfermo)

PROBLEMAS DEL SISTEMA SANITARIO

- Alta frecuencia de eventos adversos durante el cuidado de pacientes
- Baja satisfacción de los usuarios
- Frustración del personal de salud

CALIDAD

Es el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y son consistentes con el conocimiento vigente. (IOM)

- Evidencia científica
- Deseos y necesidades del paciente

Las **necesidades** son las carencias que pueden ser satisfechas por un servicio y se clasifican en 2 tipos:

- **Real:** conocida por los profesionales sanitarios
- **Percibida:** es subjetiva, en ocasiones es algo que no se necesita realmente pero para el paciente constituye una necesidad

DIMENSIONES DE LA CALIDAD

□ Segura

Implica prevenir la ocurrencia de eventos adversos aunque los mismos sean sin ninguna intención de dañar.

□ Efectiva

Significa brindar una respuesta mediante prácticas sustentadas en la evidencia científica disponible.

▣ **Centrada en el paciente**

Se refiere a compartir con el paciente y su familia las decisiones clínicas en base a valores, deseos, preferencias y necesidades personales.

▣ **Oportuna**

Es la atención sanitaria en el lugar y el momento que se necesita.

▣ Eficiente

Es el adecuado consumo de recursos pero no solo implica reducir costos económicos.

▣ Equitativa

Implica brindar una calidad de atención similar para todos, independientemente de la edad, sexo, raza, condición socio-económica y religión.

SEGURIDAD

Es la reducción de un daño innecesario o potencial asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, teniendo en cuenta los conocimientos actuales, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención.

La gestión de la seguridad se realiza en 3 fases:

1. Identificación del problema
2. Evaluación de la frecuencia, costo y gravedad del problema
3. Acciones para eliminar o reducir el problema

Cultura de Seguridad

Es el conjunto de valores, actitudes, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso con los programas de salud y seguridad de una organización.

Una cultura segura incluye:

- Comunicación abierta
- Equipos de alto rendimiento
- Cultura justa (no punitiva)
- Reporte de errores
- Liderazgo
- Medición de indicadores

Terminología en seguridad

Riesgo

Es la probabilidad de que se produzca un incidente.

Error

Es el hecho de no llevar a cabo una acción como se había planificado o acción desarrollada con una planificación equivocada para la consecución de un objetivo. Sobre esta base podemos citar:

Error activo Es la acción que no se pretendía realizar. Pueden ser de comisión o por omisión.

Condición latente Es el aspecto no considerado durante la planificación de una actividad o un proceso.

Daño

Es la alteración estructural o funcional del organismo.

Incidente

Es cualquier desvío de la asistencia que podría haber ocasionado o ha ocasionado un daño innecesario a un paciente.

- **Cuasi-incidente:** incidente que no ha llegado a dañar al paciente
- **Incidente sin daño:** situación que pudo haber terminado en un daño pero una intervención a tiempo o la casualidad evitaron que se produjera.
- **Incidente con daño:** es el llamado evento adverso

Evento adverso

Es el acontecimiento que produce un daño al paciente como resultado de una intervención sanitaria.

Evento centinela

Es un incidente que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo de éstas.

Acciones de seguridad recomendadas

- Lista de verificación quirúrgicas
- Intervenciones para prevenir la enfermedad tromboembólica
- Evitar las abreviaturas y promover órdenes electrónicas
- Acciones para evitar las úlceras por presión
- Paquetes de medidas para prevenir infecciones de catéteres en UTI

ERROR EN MEDICINA

“La mayoría de los errores médicos son cometidos por personas con adecuada preparación y bien intencionadas que llevan a cabo su trabajo a diario dando lo mejor de sí mismos en un ámbito muy complejo que, en gran medida, los condena al fallo...Para prevenir estos errores se debe focalizar la atención en realizar cambios en el entorno donde se producen.” (Errar es humano 1999)

Focalizarse en:

- ❑ deficiencias del diseño
- ❑ la organización
- ❑ funcionamiento del sistema

**NO EN LA SIMPLE RESPONSABILIDAD
INDIVIDUAL**

**EVITAR CONDUCTAS PUNITIVAS
INDIVIDUALES**

CAUSAS DE ERROR

Factores individuales:

- Déficit de formación y/o habilidades
- Fallas en la comunicación con el paciente
- Fallas en la comunicación del equipo de salud
- Cansancio
- Distracción

Factores sistémicos:

-Ambientales

Espacio físico del lugar de trabajo

-Fallas del trabajo en equipo

Comunicación

Liderazgo

Cuestiones de jerarquía

-Tiempo abreviado de consulta

-Falta de controles de los procesos

-Problemas de financiación a nivel estatal

Falta de incentivos del personal sanitario

CONSECUENCIAS DEL ERROR

- Elevación de la morbi-mortalidad
- Elevación de los costos económicos
- Desconfianza de los pacientes en el equipo sanitario
- Aumento de los reclamos judiciales por mala praxis
- Problemas psicológicos del médico (depresión, pérdida de confianza en sí mismo, etc.)

Factores que promueven un bajo nivel de error

INDIVIDUALES	INSTITUCIONALES
Conocer las medidas de seguridad	Facilitar el reporte de errores
Reconocer el error y corregirlo	Dar soporte a los trabajadores de salud
Conciencia del error y buscar ayuda	Fomentar una cultura de seguridad

MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

Metodología estructurada y sistematizada cuya finalidad radica en obtener el mayor rendimiento del proceso, reducir el costo de las actividades que ya se realizan de manera habitual y mejorar la calidad del servicio prestado.

Este proceso se conoce como *ciclo de mejora continua* y consta de 4 fases que en conjunto E. Deming la denominó Modelo PDCA: **P**lan, **D**o, **C**heck, **A**ct.

Este ciclo comienza con tres preguntas fundamentales:

1ª ¿Qué se quiere lograr?

Se debe definir un **objetivo**, que tiene que reunir ciertas características:

- Específico
- Medible
- Alcanzable
- Orientado a resultados
- Limitado en el tiempo

2ª ¿Cómo sabremos que el cambio es una mejora?

Lo podemos saber mediante la medición de los resultados.

3ª ¿Qué cambios queremos hacer para lograr esa mejora?

Debemos lograr cambios en los sistemas.

MODELO PDCA

P Planificar Se decide qué se quiere hacer y de qué manera. Supone haber detectado el problema o área de mejora y haber establecido los medios necesarios para obtener el resultado deseado.

D Hacer Se pone en marcha todo lo planificado en la fase anterior.

C Verificar Se miden las consecuencias de las acciones emprendidas y se comparan con los resultados que originaron la necesidad del cambio. Se analizan las desviaciones entre lo obtenido y lo esperado.

A Actuar Se toman las medidas necesarias que permitan corregir las desviaciones. Es el momento de volver a analizar y planificar. Las opciones que se pueden seguir son:

- Adoptar: estandarizar la mejora si se cumplió el objetivo
- Adaptar: ajustar la metodología
- Abandonar: si los cambios no son los deseados

MEDICIÓN

“Lo que no se mide no se puede mejorar”

	DESCRIPCIÓN	EJEMPLO
ESTRUCTURA	Recursos disponibles	Nº de camas en el hospital
PROCESO	Determinar los pasos necesarios para lograr el resultado deseado	Nº de pacientes dados de alta con la medicación correcta
RESULTADO	Estimación de la satisfacción del consumidor	Morbimortalidad o calidad de vida

HERRAMIENTAS PARA LA MEJORA CONTINUA

Diagnosticar el problema

- Recolectar datos
- Analizar la información
- Comunicar las mediciones

Cualitativas

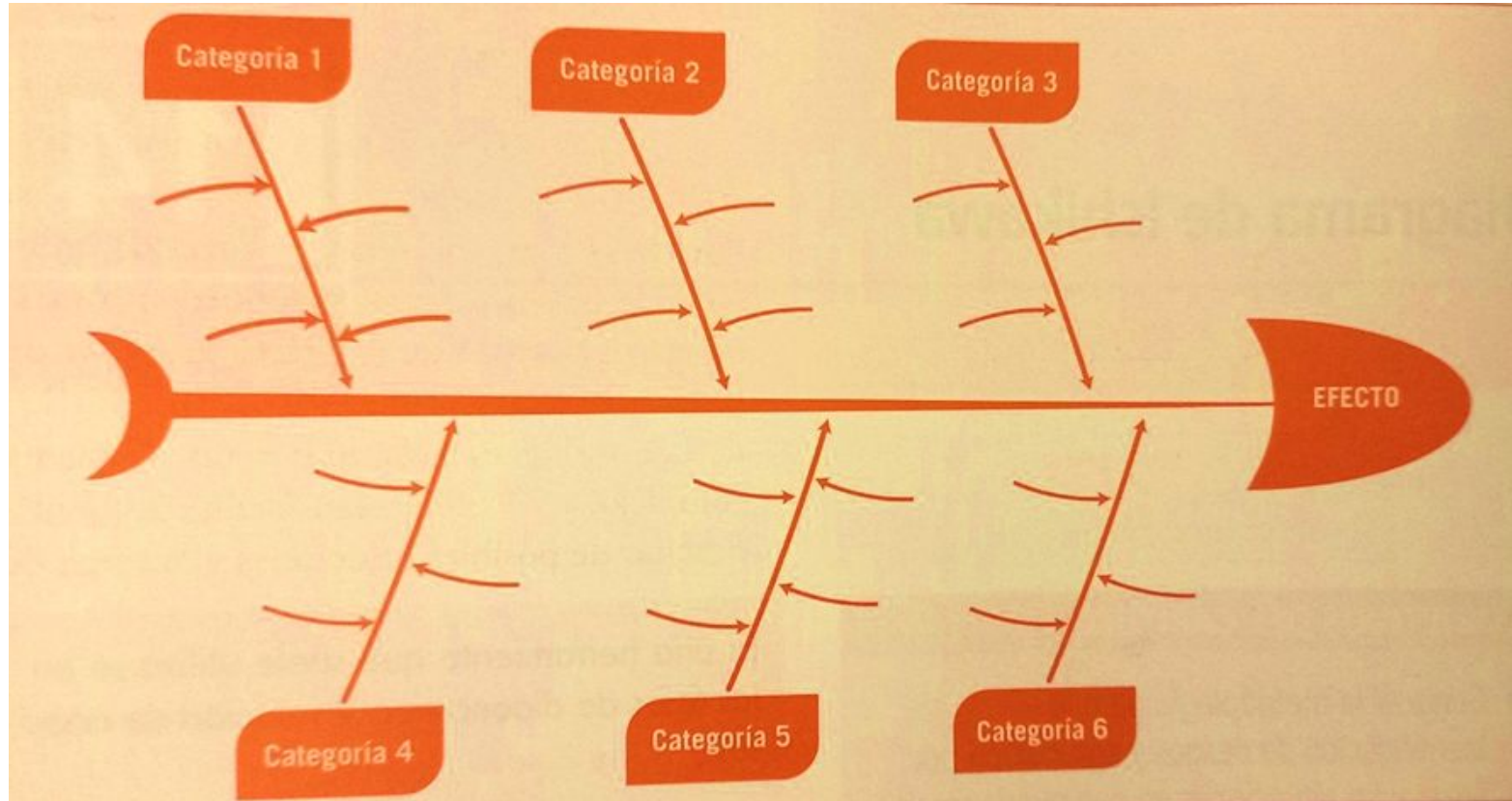
Metodología en la que comúnmente se realiza una investigación en base a “calidad” o la opinión de personas para derivar conclusiones. A menudo es de naturaleza conversacional y los datos no suelen ser cuantificables

Tormenta de ideas

- Es un instrumento que promueve la participación, el respeto al criterio ajeno y la unión de fuerzas para conseguir un objetivo común que es el aporte de ideas a un problema determinado.
- Consiste en un trabajo grupal para generar ideas sobre una situación, siendo un proceso interactivo de grupo no estructurado e independiente.
- Se usa para romper las limitaciones habituales del pensamiento y producir un conjunto de ideas entre las que poder elegir.
- Se requiere un moderador para conducir al grupo, un espacio para el intercambio de ideas y una pizarra para escribir las mismas a la vista de todos.

Diagrama de Ishikawa

- Es una herramienta que facilita el análisis de los problemas y sus soluciones, ilustrando gráficamente las relaciones existentes entre un resultado (efecto) y los factores (causas) que influyen en él.
- También denominado “espina de pescado” o de “causa-efecto”, está formado por un eje central horizontal (espina central) que representa el problema que se desea evaluar. Desde su parte superior e inferior llegan flechas inclinadas, las que representan grupos de causas que serían categorías que inciden en la generación del problema. A cada una de estas flechas llegan otras que, de menor tamaño, representan las causas secundarias.



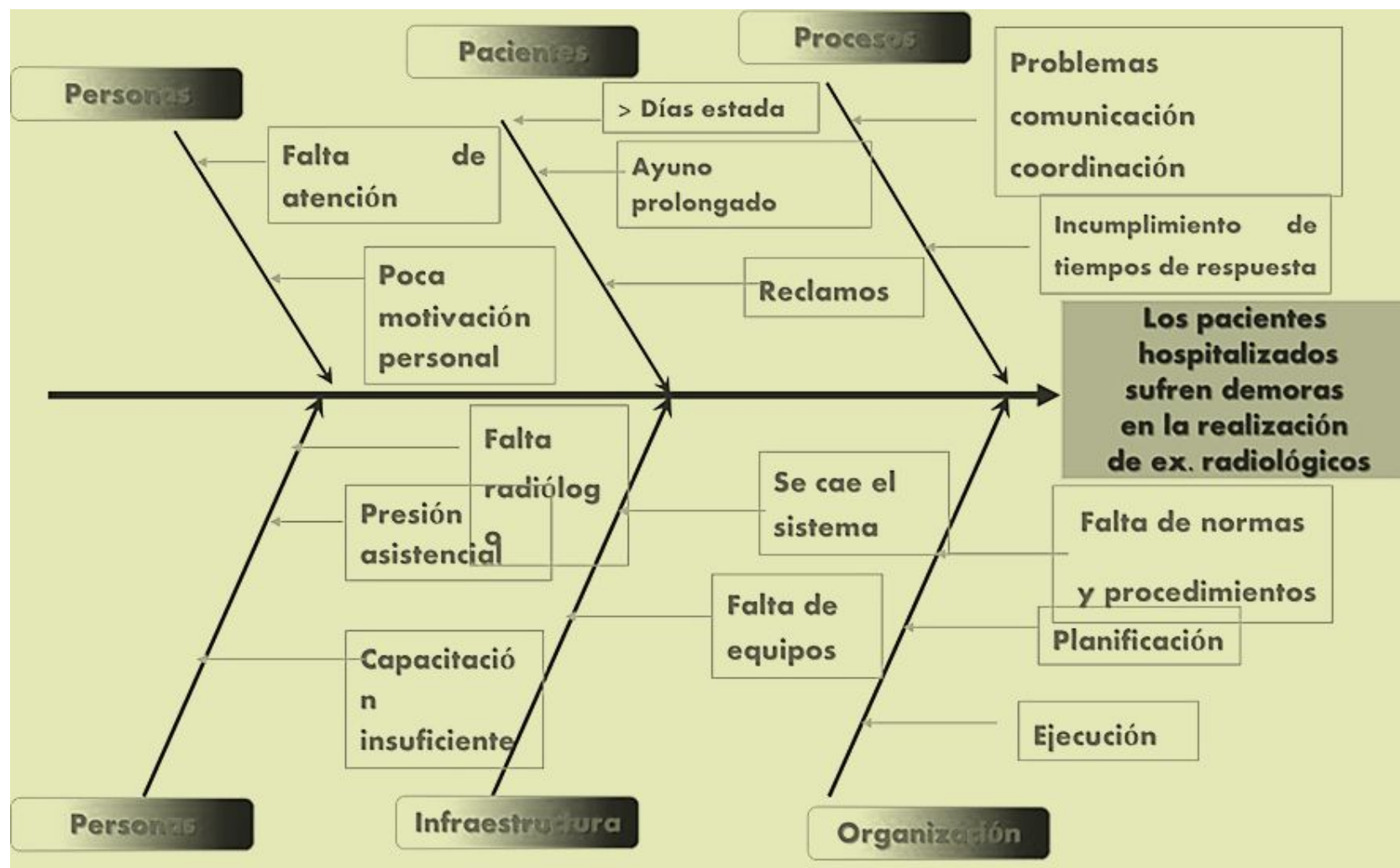


Diagrama conductor

- Se utiliza para conceptualizar un problema y determinar los componentes de un sistema para poder crear un camino pragmático hacia el objetivo.
- Esta herramienta se compone de:
 - Objetivo
 - Conductores primarios y secundarios
 - Flechas de relación
 - Solución
 - Medidas

Objetivo SMART

- Específico
- Medible
- Alcanzable
- Orientado a resultados
- Limitado en el tiempo

Conductores primarios

Son componentes del sistema que contribuyen o impactan directamente en el objetivo; en general se usan palabras como mejorar, comenzar/detener o incrementar/disminuir

Conductores secundarios

Son elementos asociados al conductor secundario; deben ser expresados en acciones medibles

Ideas de cambio

Para cada conductor secundario

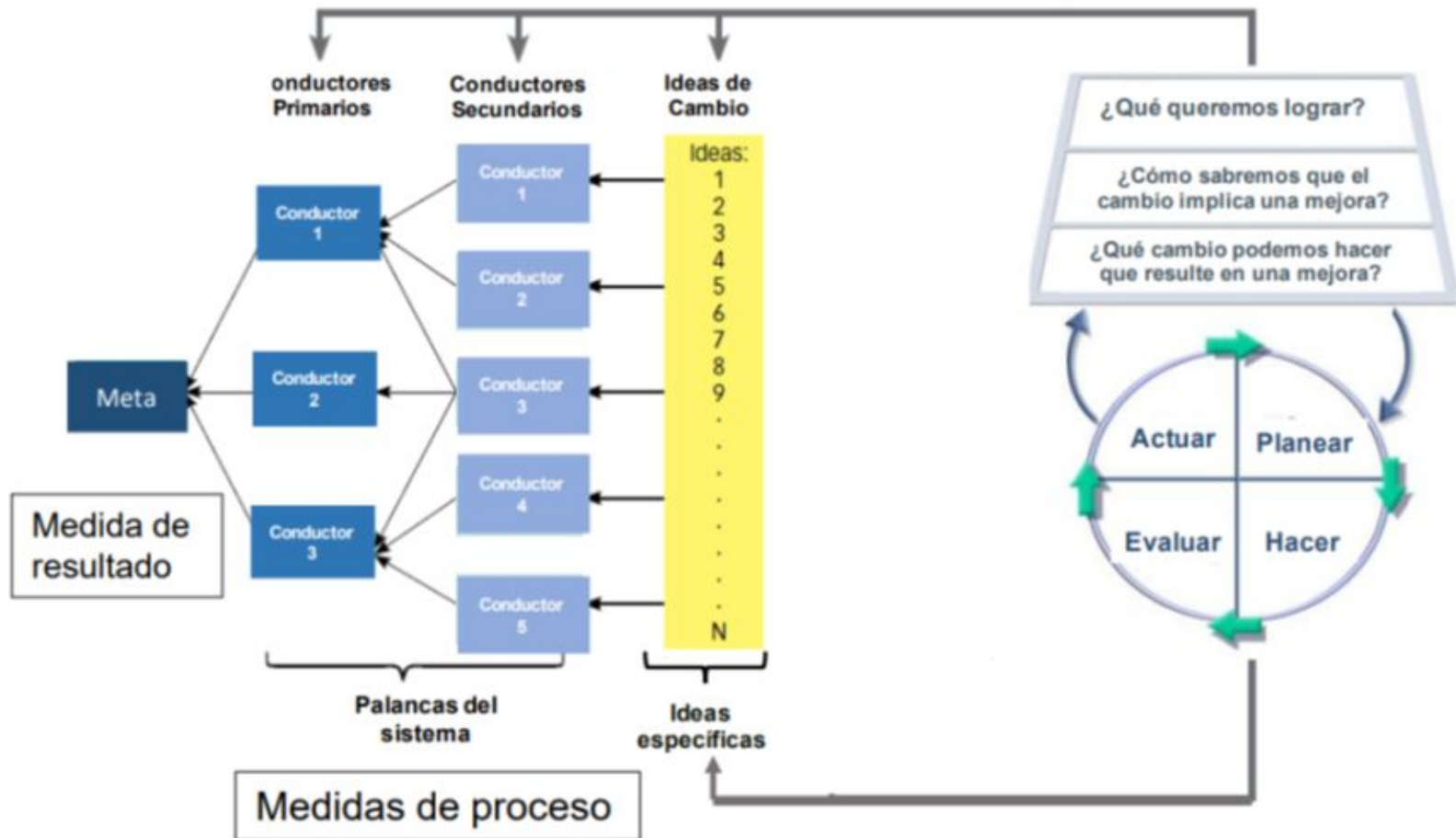
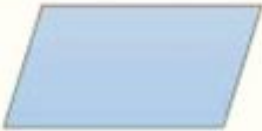
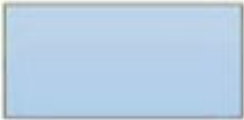


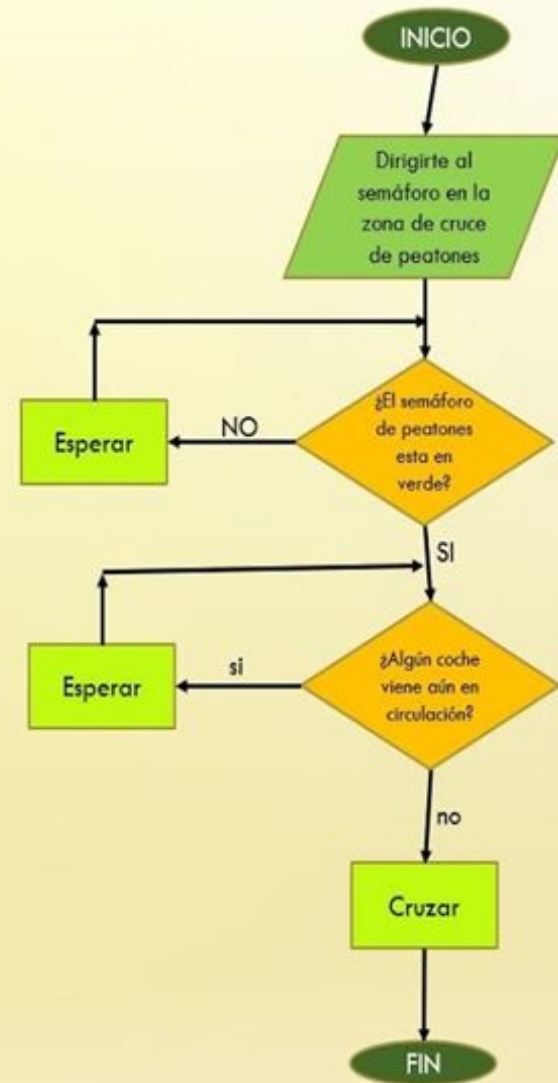
Diagrama de flujo

- Es una representación gráfica de la secuencia de los pasos de un proceso y de su funcionamiento. Mediante la utilización de símbolos se describe la secuencia de un proceso desde el inicio hasta el final.
- Es de utilidad para lo siguiente:
 - Comprender los pasos
 - Reconocer pasos innecesarios y/o problemáticos
 - Determinar áreas que requieren supervisión
 - Identificar oportunidades de mejora

Símbolo	Nombre	Función
	Inicio / Final	Representa el inicio y el final de un proceso
	Línea de Flujo	Indica el orden de la ejecución de las operaciones. La flecha indica la siguiente instrucción.
	Entrada / Salida	Representa la lectura de datos en la entrada y la impresión de datos en la salida
	Proceso	Representa cualquier tipo de operación
	Decisión	Nos permite analizar una situación, con base en los valores verdadero y falso

EJERCICIO RESUELTO DE DIAGRAMA DE FLUJO

Este diagrama de flujo nos
explica:
**“Como cruzar
una avenida con semáforo
de manera
adecuada y segura”**



Matriz de Decisión

- Se basa en criterios explícitos que el equipo trabaja en forma previa como relevantes para la toma de una decisión adecuada.
- Se compara la importancia relativa de cada criterio utilizando una escala.
- Se compone de una columna con las oportunidades de mejora y la otra columna con los criterios de valoración.
- Los problemas se evalúan concediéndoles una puntuación en cada una de los criterios. Luego se contabiliza el total de puntos obtenidos en cada columna.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS	CRITERIOS DE VALORACION		PUNTAJE
Oportunidad de mejora	Importancia	Factibilidad	Total
A	IIII	IIII	10
B	IIII	III	7
C	IIII	III	9
D	III	IIII	8
E	IIII	I	6
F	III	II	5
G	II	I	3

Cuantitativas

Metodología que utiliza preguntas y encuestas para recopilar datos cuantificables, y en base a éstos realizar un análisis estadístico para derivar conclusiones

Diagrama de Pareto

- Constituye una herramienta para analizar las causas de un problema. Representa una técnica gráfica sencilla para clasificar estas causas en orden de mayor a menor frecuencia.
- Se basa en el principio de Vilfredo Pareto que es la regla del 20-80. De acuerdo a esta regla, si bien sabemos que un gran número de factores contribuyen a que se produzca un evento adverso, relativamente pocos son los que tienen una mayor contribución a que ocurra dicho efecto: el 20% de las causas originan el 80% de los problemas.
- El diagrama de Pareto facilita poder concentrarse en las causas que tienen un mayor impacto, por lo que a la hora de decidir soluciones se dirigirán hacia aquellas que con una menor inversión de esfuerzo se obtenga un mayor beneficio.

Los pasos a seguir son:

- 1-Ordenar los factores en orden descendente (de mayor a menor) en función de la magnitud de cada uno de ellos
- 2-Calcular la magnitud total del conjunto de factores
- 3-Calcular el porcentaje total que representa cada factor, así como el porcentaje acumulado
- 4-Eje vertical: frecuencias absolutas
- 5-Eje horizontal: factores empezando por el de mayor importancia
- 6-Por encima del diagrama de barras se forma un diagrama de líneas con la suma de las distintas frecuencias relativas hasta llegar al 100%

Causas de caídas de la cama en el hospital	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Falta de barandas en las camas	15	34%	34%
Familiares mal informados	5	11%	45%
Escaso personal de enfermería	12	27%	72%
Inadecuada formación de enfermería	2	5%	77%
Inadecuado manejo de la crisis de confusión/excitación	3	7%	84%
Ausencia de familiares en la habitación	4	9%	93%
Inadecuada identificación del paciente en riesgo*	3	7%	100%
	44	100%	

*Anciano, deterioro cognitivo, psicopatía, adicciones

Causas de caídas de la cama en el hospital	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Falta de barandas en las camas	15	34%	34%
Escaso personal de enfermería	12	27%	61%
Familiares mal informados	5	11%	72%
Ausencia de familiares en la habitación	4	9%	81%
Inadecuado manejo de la crisis de confusión/excitación	3	7%	88%
Inadecuada identificación del paciente en riesgo	3	7%	95%
Inadecuada formación de enfermería	2	5%	100%
	44	100%	

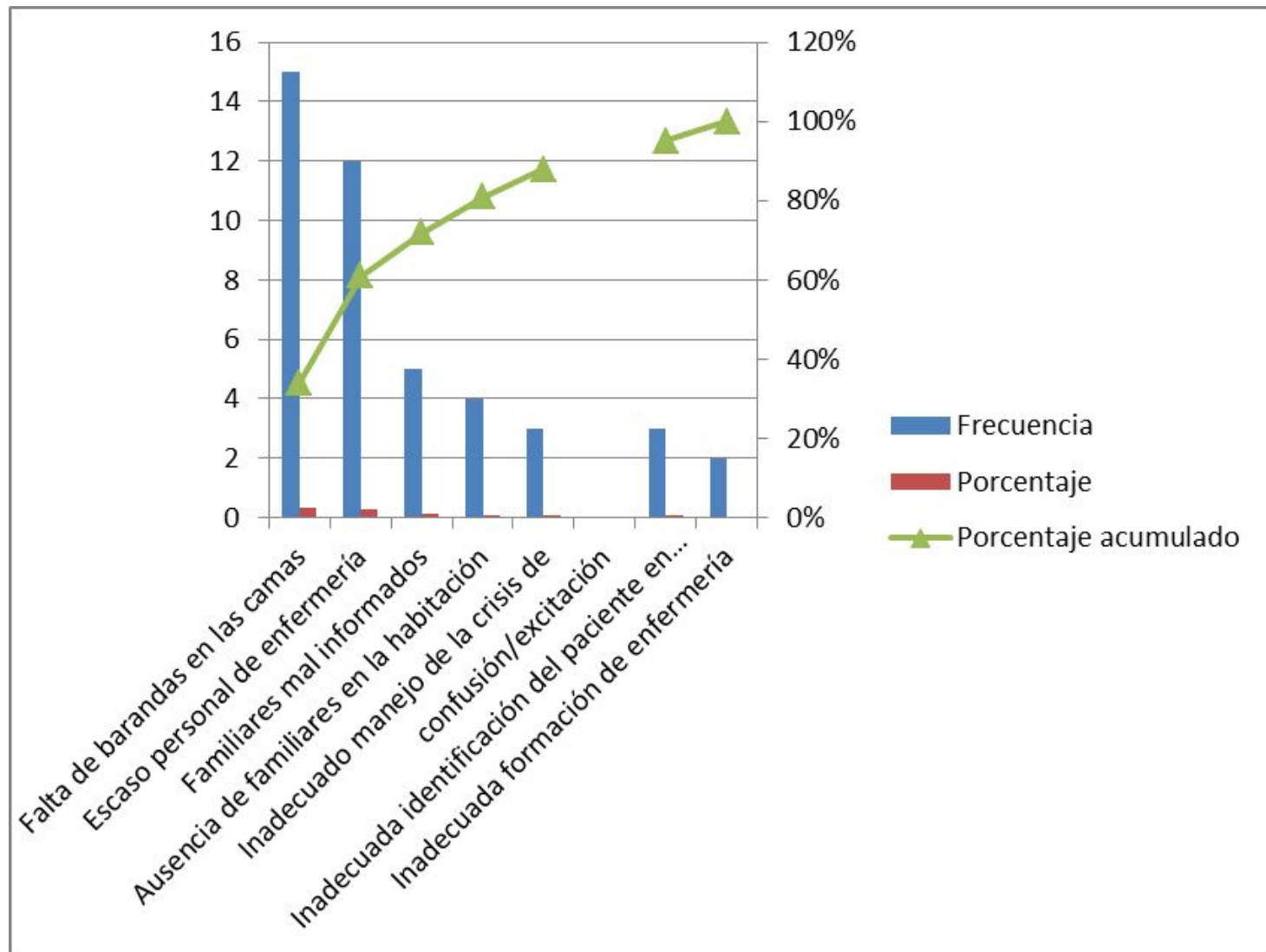
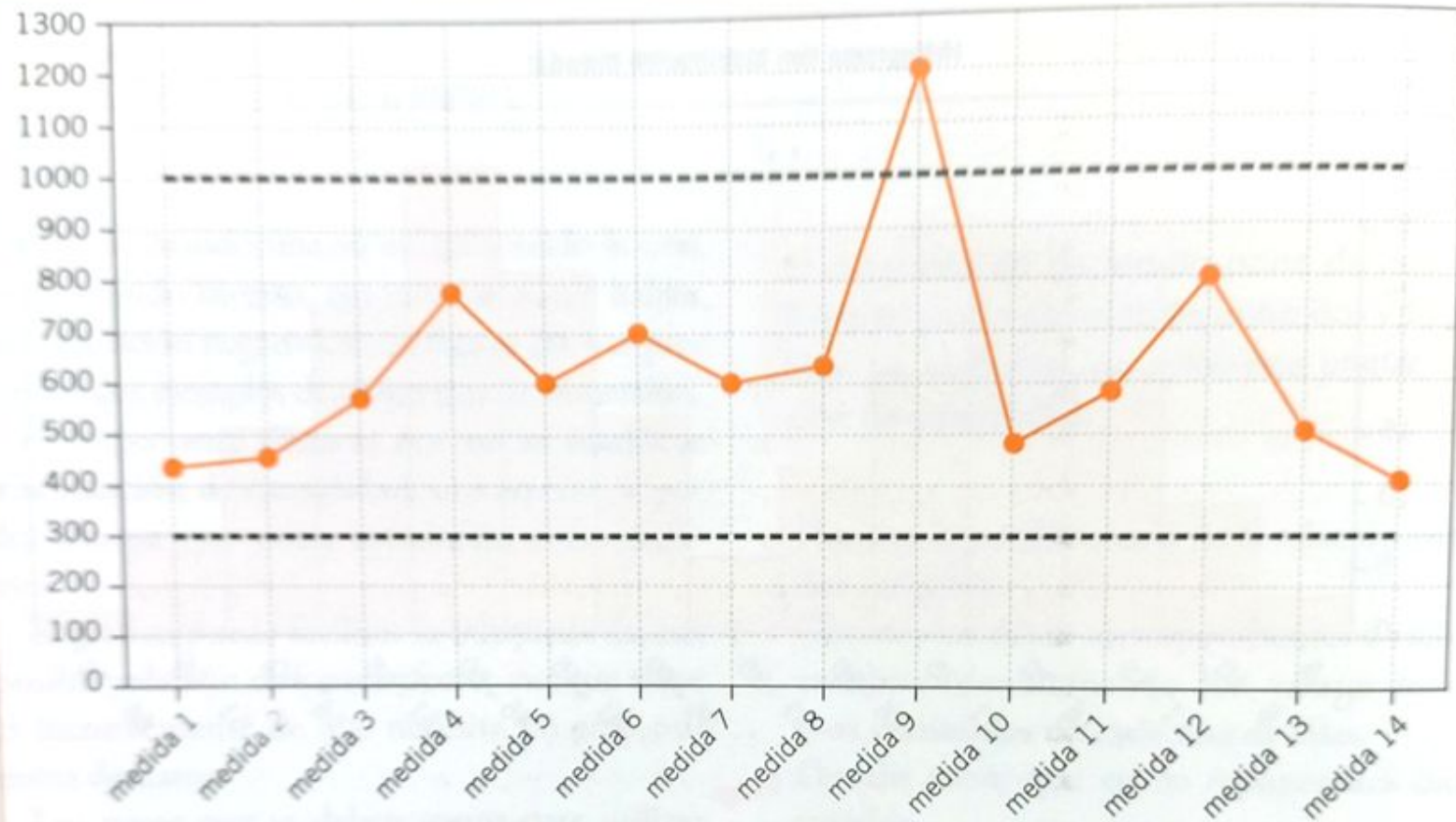


Diagrama de control

- Es una herramienta que sirve para analizar el funcionamiento de un proceso determinado.
- Se forma por un gráfico de secuencia de tiempo con límites de control superior e inferior en el que se representan los valores de algunas medidas estadísticas.
- Nos ayuda a estudiar cómo cambia un proceso a lo largo del tiempo y distinguir las variaciones debidas a causas especiales a partir de las variaciones aleatorias (esperables) inherentes al proceso.

- Los límites de control son los naturales de un proceso dentro de niveles de confianza especificados: límite de control superior (LCS) y límite de control inferior (LCI).
- Los datos se trazan en orden temporal y se determinan 2 líneas: una superior para el LCS y una inferior para el LCI. Estas líneas se constituyen a partir de datos históricos.
- Las variaciones aleatorias se repiten casualmente dentro de los límites predecibles. Las variaciones debidas a causas especiales indican un cambio en el proceso, lo cual obliga a identificar las causas y así se pueden eliminar.



CONCLUSIONES

- ❑ El error en medicina es frecuente con elevados costos humanos y económicos
- ❑ La mayoría de los errores son cometidos por personas bien preparadas y con buenas intenciones
- ❑ Actualmente se tiende a atribuir la mayor responsabilidad de los eventos adversos a factores sistémicos como estrategias de seguridad, gestión de calidad, cultura organizacional y capacidad de aprender del error, que a prácticas individuales concretas
- ❑ Los servicios sanitarios pueden aprender de otras industrias como la aeronáutica en pos de reducir los errores

- Las organizaciones deben evitar las conductas punitivas frente al error
- La mejora continua debe constituir un compromiso ético del profesional
- Una vez diagnosticado un problema existen herramientas para lograr mejorar nuestra práctica diaria
- Para alcanzar elevados estándares de calidad, indefectiblemente, debe haber compromiso desde los trabajadores de la primera línea hasta la dirección

**Muchas gracias
por su atención ...
y un llamado a la acción**

