
COMITÉ COLEGIO

**MANUAL PARA UN PROGRAMA DE
SEGURIDAD DEL PACIENTE**
Sección Seguridad del Paciente
dentro del programa de acreditación de servicios

AUTORES

**Dr. Marcelo Terrés , Dra. Carina Chwat,
Dra. Eugenia Di Pietro, Dr. Francisco Barragán**
Miembros del Comité Colegio

2021



ASOCIACIÓN ARGENTINA DE CIRUGÍA

MANUAL PARA UN PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

**Sección Seguridad del Paciente dentro del programa de
acreditación de servicios**

AUTORES

**Dr. Marcelo Terrés , Dra. Carina Chwat,
Dra. Eugenia Di Pietro, Dr. Francisco Barragán**
Miembros del Comité Colegio



ASOCIACIÓN ARGENTINA DE CIRUGÍA

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO 1: LAS METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD.....	7
Meta 1. Identificación correcta de los pacientes	7
Meta 2. Realizar la comunicación efectiva.....	7
Meta 3. Garantizar la seguridad en los medicamentos de alto riesgo	8
Meta 4. Cirugía correcta, paciente correcto, sitio correcto	8
Meta 5. Reducir el riesgo de infecciones	10
Meta 6. Prevención por caídas.....	11
CAPÍTULO 2: OTRAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN	13
1. Precauciones Estándar	13
2. Precauciones Expandidas	14
3. Casos Específicos	17
CAPÍTULO 3: INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO.....	20
Definiciones.....	20
CAPÍTULO 4: PREVENCIÓN DE ÚLCERAS EN ZONAS DE PRESIÓN	22
CAPÍTULO 5: ERROR, CASI ERROR Y EVENTO CENTINELA	24
Reporte y órgano de control de eventos adversos.....	26
CAPÍTULO 6: COMO GENERAR UN CAMBIO HACIA LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	33
Conformando un Comité de Calidad y Seguridad.....	33
Indicadores de procesos y de resultados, métricas.....	36
Sistemas de análisis de resultados, ateneos de morbimortalidad	39
Análisis de causa raíz (diagrama de Ishikawa).....	44
COROLARIO	488
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49

“Resulta indispensable que todos los profesionales acompañen, con su esfuerzo y compromiso, a participar en el cuidado de la seguridad del paciente y su salud. Es necesario ser consciente del gravísimo problema que ocasionan los errores en la atención de los pacientes”.

“Debemos contribuir a generar un cambio de cultura para motivar a que las instituciones médicas desarrollen sistemas más seguros para la prevención de errores”

“Significa construir un camino infinito hacia el mejoramiento continuo y de manera sostenible en el tiempo”.

(Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente).

INTRODUCCIÓN

Desde la publicación del manual de gestión para la mejora continua, hace poco más de una década, el Comité Colegio ha puesto interés en la difusión y evaluación de los servicios, en la gestión de los recursos y en la evaluación de los procesos y los resultados en dicha gestión, a través de la sugerencia del uso de indicadores, evaluando además la infraestructura básica de apoyo, a saber, quirófanos, cantidad de camas, cantidad de anestesistas, conformación de la guardia, estructura y disponibilidad de radiología, endoscopia, medicina nuclear, laboratorio, etc. Además, hemos considerado el porcentaje de MAAC, de miembros del servicio a evaluar.

Creemos que ha llegado el momento de dar un paso más allá, añadiendo un nuevo capítulo hasta ahora evaluado tangencialmente. Esto no implica de ninguna manera abandonar lo que estamos haciendo y lo que venimos proponiendo como mejora continua a los servicios, sino por el contrario sumarle el tema de seguridad de paciente, propendiendo las recomendaciones de la OMS en cuanto al cumplimiento de las seis Metas de seguridad de los pacientes. Y agregando, además, conceptos que ya han sido tratados en distintos Relatos Oficiales, como Error, Casi Error, Evento centinela, y proponiendo métodos específicos para su análisis, como el método de causa-raíz.

Estamos persuadidos de que este salto a la calidad y seguridad de los pacientes nos permitirá ayudar a los servicios a crecer para poner a la calidad de atención en el lugar que merece.

Si consideramos que los fenicios, ante la falla en la elaboración de un producto de manufactura, implementaban como castigo la amputación de la mano del operario para que ese error no tuviera lugar a repetirse, rápidamente observamos que con la aplicación de este antiguo método de razonamiento, el error ocurre por un motivo unicausal, reduciéndolo a una sola persona o una situación particular, cuando en realidad veremos reconoce un origen multicausal, donde una falla inicial atraviesa todas las defensas que se le oponen.



Una cultura positiva y constructiva sobre la seguridad del paciente en los servicios de cirugía es un requisito indispensable para prevenir y minimizar incidentes y poder aprender de los errores para reducir la probabilidad de que vuelvan a ocurrir.

Para lograr esto se deben desarrollar acciones dirigidas a medir y mejorar el ámbito de seguridad, informar y formar sobre el tema a todos los profesionales del sistema sanitario (en todos los niveles), fomentar la capacitación en cuidados efectivos, entrenar a los equipos de trabajo en gestión de riesgos, promover el liderazgo en seguridad, mantener informados a los profesionales de los datos de evaluación estimulando una participación activa en las mejoras propuestas y así lograr implementar prácticas seguras. La OMS propone:

- Diseñar y establecer sistemas de información y notificación de eventos adversos para el aprendizaje como herramienta clave en la gestión de riesgos.
- Ejecutar prácticas seguras recomendadas por los organismos internacionales de salud.
- Promover la investigación en seguridad del paciente.
- Generar estrategias que puedan anticiparse a la ocurrencia del error y, en los casos que esto ocurra, intentar disminuir su impacto.

Basándose en estos conceptos, la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente (National Patient Safety Agency, NPS- Reino Unido) desarrolló una nueva orientación para todo el personal de salud que resume en:

1. Integrar los conceptos, métodos y herramientas de investigación y de práctica clínica necesaria para desarrollar una cultura de seguridad.
2. Poder trabajar en la gestión de riesgos, analizando las causas básicas de incidentes para poder accionar con soluciones factibles **enfaticando la importancia del reporte de eventos**. Para lograr el éxito se hace gran hincapié en el apoyo personal del equipo de salud.



En términos globales se trata de crear una cultura abierta, honesta y justa de responsabilidad compartida, de la cual surja el aprendizaje sobre el error y no el castigo.

Propone expandir la importancia de realizar informes; de reportar los incidentes. Poder analizar en conjunto la causa raíz del error. Destacar el liderazgo como pilar en la evaluación y formulación de procesos de gestión de riesgo, dando apoyo al personal y haciéndolo participe en el análisis de por qué y cómo ocurren los incidentes. Capacitar con lecciones de seguridad incluyendo a los propios pacientes y a la comunidad para el desarrollo de estrategias y medidas correctivas.

La OMS, junto con la Joint Commission International (JCI) desarrollaron las seis metas internacionales de seguridad del paciente como medidas preventivas, barreras defensivas que tratan de **anticiparse al error** y a los eventos adversos.

Con esta iniciativa intentaremos anticiparnos al error y hacer la estadía hospitalaria de nuestros pacientes más segura.

Nos detendremos en ellas a continuación.

CAPÍTULO 1: LAS METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD

Meta 1. Identificación correcta de los pacientes

No debe identificarse a los pacientes por su número de habitación o cama.

- Utilizamos **dos de tres datos** para identificar correctamente a los pacientes:
 1. **Nombres y Apellidos completos**
 2. **Número de historia clínica**
 3. **Fecha de nacimiento**

Estos datos deberán constar en sendas pulseras identificatorias que se colocarán una en un miembro superior y otra en uno de los inferiores.

- Utilizamos **siempre** dos identificadores **antes de**:
 1. Administrar medicamentos.
 2. Administrar componentes sanguíneos.
 3. Extraer sangre u otras muestras para análisis clínico.
 4. Realizar procedimientos.
 5. Entregar la dieta.

Meta 2. Realizar la comunicación efectiva

- **Las órdenes médicas verbales, SOLO serán cumplidas en casos de emergencia, en salas de cirugía y/o procedimientos, y deberán luego ser transcritas a la historia clínica.**
- **En comunicaciones telefónicas siempre se aplica el protocolo de comunicación redundante** para dar resultados de diagnósticos, de la siguiente manera:
 1. El servicio de diagnóstico comunica el resultado del paciente.
 2. El servicio asistencial que recibe el mensaje registra la información en el lugar adecuado.
 3. El servicio diagnóstico solicita al servicio asistencial que repita el resultado que fue informado.
 4. Quien recibió el mensaje lo retransmite al emisor.
 5. El servicio de diagnóstico verifica que la información recibida es correcta.
 6. **Si la información transmitida es crítica solo debe ser presentada al equipo médico solicitante, por ejemplo, gases en sangre en un paciente bajo anestesia general recibe el anesestesiólogo.**

- **La comunicación efectiva debe serlo también y fundamentalmente** en las entregas de turno, en los traslados de pacientes, teniendo que entregarle al camillero o a quien realice el traslado un pasaporte (nota donde consten los datos de identificación del paciente, destino y horario del traslado, con la aclaración de si es necesario el regreso).

Meta 3. Garantizar la seguridad en los medicamentos de alto riesgo

- Los medicamentos son clasificados de acuerdo con su riesgo, siendo de alto riesgo 5 tipos de medicamentos:
 1. Medicamentos LASA: son medicamentos de aspecto parecido o que tienen una fonética parecida (en inglés "look alike, sound alike"). Estas similitudes inducen a errores.
 2. Electrolitos concentrados.
 3. Estupefacientes o psicotrópicos o drogas anestésicas.
 4. Insulinas y anticoagulantes.
 5. Citostáticos u oncológicos.

Todos ellos deben estar correctamente señalados y deben ser almacenados en forma segura y bajo custodia (bajo llave o en caja de seguridad).

- Los medicamentos preparados en diluciones para su administración deben estar correctamente rotulados.
- Los medicamentos de alto riesgo que son envasados por fuera de su empaque original, deben estar correctamente rotulados y controlados.
- Los medicamentos de alto riesgo preparados en diluciones para su administración siempre deben estar rotulados y bajo custodia por el personal de enfermería.

Meta 4. Cirugía correcta, paciente correcto, sitio correcto

Verificamos **siempre** antes de realizar cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico, el paciente correcto y el sitio correcto y el procedimiento correcto.

- Antes del ingreso a la sala y antes de comenzar el procedimiento, ya dentro de la sala, se identificará al paciente con dos de tres datos.
- Marcado con tinta indeleble por parte del operador el sitio correcto, antes de pasar al paciente a la sala, de donde se realizará el procedimiento.
- Una vez en la sala se le preguntará por la cirugía a realizar y el nombre de su cirujano.
- En la realización de cirugías y procedimientos de nuestros pacientes, realizamos checklist, en tres momentos:

1. al ingreso a la sala.
2. antes del procedimiento.
3. antes de la salida del paciente de la sala.

En estos tres momentos debe estar presente el equipo participante completo.

FASE DE ENTRADA

(Antes de la anestesia)

Lidera circulante y anesthesiólogo. Todo el equipo presente.

<ol style="list-style-type: none">1. El paciente confirma:<ol style="list-style-type: none">a. Identidad.b. Diagnóstico y procedimiento.c. Marcación de sitio quirúrgico.d. Alergias conocidas.e. Ayuno.2. Oxímetro de pulso puesto y funcionando.	<ol style="list-style-type: none">3. Esterilidad de instrumental.4. Máquina de anestesia funcionando y medicaciones anestésicas presentes.5. Dificultad en la vía aérea/riesgo de aspiración.6. Riesgo de pérdida de sangre mayor a medio litro (7 ml/kg en niños).7. Materiales protésicos.
---	--

PAUSA QUIRÚRGICA

(Antes de la incisión)

Lidera cirujano. Todo el equipo presente.

<ol style="list-style-type: none">1. Presentación equipo quirúrgico.2. Nombre del paciente.3. Diagnóstico y procedimiento.4. Marcación del sitio quirúrgico.5. Paciente antiagregado o anticoagulado.	<ol style="list-style-type: none">6. Antibiótico dentro de la última hora.7. Imágenes disponibles.8. Repaso de pasos críticos.9. Duración del procedimiento.10. Correcto funcionamiento de equipos.
---	---

FASE DE SALIDA

(Al iniciar el cierre)

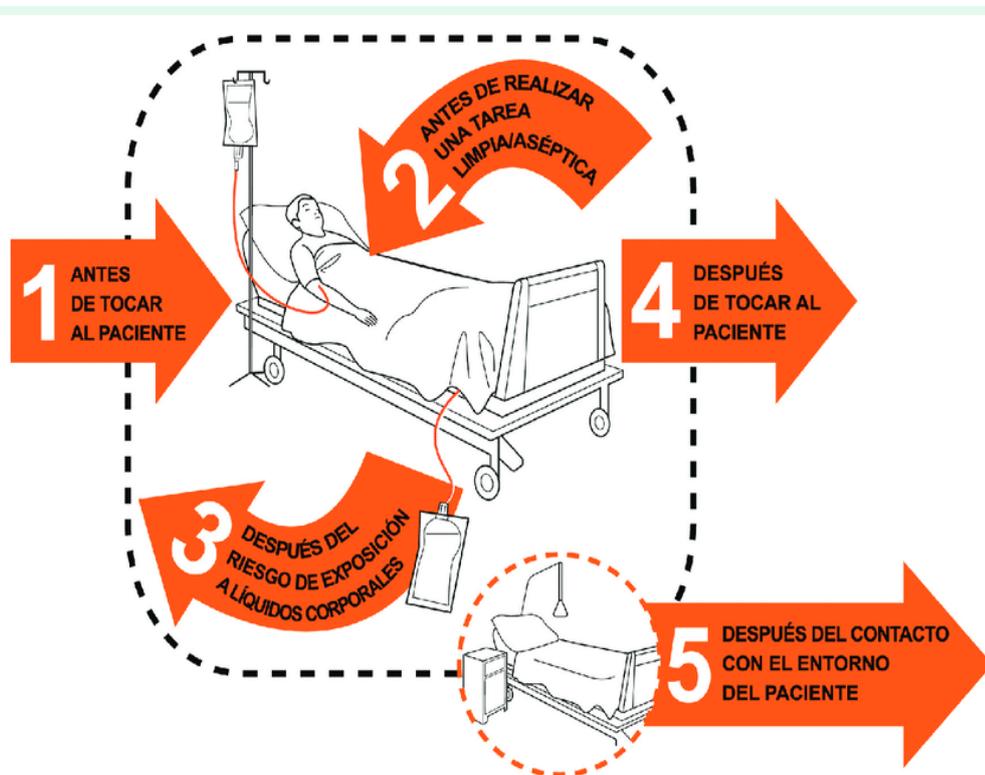
Lidera circulante.
Todo el equipo presente.

1. Procedimiento realizado.
2. Conteo de gasas y agujas correcto.
3. Solicitud y etiquetado de las muestras de patología.
4. Problemas en la intervención.
5. Necesidades particulares en el postoperatorio.

Meta 5. Reducir el riesgo de infecciones

- Cumplimos con el **Programa de Higiene de Manos** y la realización de campañas continuas para fortalecer esta práctica segura, muestreando mensualmente el cumplimiento del lavado de manos en los momentos previstos (los cinco momentos para la higiene de manos), con un indicador de cumplimiento.
- Realizamos la prevención de las infecciones asociadas a colocación de vías centrales, asociadas a respirador y a otros procedimientos invasivos, con protocolos y guías de colocación y de cuidados.

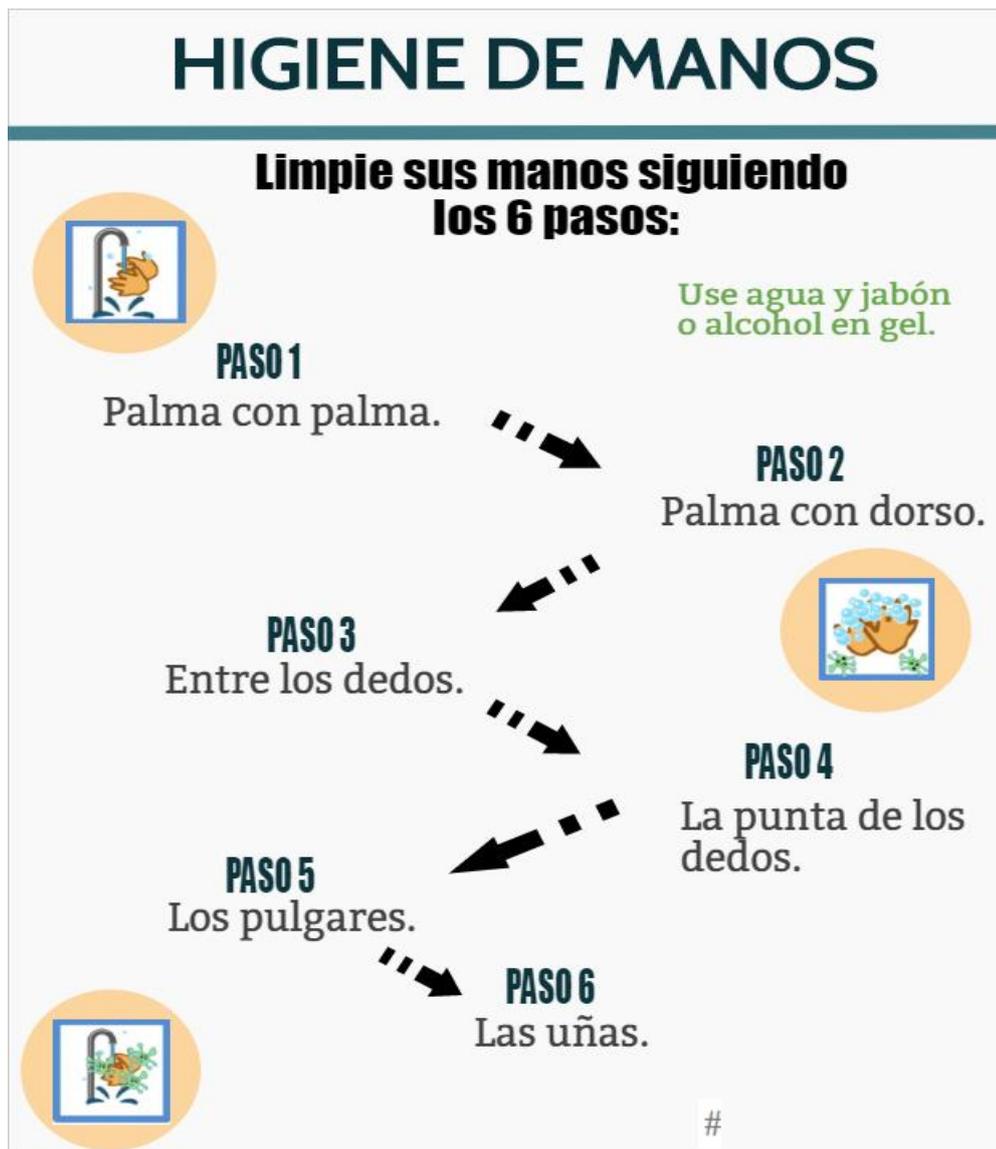
Se presentan a continuación los **cinco momentos** para realizar el lavado de manos:



Cuándo lavar las manos con agua y jabón neutro:

- antes del primer procedimiento.
- cuando están visiblemente sucias.
- luego se utiliza gel alcohólico.

Se presentan a continuación los pasos a seguir para una correcta higiene de manos en seis pasos:



Meta 6. Prevención por caídas

- Identificamos al paciente con riesgo de caída (sugerimos usar la escala de Evaluación de Riesgo de Caídas de J. H. Downton) durante la evaluación inicial de ingreso y realizamos **reevaluaciones** cuando así lo indique el estado clínico del paciente.
- Colocamos un autoadhesivo (punto azul) en la pulsera identificatoria que permite reconocer al paciente con riesgo de caída.
- Desarrollamos un protocolo de prevención que incluye educación del paciente y su familia o acompañantes.

Se presenta a continuación la Escala de Evaluación de Riesgo de Caídas de J. H. Downton:

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON)		
ALTO RIESGO >2 PUNTOS		
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes – sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus...)	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda / sin ayuda	1
	Imposible	1

CAPÍTULO 2: OTRAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Las medidas de control dirigidas a disminuir el riesgo de exposición del personal a agentes biológicos, como así también a evitar su transmisión entre los pacientes de la institución, se basan en dos conjuntos de normas fundamentales:

1. **Precauciones Estándar**
2. **Precauciones Expandidas**

1. Precauciones Estándar

Diseñadas para el cuidado tanto de los pacientes como del personal de salud independientemente de su diagnóstico y presunto estado de infección. La implementación de estas medidas representa la estrategia primaria para un control efectivo de las infecciones asociadas al cuidado de la salud.

<i>Componentes de las Precauciones Estándar</i>	
Lavado de manos	En las "5 oportunidades de la OMS"
Guantes	<ul style="list-style-type: none"> • Antes de tomar contacto con fluidos corporales u objetos contaminados. • Cambiarse los guantes entre pacientes y entre procedimientos en un mismo paciente. • Quitarse los guantes inmediatamente después de su uso y proceder al lavado de manos.
Barbijo y protecciones oculares	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar barbijo y protecciones oculares en procedimientos y actividades que pudiesen generar salpicaduras o nebulizaciones de sangre o fluidos corporales. • Higienizar las manos con alcohol en gel antes y después de retirar todo el equipo de protección.
Camisolín	<ul style="list-style-type: none"> • Colocarse el camisolín para proteger y prevenir el manchado de la ropa durante los procedimientos y actividades que pudieran generar salpicaduras o nebulizaciones de sangre o fluidos corporales. • Cambiar inmediatamente el camisolín si se encuentra manchado y proceder al lavado de manos para evitar la transferencia de microorganismos a otros pacientes o al entorno. • El camisolín debe cubrir por completo la espalda, del cuello a las rodillas, y los brazos cubiertos hasta las muñecas. Atarlo en el cuello y la cintura. • Higienizar las manos con alcohol en gel antes y después de retirar todo el equipo de protección.
Equipos de soporte	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar que los mismos entren en contacto con sangre o fluidos corporales del paciente. • Proceder inmediatamente a su limpieza en caso de que los mismos se encuentren manchados.
Limpieza del entorno	<ul style="list-style-type: none"> • Efectuar la limpieza diaria del entorno del paciente (cama, equipos de soporte, superficies horizontales) con equipamiento y desinfectante adecuados.
Ropa de cama	<ul style="list-style-type: none"> • Manipular la ropa sucia evitando la exposición de la piel y las membranas mucosas y la contaminación de la ropa del personal.
Prevención de accidentes corto-punzantes	<ul style="list-style-type: none"> • No re-encapuchar agujas usadas ni retirar la aguja de la jeringa con la mano. • Colocar el material corto-punzante en contenedores rígidos apropiados.
Resucitación del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar mascarillas de resucitación u otro dispositivo de ventilación como alternativa al método boca-boca (en los últimos años no se recomiendan métodos de ventilación en RCP salvo intubación oro traqueal).

2. Precauciones Expandidas

Su aplicación está dirigida a evitar la transmisión de patógenos a partir de pacientes con infección conocida o presunta o bien con confirmación o sospecha de colonización por microorganismos epidemiológicamente relevantes.

Estas medidas se agrupan en tres tipos de estrategias respondiendo al mecanismo de transmisión asociado:

- a) Precauciones de contacto
- b) Precauciones respiratorias por gotas
- c) Precauciones respiratorias aéreas

a) **Precauciones de contacto**

Diseñadas para reducir el riesgo de transmisión de patógenos epidemiológicamente importantes por contacto directo e indirecto.

Medidas:

- El paciente debe estar en habitación individual o en cohortes (ver más adelante), proporcionando artículos de uso individual.
- No es necesario el uso de barbijo. El personal debe colocarse camisolín y guantes al ingresar a la habitación y descartarlos antes de retirarse de la misma.
- El equipamiento deberá ser de uso único para el paciente o limpiarlo antes del uso con otro paciente.

b) **Precauciones respiratorias por gotas**

Diseñadas para reducir el riesgo de transmisión a través de gotas emanadas de la cavidad nasal, bucal y vías respiratorias. Involucra el contacto de las conjuntivas o mucosa nasal u oral de un huésped susceptible con gotas grandes (> 5µm) que contienen microorganismos generados por personas enfermas o portadoras. Las gotas se generan por la persona fuente a través de la tos (espontánea o inducida), el estornudo, el habla o procedimientos como la aspiración y la broncoscopia. Esta transmisión requiere de contacto estrecho entre fuente y huésped susceptible debido a que las gotas no quedan suspendidas en el aire y recorren distancias cortas (< 1 m) a través del aire.

Medidas:

- No requiere de manejo especial del aire y la ventilación.
- El paciente debe estar en habitación individual o en cohortes (ver más adelante), proporcionando artículos de uso individual. De ser habitación compartida, debe

procurarse una distancia mínima entre pacientes de 1 metro. En lo posible mantener la puerta cerrada.

- Utilizar barbijo quirúrgico sólo si se trabaja a menos de 1 metro del paciente.
- El personal debe colocarse camisolín y guantes al ingresar a la habitación y descartarlos antes de retirarse de la misma.
- El equipamiento deberá ser de uso único para el paciente o limpiarlo antes del uso con otro paciente.

c) Precauciones respiratorias aéreas

Reducen el riesgo de transmisión por la vía aérea. La transmisión por la vía aérea ocurre por diseminación de núcleos de gotas de la vía aérea (partículas residuales pequeñas [\leq a $5\mu\text{m}$] de gotas evaporadas que pueden permanecer suspendidas en el aire por largos períodos de tiempo) o por partículas de polvo que contienen el microorganismo infectante. Los microorganismos transportados de esta manera pueden dispersarse ampliamente a través de corrientes de aire y pueden ser inhalados o depositados en un huésped susceptible dentro de la misma habitación o a distancias mayores desde el paciente fuente.

Medidas:

- Se requiere un manejo especial del aire y la ventilación.
- El paciente debe estar en habitación individual con presión negativa o ventana abierta. Recambio de aire de 6-12 veces/hora con filtro HEPA. Desconectar el aire acondicionado central si lo hubiese. Puerta cerrada.
- Utilizar barbijo N95 al ingresar a la habitación.

Señalética a ser colocada en la puerta de entrada a la habitación de un paciente con alguna de las tres posibilidades de aislamiento expandidas descriptas ut supra:



3. Casos Específicos

- ***Infección por Clostridium Difficile:***
 - Utilizar precauciones estándar y de contacto.
 - Para la limpieza diaria del entorno del paciente debe usarse lavandina al 10%.
 - Además del alcohol en gel, debe utilizarse jabón común para el lavado de manos.
 - Mantener las medidas hasta que el paciente se encuentre asintomático por al menos 48 horas.

- ***Posibilidad de gérmenes multirresistentes (SAMR, EVR, Bacilos Gram negativos MR):***
 - Utilizar precauciones estándar y de contacto.
 - Mantener durante toda la internación si los hisopados resultan positivos.
 - Discontinuar con resultado negativo de los cultivos.
 - Implementar estas medidas ante historia de colonización o infección por gérmenes multirresistentes en el último año; pacientes derivados de áreas o centros con alta prevalencia de portación de microorganismos multirresistentes; internación previa en cualquier institución en los últimos 3 meses por al menos 24 horas.

- ***Pacientes neutropénicos:***
 - Utilizar precauciones estándar.
 - Habitación individual con presión positiva. Mantener la puerta cerrada.
 - Quitarse el reloj, pulseras y anillos, previo al lavado de manos.
 - El personal que usa guardapolvo o ropa de mangas largas debe quitarse el guardapolvo y doblar las mangas de su ropa antes de lavarse las manos.
 - Sólo el personal que usa ambo deberá vestir camisolín antes de entrar a la habitación.
 - Elementos de uso individual para el paciente o desinfección entre usos.
 - No debe ingresar personal o visitas que presenten fiebre o síntomas de infección respiratoria o diarrea.
 - Limitar el traslado del paciente a lo estrictamente necesario.

- ***Pacientes con trasplante de órgano sólido:***
 - Utilizar precauciones estándar.

- Quitarse el reloj, pulseras y anillos, previo al lavado de manos.
 - El personal que usa guardapolvo o ropa de mangas largas debe quitarse el guardapolvo y doblar las mangas de su ropa antes de lavarse las manos.
 - No debe ingresar personal o visitas que presenten fiebre o síntomas de infección respiratoria o diarrea.
 - Restringir las visitas a no más de 2 personas.
 - Elementos de uso individual para el paciente o desinfección entre usos.
 - Limitar el traslado del paciente a lo estrictamente necesario.
- ***Aislamiento respiratorio preventivo en áreas ambulatorias:***

QUIÉN	DÓNDE	CÓMO
Todo paciente o acompañante que presente tos, o catarro de vías aéreas con exantema y fiebre	En sala de espera de: -Triage de emergencia -Atención ambulatoria -Laboratorio -Imágenes	Barbijo quirúrgico durante su permanencia en la institución o hasta ser evaluado por un profesional que indique retirarlo.

- ***Aislamiento en habitaciones compartidas:***
 - En caso de habitaciones compartidas, el aislamiento no es por paciente sino por habitación, entendiendo que ambos pacientes que ocupan la habitación deberán permanecer aislados si uno de ellos tiene una condición que lo justifique.
 - En ningún caso se podrá colocar en una habitación compartida otro paciente si ya se encuentra internado un paciente en aislamiento (de contacto o respiratorio gotas) por un microorganismo definido, a menos que el nuevo paciente que ocupe la habitación esté infectado/colonizado por el mismo microorganismo (“cohortización” de pacientes).
 - No está permitido alojar en la misma habitación pacientes con aislamiento respiratorio aéreo.
- ***Traslado de pacientes en aislamiento***
 - El traslado de los pacientes en aislamiento, sea cual fuere el mismo, deberá estar limitado a lo estrictamente necesario. Deberá comunicarse al sector de destino la situación del paciente.

Tipo de Aislamiento	Medidas		
	Camillero	Paciente	Personal de destino
De Contacto	Camisolín y guantes que se descartan en el lugar de destino y luego proceder al lavado de manos	Sin medidas de barrera	Camisolín y guantes.
Respiratorio Gotas	Sin medidas de barrera	Barbijo quirúrgico	Sólo deberá tener barbijo quirúrgico el personal en contacto directo si deben retirar el barbijo del paciente para un procedimiento invasivo.
Respiratorio Aéreo	Sin medidas de barrera	Barbijo N95	Sólo deberá tener barbijo N95 el personal en contacto directo si deben retirar el barbijo del paciente para un procedimiento invasivo.
Pacientes Neutropénicos			

CAPÍTULO 3: INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO

Las infecciones de sitio quirúrgico (ISQ) revisten una gran importancia en la calidad y seguridad de la atención médica tanto que ameritan un apartado especial, sea por el riesgo que acarrearán al paciente, pudiendo hasta causarle la muerte, como por el alto costo que acarrearán al sistema de salud, en tanto prolongan internaciones, necesitan el uso de antibióticos e incluso procedimientos percutáneos de drenaje o quirúrgicos.



Es este un tema paradigmático ya que todo Servicio debe tener un **plan estratégico** para evitarlas y controlarlas y, como veremos más adelante, desarrollar procesos (GPC) para prevenirlas (por ejemplo, GPC para el uso de profilaxis antibiótica) y controlar indicadores para su seguimiento (ver CAPÍTULO “indicadores”).

Si no se contara con un Servicio de Infectología y/o Control de Infecciones, quienes se encarguen de reportar y registrar las ISQ, deberá autorizarse o designar a uno de los médicos y a una enfermera a hacer vigilancia epidemiológica de las heridas.

Definiciones

Según SADI, de acuerdo con los tejidos afectados, las definiciones de la ISQ se enuncian como:

a. Infección Superficial

Es aquella que ocurre dentro de los treinta días de la cirugía, que compromete los tejidos superficiales, piel y tejido celular subcutáneo, y que presenta por lo menos uno de los siguientes síntomas, signos o hallazgos:

1. Drenaje purulento de la incisión superficial.
2. Presencia de por lo menos uno de los siguientes: dolor, hipersensibilidad, edema, enrojecimiento o calor local asociado a la apertura de la herida superficial por parte del cirujano, a menos que el cultivo del material de este sitio quirúrgico sea negativo.
3. Aislamiento de microorganismos en el cultivo del líquido o tejido, obtenido asépticamente o por punción por piel sana.
4. Diagnóstico de infección, localizada en este sitio quirúrgico, por parte del cirujano o el médico que atiende al paciente.
5. Algunos agregan a la definición que alguien del equipo tratante le indique antibióticos.

No se considera ISQ: el absceso confinado al punto de sutura, la quemadura infectada, la infección de la episiotomía y de la circuncisión en los recién nacidos.

b. Infección Profunda

Es aquella que se produce dentro de los 30 días de la cirugía en ausencia de implante y dentro del año en su presencia, que parece estar relacionada con el acto quirúrgico, que compromete la fascia y el plano muscular, y que presenta por lo menos uno de los siguientes síntomas, signos o hallazgos:

1. Drenaje purulento proveniente de la fascia o del plano muscular.
2. Dehiscencia de dicho plano quirúrgico, espontánea o provocada por el cirujano, asociada a por lo menos uno de los siguientes signos o síntomas: fiebre ($> 38^{\circ}\text{C}$), dolor o hipersensibilidad local, a menos que el cultivo del material de este sitio quirúrgico sea negativo.
3. Diagnóstico de absceso, u otra evidencia de infección, localizados en el sitio en consideración, realizado en forma directa por el cirujano durante la re-operación, por métodos por imágenes o histopatológico.
4. Diagnóstico de infección localizada en el sitio en consideración, realizado por el cirujano o por el médico que atiende al paciente.
5. Si la infección afecta tanto a la incisión superficial como a la profunda.
6. Si una infección de órgano y espacio drena a través de la incisión.

c. Infección de Órganos y Espacios

Es aquella que se produce dentro de los 30 días de la cirugía en ausencia de implante y dentro del año en su presencia, que compromete cualquier sitio anatómico diferente del incisional, abierto o manipulado durante la cirugía, y que presenta por lo menos uno de los siguientes síntomas, signos o hallazgos:

1. Material purulento a través de un drenaje, colocado por contra-abertura, del sitio quirúrgico.
2. Aislamiento de microorganismos en el cultivo del líquido o tejido obtenidos asépticamente, a partir de dicho sitio quirúrgico.
3. Diagnóstico de absceso u otra evidencia de infección del sitio en consideración, realizado en forma directa por el cirujano durante la re-operación, por métodos por imágenes o histopatológico.
4. Diagnóstico de infección localizada en el sitio en consideración, realizado por el cirujano o por el médico que atiende al paciente.

CAPÍTULO 4: PREVENCIÓN DE ÚLCERAS EN ZONAS DE PRESIÓN

Para prevenir la aparición de úlceras en zonas de presión en el paciente se deben seguir los pasos que se indican a continuación:

- **Paso 1:** Identificamos factores de riesgo de zonas de presión en el paciente (escala de Braden).
- **Paso 2:** Colocamos un sistema de alerta que identifica al paciente con riesgo de zona de presión.
- **Paso 3:** Aplicamos medidas preventivas para el alto riesgo de zona de presión:
 - **Movilización del paciente.**
 - **Hidratación de piel.**
 - **Uso de elementos protectores.**
 - **Vigilancia activa.**
- **Paso 4:** Seguimiento por parte del grupo de control de heridas.

Para la identificación del riesgo en aquellos pacientes que merecen atención especial orientada a la prevención, tal como especifica el paso 1, pueden usarse diversas escalas. La Escala de Braden suele ser una de las más utilizadas.

A continuación, presentamos la Escala de Braden para la valoración del riesgo de desarrollo de úlceras por presión:

PERCEPCIÓN SENSORIAL.	Completamente Limitada (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD.	Constante Humedad (1).	A menudo Humedad (2).	Ocasionalmente Humedad (3).	Raramente Humedad (4)
ACTIVIDAD.	Encamado/a (1).	En Silla (2).	Deambula Ocasionalmente (3).	Deambula Frecuentemente (4).
MOVILIDAD.	Completamente Inmóvil (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
NUTRICIÓN.	Muy Pobre (1).	Probablemente Inadecuada (2)	Adecuada (3)	Excelente (4).
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES.	Problema (1). Requiere moderada y máxima asistencia.	Problema Potencial (2). Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia.		No Existe Problema Aparente (3).

Clasificación de Riesgo:

- **Alto Riesgo:** Puntuación Total < 12.
- **Riesgo Moderado:** Puntuación Total 13 – 14.
- **Riesgo Bajo:** Puntuación Total 15 – 16 si es menor de 75 años.
Puntuación Total 15 – 18 si es mayor o igual de 75 años.

Algunos de los elementos de prevención:

- colchón anti decúbito
- taloneras
- parches
- almohadillas.

CAPÍTULO 5: ERROR, CASI ERROR Y EVENTO CENTINELA

En los Estados Unidos se producen alrededor de 48.000 a 98.000 muertes por eventos prevenibles por año sobre un total de 33.600.000 millones de admisiones hospitalarias, superando estas cifras a las muertes ocasionadas por el cáncer de mama, SIDA y los accidentes de tránsito.



La seguridad de los pacientes es imprescindible para la organización y funcionamiento de cualquier servicio. Tiene una relación directa con la calidad de la atención brindada. Se trata, no solo de prevenir los errores que surgen del propio proceso de atención, sino también de la mitigación y corrección de sus consecuencias. **Sin seguridad no puede existir calidad.**

¿Por qué es prioritario?

- Porque hablamos de un problema con una elevada frecuencia, alta morbilidad y mortalidad.
- Porque en un alto porcentaje los errores cometidos son prevenibles.
- Porque hay evidencia suficiente sobre el impacto y la efectividad de medidas y prácticas seguras.

Para conseguir la mejor calidad en cirugía, con centro en la seguridad del paciente, se debe desarrollar una cultura transparente, equitativa y con espíritu docente, que dependerá del grado de convicción de cada miembro del servicio y de la certeza que hayan transmitido los líderes del servicio para lograr este objetivo.



El 75-80% de las iniciativas que requieren que las personas modifiquen su comportamiento fracasan ante la ausencia de **liderazgo en la gestión de cambio**. Es evidente que la secuencia **error-culpa-castigo** debe ser tema del pasado. Ocultar un error significa perder una oportunidad de mejora. No presentar un error significa una **falta ética** (peor, en sí misma que el error, ya que implica un acto volitivo ausente en aquel), pues para que la prevención de errores sea posible es indispensable conocerlos e investigar sus causas.

Esto no tiene como finalidad estimar solo la frecuencia de los eventos adversos o incidentes en el servicio, sino demostrar que es una información valiosa sobre la cascada de acontecimientos que llevan a la producción de un evento adverso, que permitirá evitarlo en el futuro. Y que, en general, reconocen múltiples causas y múltiples fallos en los mecanismos de control.

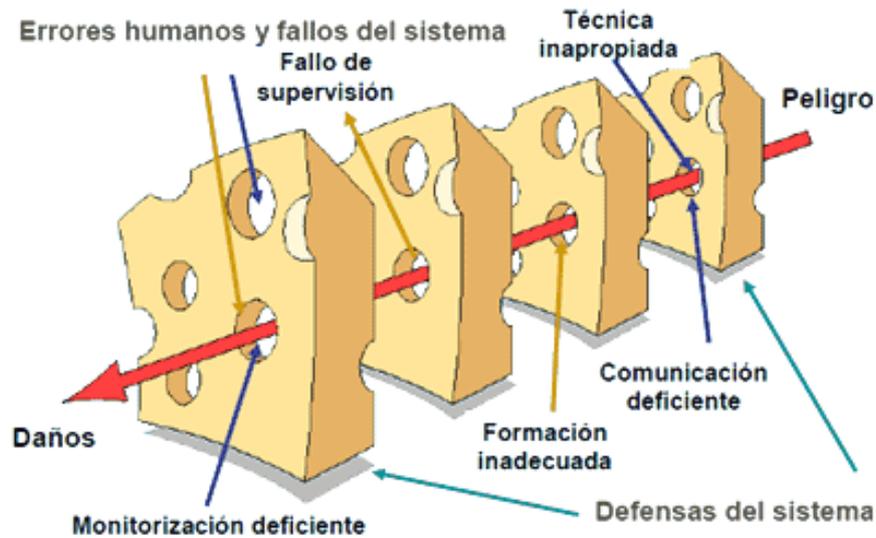
Proponemos homogeneizar conceptos ofreciendo algunas definiciones:

- **Seguridad del paciente:** es aquella situación donde el individuo se encuentra libre de injuria accidental.
- **Evento adverso:** es una injuria que fue causada por un manejo médico, es decir, no es debida a una condición subyacente del sujeto o a la existencia de comorbilidades. No todos los eventos pueden ser prevenibles, si fueran prevenibles serían errores.
- **Error médico:** “un acto no intencionado (sea por omisión o por acción) que no alcanza a cumplir con el resultado que se pretende”; es la falla para completar una acción planeada (error de ejecución) o la utilización de un plan equivocado (error de planificación). **El error es lo que se hace y no debe hacerse y lo que debe hacerse y no se hace.** Puede ocurrir en todos los pasos involucrados en el proceso de cuidado del paciente desde el diagnóstico y el tratamiento hasta los cuidados preventivos. Reason define al error médico como “la falla en una secuencia planeada de actividades mentales o físicas para alcanzar el resultado que se pretende”.
- **Casi error:** aquella situación que, de no haber sido evitada, hubiera podido provocar daño al paciente. El análisis de los casi errores puede resultar una eficaz herramienta en el estudio de los acontecimientos adversos. El registro de los casi errores ofrece numerosas ventajas sobre el estudio de acontecimientos adversos, ya que los casi errores ocurren con mayor frecuencia que los acontecimientos adversos y además, al carecer de consecuencias, se minimiza el temor que los profesionales implicados pudieran tener a declararlos. Sin embargo, hasta este momento es un método que se ha utilizado con poca frecuencia.
- **Evento centinela:** hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, lesión física o psicológica grave que causa daño permanente o muerte al paciente. Básicamente es un error que causa daño permanente o la muerte; todo evento centinela es de **reporte obligatorio** así como su análisis por el método de causa raíz.

El Modelo de queso suizo (J. Reason)

Fue diseñado para graficar cómo:

- Los accidentes ocurren por múltiples factores.
- Existen defensas para evitarlos.
- Múltiples errores “alineados” permiten que los accidentes o eventos adversos ocurran.
- La revisión del sistema permite identificar cómo los fallos “atravesar” las defensas.



Reporte y órgano de control de eventos adversos

Formato de la notificación

Los formatos que se utilizan intentan facilitar la comunicación y, en el caso de que sean anónimos, intentan transmitir confianza a los posibles notificadores sobre la seguridad de la notificación. Existe el formato papel (enviado por fax) o el electrónico enviado por mail o el que se hace a través de una web. Existe también la posibilidad de utilizar la vía telefónica, especialmente para que el organismo que recibe la notificación recabe más información en los casos en los que el notificante se identifique. Esta es una posibilidad que permite mejorar la información que se remite, pero, como es lógico requiere que el sistema no sea anónimo. Alguna organización ha llegado a una solución intermedia, en la que el notificante inicialmente se identifica, pero la organización se compromete a que una vez ha conseguido la información complementaria que necesite, destruye los datos que puedan identificar al notificante. Es un sistema que inicialmente no es anónimo, pero tiene el compromiso de serlo a posteriori, añadiendo un valor a la notificación muy destacable.

Anonimato y confidencialidad

La introducción de los datos de la persona que notifica puede realizarse de forma anónima, sin que se llegue a saber quién o desde dónde ha realizado la notificación. Por otro lado, el sistema puede ser confidencial y comprometerse a que esos datos no lleguen a revelarse en público, pero permite contactar con la persona en caso de necesidad.

Sistemas de registro y notificación: sector sanitario

SENTINEL EVENTS REPORTING PROGRAM (JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANISATIONS) y JCI

En 1996, JCAHO estableció una política para identificar, documentar, evaluar y prevenir eventos centinelas (eventos adversos con resultado de muerte o pérdida de función de un paciente) en las organizaciones acreditadas. Es un sistema voluntario y confidencial para los hospitales acreditados por la Joint Commission y de ámbito no gubernamental. La política de eventos centinela requiere el análisis de los datos a través de un análisis causa raíz, la implantación de estrategias de prevención y la monitorización de las estrategias implantadas. Los eventos más notificados están relacionados con la seguridad de los medicamentos, el suicidio, la cirugía en lugar erróneo, complicaciones quirúrgicas y retrasos en el tratamiento. La difusión de los resultados se realiza a través de la publicación de los boletines de la JCAHO llamados "Sentinel Event Alert" que proporcionan información monográfica sobre diferentes temas de seguridad. También la JCAHO realiza un informe con el análisis estadístico del registro y notificación de eventos. En este informe se describen los tipos de eventos centinela, el lugar de ocurrencia del evento, el resultado en el paciente, así como el porcentaje de notificación separado por años.

La descripción de los sistemas de registro y notificación de eventos adversos nos permite tener una primera aproximación de la amplia variabilidad de sistemas, con objetivos y características diferentes. La mejora de la seguridad de los pacientes requiere **transformar la cultura de culpa** y la resistencia a abordar abiertamente los problemas de seguridad. Son muchas las estrategias para la mejora de la seguridad, pero en el caso de los sistemas de notificación el primer paso para conseguirlo es conocer cuáles son las limitaciones de la notificación y equilibrarlas con los estímulos. Debe existir clara conciencia que **no se trata de un sistema punitivo, sino de un sistema de mejora y prevención**. El miedo puede actuar como una limitación. Los estímulos para incrementar el registro incluyen la confidencialidad, cierto grado de inmunidad y un efecto pedagógico (es decir, el hecho de aprender de nuestros propios errores). Los beneficios para la sociedad incluyen: demostración de la responsabilidad del sistema sanitario, transparencia y, a mediano y largo plazo, incrementar la confianza en el sistema de salud.



Un sistema sanitario que reconoce que puede fallar y que está trabajando para identificar los errores y plantear las mejoras correspondientes podrá generar mayor confianza entre los profesionales y la comunidad a la que atiende.

Para conseguir éxito en un programa de notificación hay que conjugar adecuadamente las variables que constituyen las partes críticas del sistema siendo las principales la confidencialidad y la certeza del objetivo único de encontrar soluciones para que los eventos no se repitan.

Obligatorio vs. voluntario

Los sistemas voluntarios juegan un importante rol estimulando a los profesionales y centros en la mejora de la atención y permiten la comprensión de los factores que contribuyen al error. Por este motivo se plantea que para que este tipo de sistemas tenga éxito, debe existir una cultura de la seguridad avanzada o como mínimo **el personal concientizado de la importancia de realizar las notificaciones**. A este respecto existen interesantes experiencias piloto que han probado diversas modalidades de notificación voluntaria, entre las que destaca la incorporación de una revisión en la visita de los pacientes, con el objetivo de identificar concurrentemente los potenciales problemas de seguridad y notificarlos. Se describe la necesidad de la implantación de sistemas voluntarios de notificación de eventos adversos, con el objetivo de analizar los mecanismos de producción de errores, principalmente en aquellos eventos adversos que han producido lesiones menores o en incidentes sin daño. Se argumenta que estos sistemas se complementan con los de notificación obligatoria, que, en la actualidad en su mayoría, básicamente están orientados a eventos adversos de gran impacto. Por otra parte, se ha planteado que los sistemas de notificación voluntarios tienden a recoger menos notificaciones, porque exige la participación directa de los profesionales, y por tanto depende de factores motivacionales. Esto es rebatido por otros autores que argumentan que, en los 20 estados de EEUU, que tienen un sistema de notificación obligatoria, sólo en 7 tienen más de 100 notificaciones al año. No está demostrado que los sistemas obligatorios de notificación tengan un impacto en la mejora de la seguridad, ya que la mayoría de ellos traduce sus éxitos o fracasos en el volumen de eventos adversos notificados, siendo este aspecto controvertido, porque no necesariamente se traducen en cambios explícitos por parte de las organizaciones. Los sistemas voluntarios no tienen por qué ser antagonistas de los obligatorios, y una misma institución puede abordar los dos tipos de forma complementaria. Aunque existe un posicionamiento claro hacia los sistemas de notificación de carácter voluntario ambos sistemas pueden jugar un papel positivo en el conocimiento de los problemas de seguridad.



Los sistemas de notificación voluntarios han resultado ser muy exitosos para el manejo de los errores en diferentes industrias incluidas aviación, energía nuclear y petroquímicas.

Tipo de organización que gestiona el registro

Esta característica se puede abordar desde dos perspectivas: en primer lugar, la adscripción gubernamental o independiente del centro que denuncia y en segundo lugar, la ubicación interna del propio centro que notifica. Los sistemas independientes de las autoridades sanitarias parece que podrían mitigar las sospechas de posible orientación punitiva que los profesionales puedan tener, con lo que el miedo a notificar se podría reducir. Tal como se comentaba, suele tratarse de una agencia pública o privada comisionada por las autoridades correspondientes para el desarrollo del programa, pero de carácter independiente. En nuestro país no existen tales organizaciones, y se usan en aquellos pocos lugares que se reportan incidentes, sistemas de notificación internos de los propios centros de atención, que permiten y facilitan a la organización

la realización de análisis causa raíz de sus problemas concretos. **En general los reportes llegan y se analizan en el comité de calidad y seguridad del paciente.** Por tanto, se puede hacer un seguimiento más cercano, incluso por personas directamente relacionadas con los eventos. Los sistemas de notificación externos favorecen la elaboración de alertas o boletines informativos acerca de nuevos riesgos que se van identificando periódicamente producto de la recolección y agregación de datos que a nivel local puedan ser infrecuentes, el único sistema hasta el momento es el reporte sobre alertas de medicamentos que pública ANMAT.



En términos ideales, se debería disponer de un sistema que permita a los hospitales analizar e investigar los eventos adversos y sus causas de forma interna, y que estas organizaciones puedan a su vez notificar a agencias externas, con detalles, la información recopilada.

Un análisis central de los datos favorece el liderazgo hacia recomendaciones, objetivos de seguridad y puesta en marcha de campañas educativas acerca de las mejores prácticas.



Existe evidencia acerca del impacto de estos sistemas en la mejora de la seguridad, como la eliminación del electrolitos concentrados de las plantas en algunos hospitales, cambios en nombres de medicamentos (LASA) y el retiro de circulación de medicamentos de uso restringido, o esfuerzos en medidas preventivas para medicamentos como la insulina, heparina, relajantes musculares, y opiáceos.

Tipo de evento que se comunica, gravedad del evento y difusión de los datos

En cuanto al tipo de evento, no parece haber excesiva polémica ya que dependiendo del objetivo del sistema de registro se optará por centrar la notificación en temas específicos como la medicación o una determinada especialidad médica, o se optará por sistemas más generales en los que se pueda incluir **todo tipo de eventos**, de especialidades o de niveles de gravedad. Los niveles de gravedad del evento determinarán la dificultad de notificación, **siendo en los casos graves en los que la orientación no punitiva, la voluntariedad y el anonimato jueguen un papel destacado** para que el centro o el profesional que quiera comunicar lo haga con la mayor confianza. Debemos enfatizar que existen muchos puntos en común en la concatenación de causas que producen un incidente y un evento adverso, por lo que su estudio y la aplicación de las mejoras que de él se desprenden, nos pueden ayudar a evitar la aparición de los eventos más graves. En algunos países, el análisis y la publicación de datos se realizan en forma general. No se desagrega ni por hospitales, ni por “trust”, lo que asegura que no se genere un sentimiento de desconfianza hacia ciertas organizaciones y que la información se centre en el aprendizaje y el conocimiento de los eventos adversos más frecuentes, análisis de sus causas y clasificación por especialidades, proceso terapéutico en que se producen, servicios más afectados y todas las variables descriptivas de los problemas de seguridad identificados que se pueden extraer de los sistemas de forma transversal.



Un tema importante es la protección de los datos, es decir, decidir protegerlos y cómo hacerlo. Esto implica un equilibrio entre el derecho del paciente a saber y el temor de los proveedores sobre las consecuencias legales que tendría el conocimiento de estos informes.

Quién y con qué formato

Los sistemas internacionales estudiados adoptan diferentes mecanismos de comunicación atendiendo a las personas que pueden comunicar problemas de seguridad. En algunos sistemas pueden notificar todos los posibles grupos de interés: pacientes/familiares, profesionales, centros sanitarios; mientras que en otros se opta por una comunicación más cribada a través de las direcciones de los centros. Estos últimos normalmente son los sistemas que tienen como objetivo centrarse en los eventos graves o con consecuencia de muerte o los que son obligatorios. Predomina en los sistemas de notificación una amplia posibilidad de formatos en los que se puede comunicar: desde un formulario depositado en un buzón en los centros, el fax, el correo electrónico o la web. Y los circuitos también son muy variados, pudiéndose quedar la información en los centros, transmitirse a entidades de gestión a nivel local de la misma corporación y, posteriormente, a un nivel central o a una entidad independiente de la autoridad sanitaria.



En nuestro país, se realizan y analizan reportes en los Comités de Calidad y Seguridad del paciente de las instituciones. En algunas organizaciones éstos tienen tal jerarquía que constituyen una Dirección independiente.

Consideración sobre las características “ideales”

Como se comentaba anteriormente, es muy importante tener en cuenta una combinación adecuada de las características descritas para conseguir un buen sistema de registro y notificación de eventos adversos. Las características ideales de un sistema son:

- **No punitivo:** las personas que notifican están libres del miedo a represalias o castigo como resultado de la notificación.
- **Confidencial:** la identificación del paciente, notificador y la institución nunca deben ser reveladas a terceras personas.
- **Independiente:** el programa es independiente de cualquier autoridad con poder para castigar a la organización o al notificante.
- **Análisis por expertos:** los informes son evaluados por expertos que conocen las circunstancias clínicas y están entrenados para reconocer las causas del sistema.

- **Análisis a tiempo:** los informes son analizados pronto y las recomendaciones rápidamente difundidas a las personas interesadas, especialmente cuando haya riesgos graves.
- **Orientación sistémica:** las recomendaciones deben centrarse en mejoras hacia el sistema más que hacia la persona.
- **Capacidad de respuesta:** la agencia que recibe los informes debe ser capaz de difundir las recomendaciones.

Prácticas para el abordaje de eventos adversos

Los eventos adversos (EAs) se definen cómo “una injuria que fue causada por un manejo médico, es decir, no es debida a una condición subyacente del sujeto o a la existencia de comorbilidades y que no están relacionadas con la o las patologías que lo condujeron a someterse a atención”. La prevención y disminución de la gravedad de los mismos es la razón de ser de lo que conocemos como seguridad del paciente.

La teoría de la gestión de riesgos establece que el primer paso para la prevención de EAs es su identificación, para luego poder diseñar intervenciones que reduzcan su frecuencia e impacto. Existen herramientas de gran utilidad, entre ellas el análisis de causa raíz, que permiten analizar en profundidad los incidentes relacionados con la seguridad del paciente, especialmente los más graves (eventos centinela), con el objetivo de evitar su repetición.

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

Recomendaciones para el abordaje de Eventos Adversos:

- Integrar el abordaje de los EAs al plan estratégico organizacional.
- Crear un Comité de Calidad y Seguridad (Ver capítulo 6) para la investigación de EAs, definición de las líneas de acción y relación inter-áreas para la comunicación de los EAs detectados y desarrollo de estrategias de mejora, implementación de las mismas, seguimiento de las acciones de solución y prevención adoptadas y medición de resultados y comunicación de los mismos.
- Capacitar a los empleados en la cultura de seguridad y promover la detección y/o notificación de EAs.

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

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

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

Respecto de los sistemas de reporte voluntarios de incidentes de seguridad del paciente (SRVISP), sus limitaciones han sido bien documentadas. Los informes de eventos están sujetos a sesgo de selección debido a su carácter voluntario, capturan sólo una fracción de los acontecimientos y pueden no identificar de forma fiable los acontecimientos graves. Del mismo modo, el espectro de los hechos reportados es limitado. Un análisis de situaciones relatadas por los profesionales de enfermería refiere que solamente se reporta el 25% de los errores que se cometen.

Si bien con los sistemas de reporte voluntario no llegaremos a conocer todos los problemas que se presenten, la utilidad de ellos radica en:

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

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

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

CAPÍTULO 6: COMO GENERAR UN CAMBIO HACIA LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Conformando un Comité de Calidad y Seguridad

El Comité de Calidad y Seguridad gestiona la calidad y la seguridad en representación del directorio o la administración. Se trata de un equipo multidisciplinario formado por personas representativas, cuyos roles están directamente orientados al establecimiento, desarrollo e implementación de estándares de calidad y seguridad clínica. Se focaliza en la implementación de las mejoras para la protección de los pacientes y empleados.

Propósito

- Misión: clara declaración explicando la razón de ser del Comité. Por ejemplo: “Para desarrollar, implementar y evaluar un programa global de calidad y seguridad con estructuras, normas y procedimientos que lleven a mejorar la calidad y seguridad de la atención.”
- Objetivos: se deben especificar el conjunto de objetivos que el Comité planea alcanzar. Para ser realmente efectivos, estos objetivos deberían ser alcanzables, realistas, explícitos, mensurables y con plazos específicos de tiempo. Se debe contar además con los recursos necesarios para cumplirlos. Los objetivos deberían estar dentro del alcance del Comité y alineados con objetivos y prioridades de calidad y seguridad nacionales e internacionales.

Rol y Responsabilidades del Comité

- Promueve el valor y destaca la importancia del gerenciamiento de la calidad, la seguridad y el riesgo.
- Apoya la mejora continua de la calidad.
- Es responsable de desarrollar un plan integrado de calidad, seguridad y riesgo.
- Garantiza que el personal de la primera línea de atención, los pacientes y los visitantes se comprometan con el programa de calidad y seguridad.
- Reporta, controla, aprende y difunde las lecciones aprendidas a partir de incidentes significativos (incluyendo alertas externas) y quejas.
- Garantiza el desarrollo, adaptación, implementación y evaluación de las guías de práctica clínica, procedimientos y protocolos (basados en la mejor evidencia disponible).
- Garantiza el cumplimiento de los requisitos legales, regulatorios y de acreditación.
- Supervisa el cumplimiento del personal y la asistencia a los programas de capacitación y entrenamiento en seguridad y calidad.

Miembros

Se puede considerar la posibilidad de identificar miembros centrales y permanentes del Comité (que asisten a todas las reuniones), y quienes lo harán en calidad de invitados. Si bien pueden participar de todas las reuniones, sólo se espera que lo hagan si hay temas relevantes en la agenda institucional o de su área de trabajo.

Se debe acordar un quórum para una reunión y esbozarlo en los términos de referencia. Se recomienda la presencia del Presidente y al menos el 30% de los miembros centrales del Comité. El Comité debe estar integrado por representantes de cada uno de los sectores que intervienen en la atención de los pacientes. Debe ser multidisciplinario, abarcativo y de roles bien definidos:

- Presidido por: Director Médico/Director de Calidad/ Jefe de Internación
- Vice presidido por un representante de otro grupo profesional: Ej. Director de Enfermería
- Jefes/Representantes de áreas de alto riesgo: quirófano, guardias, obstetricia.
- Jefes/Representantes de otros Comités relevantes en cuanto a la seguridad y la calidad: control de infecciones, farmacia, hemoterapia.
- Gerente de Calidad/Acreditación (si existe la figura).
- Gerente de Riesgo (si existe la figura).
- Jefe/Representante de recursos humanos.
- Director/Representante de administración y finanzas.
- Auditor médico.
- Director de Docencia y Capacitación.
- Director/Representante de Sistemas.

Nivel de autoridad y reporte

El Comité depende directamente de la autoridad máxima de la institución y debe reportar directamente a uno de los miembros de la Comisión Directiva, quien será el representante del Comité en la Junta de Dirección.

Frecuencia de las reuniones

Para facilitar la agenda de los miembros y promover la máxima asistencia, se sugiere que se fije la frecuencia y las fechas de las reuniones (para un año calendario completo). Cada institución deberá acordar lo que es apropiado y práctico para su organización. En el caso de que se cancele una reunión, se debe volver a convocar.

Reporte

Debe prepararse, como mínimo, un informe anual de las actividades y progresos para ser presentado a las autoridades.

Desempeño

Se deben identificar claramente los indicadores de calidad, de seguridad y de resultados que serán medidos para garantizar que el Comité se esté desempeñando de manera efectiva. Además, el Comité deberá realizar una autoevaluación que analice lo siguiente:

- Presentismo de los miembros a las reuniones
- El cumplimiento de los objetivos establecidos, con especial atención a los indicadores de reducción del daño.
- Revisión de los procesos del grupo que forma el comité (¿cómo estamos operando? ¿Cómo evaluamos nuestro desempeño? ¿Cómo evalúan otros nuestro desempeño?)
- Si bien el marco teórico resulta muy atractivo, puede que no sea posible su reproducción en organizaciones más pequeñas o con menor cantidad de personal disponible para cada rol. Recomendamos organizar el Comité con representación de cada área involucrada, definiendo un líder de calidad que tome participación activa en el Comité.

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



En este sentido es necesario desarrollar previa y paralelamente a su implementación, actividades de inducción y capacitación dirigidas a todos los niveles, de modo que la no punibilidad se transforme en el pilar básico que garantice los resultados esperados en términos de la mejora continua.

Se debe comenzar de a poco, y van aquí recomendaciones en ese sentido:

- Nada puede hacerse sin el convencimiento del personal involucrado.
- El “Comité de Calidad y Seguridad” debe estar en principio formado por pocos miembros que gocen del respeto de todos, y que no sean parte de la jefatura de servicio.
- El sistema de reporte de incidentes debe ser anónimo y garantizada la confidencialidad.
- La confianza en que el sistema es docente y no punitivo es imprescindible, y recién cuando los hechos lo vayan demostrando aumentaran los reportes.

- Todos pueden y deben reportar, médicos, enfermeras, auxiliares, camilleros, mucamas, técnicos, en fin, todo el personal e incluso los mismos pacientes o sus familiares, en ese caso siempre se debe dar una respuesta a la denuncia agradeciendo que lo haya hecho y permitiendo que el servicio mejore.
- La respuesta en cuanto análisis y elaboración de propuestas de mejora deben ser rápidas y transmitidas en forma clara y pedagógica.
- Las propuestas de mejora son precisamente eso, propuestas y deben consensuarse y debatirse con todos los involucrados.
- Los eventos centinela deben siempre analizarse con el método de causa raíz y discutirse en el ámbito adecuado, en general se recomienda los ateneos de morbi-mortalidad.
- Lo ideal es que el Comité de Calidad y Seguridad sea institucional, del hospital o sanatorio, pero empezar con uno de un servicio puede hacer de disparador y lograr que toda la cultura organizacional cambie.
- Quien crea que en su servicio no se producen efectos adversos, seguramente se equivoca, proponer un cambio de cultura hacia la seguridad del paciente es dar un salto enorme hacia la calidad y la excelencia, sabiendo que ésta nunca se alcanza, por eso siempre habrá que seguir buscándola a través de sistemáticas que nos pongan en el camino de la mejora continua.

Indicadores de procesos y de resultados, métricas

Para qué sirven y qué son

Todo lo que se puede medir, se puede mejorar. Sin embargo, la medición en sí misma no aporta valor. Para hacerlo la captura de datos se debe transformar en información que permita tomar decisiones para el desempeño del servicio, y en segundo lugar, debe haber claridad sobre las prioridades: **objetivos estratégicos del servicio**, para ser usada en los procesos de mejora.

Las métricas y los indicadores de gestión no son lo mismo, aunque en un principio son similares, debido a que el objetivo de las métricas y de los indicadores de gestión es medir el comportamiento o rendimiento de determinados asuntos de interés. La diferencia es que las métricas se utilizan para medir diferentes aspectos de la actividad de un servicio en un momento específico (en qué época del año aumenta la demanda de cirugía, tiempo de demora para otorgar un turno, etc.). En cambio, los indicadores de gestión incorporan la medición de **objetivos estratégicos**, definidos en el marco de un plan estratégico propuesto por el servicio. En función del cumplimiento de esa estrategia, utilizamos los indicadores de gestión, es decir, los indicadores son las herramientas que nos proveen de los datos que nos permiten tomar decisiones tanto para seguir o modificar la táctica para lograr los objetivos estratégicos del servicio.

Un *indicador* es una forma de medir si un servicio está logrando sus metas y objetivos estratégicos. Por ejemplo, si el objetivo es disminuir las infecciones de sitio quirúrgico, será necesario usar indicadores que muestren la incidencia de las ISQ, y además abrirlo por tipo de cirugía, limpia, contaminada o sucia; de urgencia o programada, porcentaje de utilización

adecuada de profilaxis antibiótica, en cuanto al antibiótico utilizado como al tiempo de inyección antes de la incisión, etc.

Las organizaciones en general usan los indicadores de desempeño porque:

- Fortalecen la motivación del equipo de trabajo.
- Dan soporte e influyen en los objetivos estratégicos.
- Fomentan el crecimiento personal y del Servicio.

Cualquier organización busca ser exitosa. Por este motivo, se hace fundamental trazar un camino definido que permita alcanzar las metas propuestas. Sin embargo, definir este camino no significa sólo establecer el punto de llegada, implica también plantear cuáles serán los pasos para alcanzar esa meta. Esto es precisamente la **Planeación Estratégica de un Servicio**.

La Planificación Estratégica proporciona un marco para que todos comprendan y evalúen la situación de la organización. Esto ayuda a alinear al equipo con el fin de que todos utilicen las mismas herramientas usando la misma información, lo que ayuda a que surjan alternativas provechosas y de valor para el Servicio. El plan estratégico de un Servicio establece qué deben hacer, todos y cada uno de los miembros del equipo, lo que garantiza que las acciones de cada uno estén direccionadas hacia el cumplimiento del plan estratégico.

Esto genera ventajas operativas:

- Da a todo el equipo un sentido de dirección.
- Aumenta la satisfacción laboral al dar sentido y propósito.
- Permite tomar mejores decisiones.
- Incrementa la eficiencia.
- Identifica y establece prioridades para el Servicio.
- Permite que todas las decisiones estén alineadas con los objetivos.
- Fomenta una mejor comunicación entre los miembros del equipo.
- Da una base para establecer las responsabilidades individuales.
- Fomenta una buena actitud hacia el cambio.

Cada Servicio debe construir y consensuar su propio plan estratégico, fijar sus metas y diseñar sus propios procesos o usar los publicados, de acuerdo con su realidad, y sus recursos, el tipo de población que atiende y la complejidad de su medio hospitalario. En general pueden usarse **indicadores de entrada**, que permiten poner en números la realidad de su punto de partida, para proponer sus metas y los procesos para alcanzarlas. No basta diseñar un plan estratégico, tiene que estar visible y accesible, tanto el plan como las metas u objetivos, y los procesos (GPC) que permiten alcanzarlas, y adecuadamente explicitados los indicadores que se usaran para medir los resultados.

Además se deben plantear reuniones periódicas (en general ateneos de morbilidad) en las que se analicen los desvíos en los resultados comparado con el propio histórico (mejoramos, nos estancamos, retrocedimos) y con cifras de otros servicios locales o internacionales publicadas.



Un **indicador** es la expresión cuantitativa del comportamiento y desempeño de un proceso, cuya magnitud, al ser comparada con algún nivel de referencia (Benchmarking), puede mostrar una desviación sobre la cual tomar acciones correctivas o preventivas según el caso.

El seguimiento de los indicadores de gestión permite reconocer el trabajo de los miembros del Servicio, garantizar su involucramiento y su responsabilidad, y plantear acciones correctivas si fuera necesario, sustento de un plan de mejora continua.

Los **indicadores de proceso** indican las actividades requeridas para producir los resultados esperados, el paradigma perfecto es el desarrollo de guías de práctica clínica (GPC). Por ejemplo, si identifico como un posible problema el desarrollo de TEP en los postoperatorios, como plan estratégico confecciono una GPC para prevención de la TVP donde se estratifiquen a los pacientes según el riesgo de desarrollar trombosis profunda y se propongan medidas de prevención proactivas para cada estratificación de riesgo. La GPC no es otra cosa que la descripción de un proceso para el cumplimiento de uno de los objetivos del plan estratégico, el indicador de proceso asociado a este ejemplo sería el índice de adhesión a la GPC.

Los **indicadores de resultados** miden el impacto logrado a través del cumplimiento del plan estratégico para evaluar la eficiencia del propio plan tanto como la de los efectores; por ejemplo, para lo planteado más arriba, los indicadores de resultado serían la incidencia de TVP y de TEP en postoperatorio.

Todo plan de mejora continua debe cumplir cuatro pasos:

- **Identificar:** determinar qué mejorar.
- **Analizar:** comprender el problema (análisis de causa raíz).
- **Desarrollar:** establecer hipótesis acerca de qué cambios van a mejorar el problema (plan estratégico) y desarrollar soluciones estratégicas (modificar o crear o adoptar GPC) basadas en estos cambios.
- **Probar e implementar:** probar la solución planteada.

Resumiendo:

- **Medir,** para conocer el problema, indicadores de entrada.
- **Analizar** las causas que condicionan el problema, análisis de causa raíz.

- **Desarrollar** procesos para corregir al problema, GPC.
- **Implementar** los cambios y volver a medir para evaluar el resultado, indicadores de resultados.

Veremos a continuación cómo, cuándo y dónde analizar lo expuesto.

Sistemas de análisis de resultados, ateneos de morbimortalidad

Ateneos de Morbimortalidad (MM)

Los ateneos de MM son un recurso invaluable de información y análisis, deben contar con el registro de los indicadores básicos, y los que cada servicio elija respondiendo a los problemas concretos que se detecten, a fin de poder realizar su análisis, para generar propuestas de mejoras y volviendo a medir para reiniciar el círculo virtuoso.

Sirven para analizar no solo las complicaciones quirúrgicas sino todos los aspectos que hacen a la calidad y seguridad del paciente, por ejemplo adhesión al lavado de manos, cumplimiento del check list, cumplimiento del consentimiento informado, etc.

Deben realizarse con periodicidad, para evitar “olvidos”.

Es necesario elegir una clasificación para agrupar y tipificar las complicaciones que surjan de los tratamientos, a fin de poder comparar adecuadamente los resultados con nuestras propias cifras históricas o mejor aun con cifras publicadas de otros centros, también para evaluar dónde están nuestras posibilidades de mejora. Se recomienda adoptar una clasificación universalmente aceptada, la de Dindo-Clavien, que se detalla a continuación.

Grado I: Cualquier desviación del Postoperatorio normal sin necesidad de tratamiento quirúrgico, endoscópico o de intervencionismo. Contempla apertura de heridas infectadas al costado de la cama.

Grado II: Tratamiento farmacológico diferente a G I. Incluye transfusiones y nutrición parenteral total.

Grado III: Tratamiento quirúrgico, endoscópico o intervencionismo.

III a: Necesidad de anestesia local.

III b: Necesidad de anestesia general.

Grado IV: Complicaciones con peligro de vida. Internación T1/2 o UTI.

IV a: Disfunción orgánica simple.

IV b: Disfunción orgánica múltiple.

Grado V: Muerte.

Analizamos las complicaciones por sector del servicio (Coloproctología, Esófago-gastro, HPB, Paredes, Cabeza y cuello, Tórax, etc.) y por cirujano, si fuera necesario (no con fines punitivos sino estrictamente confidenciales y con el objeto de mejorar) y realizamos un análisis global y luego por cirugía electiva y de urgencia.

Analizamos aquí, además, los indicadores básicos (expresados en valores absolutos y relativos):

- MORTALIDAD GLOBAL (DENTRO DE LOS 30 DIAS DE POST. OP).
- MORTALIDAD ESPECÍFICA (dentro de los 30 días).
(Aquella que tiene relación con el procedimiento realizado).
- MORTALIDAD **NO** ESPECÍFICA (dentro de los 30 días)
(que no tiene relación, por ejemplo un paciente trasplantado de medula ósea en día 2 pos trasplante, al que se le realiza por el hematólogo una colocación de una vía central produciendo un neumotórax iatrogénico, que fallece a los 15 días del drenaje de tórax, realizado por nuestro servicio, por complicaciones inherentes al trasplante).
- REINTERNACIONES NO PROGRAMADAS (dentro de los 30 días).
- REOPERACIONES NO PROGRAMADAS (dentro de los 30 días).
- INFECCION DE HERIDA QUIRÚRGICA ISQ (ver criterios SADI-CDC, en la 3ª clase).

Deberán ser tenidos en cuenta otros indicadores que responderán a circunstancias propias de cada tipo de cirugía, recomendamos algunos a modo de ejemplo y que pueden compararse con cifras publicadas:

COLECISTECTOMIA	INCIDENCIA DE LQVB
DUODENO PANCREATECTOMIA	INCIDENCIA DE FISTULA PANCREÁTICA
CIRUGÍA DE PAREDES	INCIDENCIA DE HEMATOMAS /RECIDIVAS TEMPRANAS
CIRUGÍA DE ESÓFAGO	INCIDENCIA DE FISTULAS
COLECTOMIAS ABIERTAS Y LAP	INCIDENCIA DE FISTULAS ANASTOMÓTICAS / EVISCERACIONES
TIROIDECTOMIA	INCIDENCIA DE HIPOPARATIROIDISMO / LESION RECURRENCIAL

Se pueden agregar a éstas tantas como el servicio vea una oportunidad de mejora o un problema a solucionar.

Si tal fuera la situación y se observa o sospecha una incidencia mayor a la esperada, se puede programar en el ateneo un análisis de causa raíz, o encomendar a alguien una búsqueda bibliográfica específica y analizar el problema en el siguiente ateneo.

Ejemplo (ficticio)

Total cirugías Marzo:	394	
Internados:	195/394	49,5%
Ambulatorios:	199/394	50,5%
Re internaciones	2/394	0,52%
Re operaciones:	16/394	4%
Programadas:	281/394	71,4%
Guardia:	113/394	28,6%

Luego, consignamos los **resultados de los indicadores básicos**.

Reingresos en 30 días:	2/394	0,52%
Mortalidad 30 días global:	1/394	0,26%
Específica: 1/394 pacientes:		0,26 % mortalidad (Óbitos atribuibles a la cirugía)
Mortalidad NO específica: 0/394 pacientes:		0% mortalidad (Óbitos NO atribuibles a la cirugía)
Mortalidad intrahospitalaria:	1/394	0,26%
Reingresos no programados a quirófano:	16	4%
ISQ:	11	2,7%

Todos ellos se encuentran dentro de los valores esperados.

Luego analizamos los indicadores por sector, comparando las que nos interesan con las de otro hospital o con las de la literatura (bench marking).

Damos aquí varios ejemplos:

Coloproctología (108)	NÚM	%	BENCH
Fístulas anastomosis colónica cirugía abierta	1/10	10%	12,5%
Fístulas anastomosis colónica cirugía laparoscópica	0/13	0%	12,5%
Re internación cirugía lap por cáncer colon a los 30 días	0/13	0%	
Re internación cirugía lap por cáncer recto	0/3	0%	
Re internación cirugía lap por enfermedad diverticular	0/2	0%	
Reingresos no programados a cirugía	11/108	16%	
Mortalidad a los 30 días	1/108	0.9%	
Infección superficial de herida colectomía lap por cancer de colon	1/13	8%	12%

Colecistectomía (143) HBP		%	BM
Reingreso a los 30 días	0/143	0%	4%
Mortalidad a los 30 días	0/143	0%	1%
Infección superficial de herida	2/143	1.5%	
Lesión quirúrgica de la vía biliar	0/143	0%	0.1-0.3%

Esofagectomía (2)		%	BM
Mortalidad intrahospitalaria	0/2	0	3 %
Fistula PO	1/2	50%	10-25%
Reingreso a los 30 días	0/2	0	0 %

Luego de analizar los resultados, se presentan los pacientes que sufrieron complicaciones y se discuten uno a uno interpretando qué paso, por qué paso y cómo se podría haber evitado. Algunos ejemplos presentando los casos de acuerdo con Dindo-Clavien:

Morbilidad: 11 pacientes / 394 pacientes: 2.7% morbilidad

STROC

COMPLICACIONES GRADO I: -----5 (1.28%)

COMPLICACIONES GRADO II: ----- 0 (0 %)

COMPLICACIONES GRADO III:

IIIa: ----- 1 (0.26%)

IIIb: -----6 (1.6%)

COMPLICACIONES GRADO IV:

IVa: ----- 1 (0.26%)

IVb: -----2 (0.52%)

COMPLICACIONES GRADO V: -----1 (0.26%)

Mortalidad global: 1/394 pacientes: 0.26% mortalidad

Mortalidad específica: 1/394 pacientes: 0.26 % mortalidad (Óbitos atribuibles a la cirugía)

Mortalidad NO específica: 0/394 pacientes: 0% mortalidad (Óbitos NO atribuibles a la cirugía)

Veamos algunos ejemplos:

Paciente	STROC	ANTECEDENTES	CIRUGÍA
D.V.H 66 años HC xxxxx	IIIb	Hombre. Tabaquista severo. 01/01/2020: Vólvulo intestinal Intercurre con íleo prolongado y evisceración descubierta al 9no día postoperatorio. Egreso 17/01/20	01/01/20: Enterectomía segmentaria 10/01/20: Eventroplastia con malla y cierre de pared con descargas
C.A.M. 19 años HC xxxxx	IIIb	Hombre. Artritis tratada con MTX. Antecedente de colectomía total con ileostomía terminal por hemorragia digestiva baja. 17/01/20: Shock hipovolémico Egreso al 9° día postoperatorio. En estudio por hematología por trastorno de la coagulación.	10/01/20: Reconstrucción del tránsito con ileo-recto anastomosis. 17/01/20: Desmonte de anastomosis e ileostomía terminal

HC	STR OC	ANTECEDENTES	CIRUGIA
B.A Masc. 46 años HC xxxx	V	Cursando postoperatorio (07/01/2020) de confección de colostomía de ciego en asa por oclusión adenocarcinoma de colon transverso vertiente hepática con colostomía terminal, metastásico hepático y con implantes peritoneales (no HUA). 21/01 Consulta con hundimiento de ostomía y secreción purulenta abundante por herida. 22/01: Colectomía total + enterectomía segmentaria + ileostomía terminal + lavado y drenaje de cavidad + AAC 25/01: Lavado y drenaje de cavidad. Re confección de ostomía. Cierre de pared. 27/01: Débito biliar por drenajes y herida → Laparotomía, lesión a 4cm del ostoma. Enterectomía segmentaria + lavado y drenaje de cavidad + re confección de ileostomía. Shock refractario obita 31/01/2020	Enterectomía y re confección de ostomías 27/01/2020

Análisis de causa raíz (diagrama de Ishikawa)

Ante la detección de un problema, sea por un reporte al Comité de Calidad y Seguridad, o sea porque en la revisión periódica de los indicadores se detecta un desvío de una magnitud, contra el benchmarking de otra institución o el histórico propio, corresponde analizar el problema.

Dicho análisis puede hacerse, según la gravedad del evento, en una reunión a tal efecto con los involucrados. Por ejemplo, se nota un incremento en las ISQ de los pacientes operados de cirugía colónica, en esa reunión se analizan si se modificó la población operada, si se cumplió la guía de profilaxis antibiótica, si se cambió en antiséptico, si el instrumental se esterilizó adecuadamente, etc.

En cambio, cuando el evento es grave o se trata de un **evento centinela**, amerita realizar un análisis de causa raíz, más profundo.

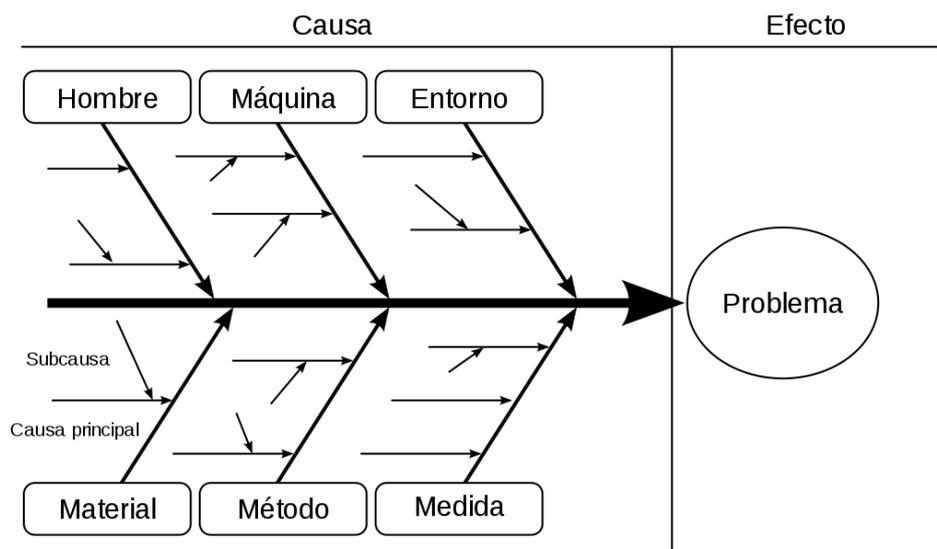
Los pasos a seguir a la hora de analizar un problema mediante la técnica del diagrama causa-efecto son los siguientes:

A. Previamente a la reunión de análisis:

- 1) Se determina inequívocamente el problema a analizar. Debe ser un problema concreto, aunque puedan intervenir diversas causas que lo expliquen.
- 2) Determinar el grupo de personas que deben intervenir en el análisis. Normalmente serán personas relacionadas con el problema directa o indirectamente, de forma que todas ellas puedan aportar ideas.
- 3) Convocar al grupo, anunciándoles el problema concreto que se va a analizar (para que vayan pensando en el mismo).

B. En la reunión de análisis:

- 1) El grupo de analistas va dando sus opiniones, de forma ordenada, sobre las posibles causas que cada uno identifica para dicho problema (en esta etapa, puede aplicarse la misma metodología de la tormenta de ideas). El facilitador o coordinador del grupo va anotándolas una a una en la pizarra.
- 2) Una vez agotadas las opiniones, el facilitador o coordinador del grupo dibuja el diagrama base en una pizarra suficientemente amplia para poder escribir en ella todas las causas posibles.



En el círculo de la “cabeza del pez” se escribe el problema considerado.

A continuación, se identifican los factores o grupos de causas en que éstas pueden clasificarse. A cada uno de estos factores se les asigna una flecha que entronca en la “espina” principal del pez.

Habitualmente, los factores suelen estar predefinidos como las “4 emes” o “5 emes”, dependiendo del contexto:

- 1ª M: Máquinas
- 2ª M: Mano de obra
- 3ª M: Método
- 4ª M: Materiales
- 5ª M: Medio (entorno de trabajo)

3) A continuación, el facilitador, con la colaboración de los integrantes del grupo, asigna cada una de las causas identificadas a uno de los títulos o conjuntos de causas definidos, utilizando flechas paralelas a la “espina” central y escribiendo de nuevo la causa al lado de cada flecha.

Otra posibilidad para hacer lo mismo es que cada participante, o el facilitador, escriba cada causa en una tarjeta adhesiva (tipo “post-it”), de forma que esta tarjeta pueda pegarse en el factor correspondiente.

Durante el proceso, pueden aparecer causas que lo sean, a su vez, de otras causas. Cuando esto sucede, pueden añadirse flechas que entronquen estas “sub-causas” con las correspondientes a las causas principales, y así sucesivamente.

De esta forma, se ramifica el diagrama de forma directamente proporcional a la capacidad del grupo de encontrar causas para el problema planteado.

4) Finalmente, se determina cuál es el orden de importancia de las causas identificadas. Para ello, puede someterse a votación entre los participantes el conjunto de causas identificadas.

5) Una vez hecha la votación, se rodean con un círculo las dos o tres causas más votadas. Éstas serán las primeras contra las que se deberá actuar. Pero esto –la adopción de acciones correctoras- ya no forma parte de esta técnica.

El diagrama causa-efecto es útil para:

- Determinar las posibles causas de un problema.
- Agrupar estas causas en diferentes categorías o factores.
- Orientar las posteriores acciones correctoras hacia las causas identificadas (especialmente si se identifican las causas principales).
- Proporcionar un nivel común de comprensión. Al final de la reunión, el diagrama causa-efecto es el mismo para todos, con independencia de las causas que cada uno, individualmente, fuese capaz de identificar.
- Reflejar la dispersión del conocimiento del equipo. Cuanto más ramificado esté un diagrama causa-efecto, será señal de una mayor diversidad de causas identificadas.

Los sistemas de análisis de este tipo identifican causas para un determinado problema. Una vez identificadas y jerarquizadas, las propuestas para hallar las soluciones a dichas causas, deben consensuarse entre todos los miembros involucrados y así juntos generar las condiciones de mejora.

COROLARIO

La mejor oportunidad para discutir y evaluar las fallas en los tratamientos y o errores son las reuniones de **morbimortalidad internas** de cada servicio donde se analizan los eventos adversos ligados a la práctica médica permitiendo **la elaboración de estrategias o cambios**, dejando atrás la tendencia al ocultamiento.

Morbimortalidad interna de un servicio de cirugía juega un papel indispensable en la mejora continua del servicio, siendo la gestión de riesgos central en este proceso. Este círculo virtuoso genera una retroalimentación constructiva permanente marcando las observaciones que posibilitan llevar adelante los ajustes apropiados. Existen varias condiciones inseguras dentro del cualquier sistema de salud. Para garantizar una atención segura es necesario mejorar los métodos operativos y los procesos, como así también la infraestructura, equipamiento, insumos y contar con un recurso humano adecuado, certificado y con capacitación continua.

Las palabras claves de esta propuesta son:

- SEGURIDAD ANTE TODO (METAS INTERNACIONALES)
- CAMBIO DE CULTURA
- COMITÉ DE SEGURIDAD Y CALIDAD
- REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
- UTILIZACIÓN DE INDICADORES
- GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA
- CARÁCTER DOCENTE Y NO PUNITIVO
- ATENEOS DE MORBIMORTALIDAD
- ANÁLISIS DE EVENTOS Y PROBLEMAS
- MEJORA CONTÍNUA

Para finalizar y, a modo de reflexión utilizando la Seguridad del Paciente como indicador de calidad, podemos trasladar la siguiente afirmación de **Lord Kelvi**:

*“Lo que no se define no se puede medir;
lo que no se mide no se mejora;
lo que no puede mejorarse se degrada siempre.”*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- <https://www.jointcommissioninternational.org>
- 2- Guías del Hospital Austral
<https://www.hospitalaustral.edu.ar/especialidades/control-de-infecciones>
- 3- <https://www.sadi.org.ar/documentos/guias-recomendaciones-y-consensos>
- 4- <https://www.sati.org.ar/files/infectologia/2008-Recomendaciones-Infeccion-del-Sitio-Quirurgico.pdf>
- 5- National Patient Safety Foundation. RCA2 Improving Root Cause Analyses and Actions to Prevent Harm. Second Online Publication, Version 2. The Joint Commission, 2016. Disponible en:
https://www.jointcommission.org/sentinel_event.aspx
- 6- Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320:768–70
- 7- WHO Guidelines for Safe Surgery 2009
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf;jsessionid=B692A0A6A043C158EDDD7C59126C2165?sequence=1
- 8- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Changes to definition of reviewable sentinel events. Jt Comm Perspect. 2005 Mar;25(3):7
- 9- Balakrishnan K, Brenner MJ, Gosbee JW, Schmalbach CE. Patient Safety/Quality Improvement Primer, Part II: Prevention of Harm Through Root Cause Analysis and Action (RCA²). Otolaryngol Head Neck Surg. 2019 Dec;161(6):911-921
- 10- Pronovost P, Sexton B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. Quality and Safety in Health Care. BMJ Publishing Group Ltd; 2005;14(4):231-3
- 11- Roccoa C, Garrido A. Patient safety and safety culture. Anestesiología clínica 2017; 28(5): 785-795. DOI: 10.1016/j.rmcl.2017.08.006
- 12- Arias-Botero JH, Gómez-Arias RD. La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición. CES Med 2017; 31(2): 180-191
- 13- Sistema de Registro y Notificación de Incidentes y Eventos adversos, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, España
- 14- Ministerio de Salud y Desarrollo Social, septiembre 2019, Bs. As. Argentina
- 15- Health Service Executive (Ireland). Quality and Patient Directorate. Quality and Safety Committee(s). Guidance and Sample Terms of Reference. May, 2013
- 16- Manual de integración y Funcionamiento del Comité de Calidad y Seguridad del paciente. (COCASEP). Hospital General Dr. Manuel Gea González. México.

- 17- Chomali, G. M, Miranda S. Gestión de riesgos en la atención de salud: Hacia una cultura de la calidad basada en la seguridad. Rev. Clin. Las Condes 2003; 14:4. Disponible en: [http:// www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes202-pdf-X071686400331994X-S300](http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes202-pdf-X071686400331994X-S300)