

Seguridad de los Pacientes 2015

Prioridades y Desafíos

Dr. Fabián Vítolo

Noble Aseguradora de Responsabilidad Profesional

Preguntas a responder

¿Por qué el avance es tan lento?

¿Por dónde empezar?

¿Cuáles son los desafíos?

- Falta de reconocimiento de la inseguridad como un problema de salud pública
- Carencia de datos. Necesidad de mayor evidencia científica
- Fracaso para utilizar conocimientos técnicos existentes
- Dificultad para transmitir el conocimiento dentro de las organizaciones y transformarlo en acciones.
- La gente piensa que sabe hacer las cosas bien pero no las hace.
- Barreras culturales
- La industria del juicio y el sistema de responsabilidad penal y civil
- Falta de alineación de intereses
- Necesidad de mayores datos económicos que apoyen la inversión

Barreras Culturales

1. Falta de liderazgo y compromiso de los dirigentes
2. Privilegio de la productividad por sobre la seguridad
3. Resistencia a atacar los problemas de fondo
4. Resistencia a invertir tiempo y dinero
5. Escepticismo
6. Individualismo
7. Discrecionalidad
8. Temor
9. Tolerancia
10. Falta de consenso

Industria del juicio y sistema legal Choque de Culturas

Sistema de Responsabilidad Profesional

- Abordaje Individual
- Busca establecer culpa
- Punitivo
- Confrontacional
- Genera medicina defensiva

Sistema de seguridad de los pacientes

- Abordaje Sistémico
- La culpa no es importante
- No punitivo
- Cooperativo
- No genera medicina defensiva

¿De qué forma destraban este conflicto en otros países?

- **Sistemas de compensación “No Fault” (Sin culpa)**
 - Nueva Zelanda
 - Suecia
 - Dinamarca
- **Protección legal de la información relacionada a la seguridad de los pacientes y calidad de atención**
 - *Quality of Care Information Protection Act, 2004 (QCIPA). Canada, 2004*
 - *Patient Safety and Quality Improvement Act (USA, 2005)*



HARVARD

SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

Powerful ideas for a healthier world

EL SISTEMA DE RESPONSABILIDAD MÉDICA REPRESENTA EL 2,4% DEL GASTO EN SALUD EN LOS EE.UU (2008)

Medicina defensiva

US\$ 45, 6 billones

Pagos por reclamos

US\$ 5, 7 billones

Gastos administrativos

US\$ 4,6 billones

Total:

US\$ 55,6 billones

Michelle M. Mello; Amitabh Chandra, Atul A. Gawande and David M. Studdert
National Costs of the Medical Liability System. *Health Affairs* Sept. 2010

Dificultades para presentar el caso económico

Los daños evitables incrementan los costos hospitalarios entre un 13% y un 16% (por lo menos uno de cada siete dólares que se gastan en la atención de los pacientes internados)

- 1) Jha AK, Chan DC, Ridgway AB, Franz C, Bates DW. Improving safety and eliminating redundant tests: cutting costs in U.S hospitals. *Health Affairs*, 28(5): 1475-1484, 2009
- 2) Jackson TJ. Hospital-Acquired Diagnoses: At what Cost? Paper presented at the Australian National Forum on Safety & Quality in Health Care, Adelaide, 30 October, 2008
- 3) Ehsani JP, Jackson TJ, Duckett SJ. The incidence and cost of adverse events in Victorian Hospitals, 2003-04. *Medical Journal of Australia*, 184 (11): 551-555

Falta de alineación de intereses

Relationship Between Occurrence of Surgical Complications and Hospital Finances

Sunil Eappen, MD

Bennett H. Lane, MS

Barry Rosenberg, MD, MBA

Stuart A. Lipsitz, ScD

David Sadoff, MBA

Dave Matheson, JD, MBA

William R. Berry, MD, MPP, MPH

Mark Lester, MD, MBA

Atul A. Gawande, MD, MPH

Importance The effect of surgical complications on hospital finances is unclear.

Objective To determine the relationship between major surgical complications and per-encounter hospital costs and revenues by payer type.

Design, Setting, and Participants Retrospective analysis of administrative data for all inpatient surgical discharges during 2010 from a nonprofit 12-hospital system in the southern United States. Discharges were categorized by principal procedure and occurrence of 1 or more postsurgical complications, using *International Classification of Diseases, Ninth Revision*, diagnosis and procedure codes. Nine common surgical procedures and 10 major complications across 4 payer types were analyzed. Hospital costs and revenue at discharge were obtained from hospital accounting systems and classified by payer type.

JAMA, April 17, 2013—Vol 309, No. 15

¡LOS HOSPITALES GANARÍAN MÁS POR LAS CIRUGÍAS QUE SE COMPLICAN QUE POR LAS QUE EVOLUCIONAN SIN PROBLEMA!

Falta de alineación de intereses

Relación entre las complicaciones quirúrgicas y las finanzas hospitalarias. Eappen, 2013

- Sistema de 12 hospitales sin fines de lucro del sur de EE.UU
- Pagadores: 40% seguros privados; 45% Medicare; Medicaid 4%; Privados 6%
- Analizaron los datos de 34.256 pacientes quirúrgicos con internación dados de alta en 2010
- Se focalizaron en 10 complicaciones severas y prevenibles y la contribución marginal por cada paciente.
- Se identificaron 1.820 procedimientos con alguna de estas complicaciones

Alineación de Intereses Por las malas....

Castigos Financieros

Programa “Condiciones Adquiridas en el Hospital” (HAC`s)

Desde octubre de 2008. Medicare/Medicaid no paga más por el tratamiento de complicaciones que:

- a) Son de alto costo, alta frecuencia o ambos
- b) Derivan en pagos secundarios cuando el diagnóstico se presenta como secundario al diagnóstico de ingreso
- c) Podrían haber sido razonablemente prevenidas a través de la aplicación de guías basadas en la evidencia

Programa “Condiciones Adquiridas en el Hospital” por las cuales no se paga (HAC`s Medicare/Medicaid 2008)

1. **Cuerpos extraños retenidos en cirugías**
2. **Embolias aéreas**
3. **Incompatibilidad transfusional**
4. **Úlceras por presión (decúbito) en estadios III y IV**
5. **Caídas y traumatismos**
 - Fracturas
 - Dislocaciones
 - Lesiones intracraneanas
 - Lesiones por aplastamiento
 - Quemaduras
 - Shock eléctrico
6. **Manifestaciones de un pobre control de la glucemia**
 - Cetoacidosis diabética
 - Coma hiperosmolar no cetónico
 - Coma hipoglucémico
 - Diabetes secundaria con cetoacidosis
 - Diabetes secundaria con hiperosmolaridad
7. **Infecciones urinarias asociadas a catéter**
8. **Infecciones vasculares asociadas a catéter**
9. **Infecciones de sitio quirúrgico luego de:**
 - Bypass coronario – Mediastinitis
 - Cirugía bariátrica
 - Bypass gástrico por laparoscopia
 - Gastroenterostomía
 - Cirugía gástrica restrictiva laparoscópica
 - Procedimientos ortopédicos
 - Incluyendo columna, cuello, hombro y codo
10. **Trombosis venosas profundas y Tromboembolismo Pulmonar luego de.**
 - Reemplazo total de rodillas
 - Reemplazo de cadera

Alineación de Intereses Por las buenas....

Incentivos Financieros

Aproximadamente el 39% de todos los planes de salud norteamericanos han iniciado alguna forma de incentivos financieros para la calidad

Miller J, (2004). Models for measuring: performance reward programs move forward, but few take off running. *Managed Care Executive*, 14 (2), 24-26

Necesidad de mayor evidencia científica



Argumentos a favor y en contra de la diseminación rápida de estrategias de mejora de calidad

Argumento	Por qué la acción rápida es crítica	Por qué la evaluación es crítica
No podemos esperar. La necesidad de mejorar la calidad de atención es urgente	Miles de pacientes son dañados anualmente por errores médicos	La necesidad de mejorar el tratamiento de muchas enfermedades también es urgente. Sin embargo se exigen evidencias rigurosas de que una terapia funciona antes de recomendarla ampliamente
Cualquier esfuerzo por mejorar la calidad es mejor que el estado actual de las cosas	En la balanza, los daños de la mejora de calidad serán mucho menores que mantener el status quo	El conocimiento de los daños y costos de la mejora de calidad es importante para comprender el beneficio neto para el paciente y el sistema de salud, que generalmente es pequeño

Argumentos a favor y en contra de la diseminación rápida de estrategias de mejora de calidad

Argumento	Por qué la acción rápida es crítica	Por qué la evaluación es crítica
La emulación de lo que hacen organizaciones exitosas acelerarán las mejoras efectivas	La emulación y colaboración son formas eficientes de diseminar soluciones potencialmente efectivas	La emulación y colaboración pueden promover incorrectamente e incluso sobreestimar intervenciones que no funcionaron
La efectividad de algunas estrategias de mejora de calidad es obvia	La insistencia en la evidencia puede llevar a subutilizar intervenciones que son obviamente efectivas	Aún cuando la racionalidad de algunas medidas de mejora es evidente, pueden ser menos efectivas de lo esperado y difíciles de implementar totalmente.
La innovación puede ser catalizada a través de la difusión de estrategias prometedoras pero no probadas	Los datos preliminares brindan una importante oportunidad para acelerar la innovación y mejorar la atención rápidamente	Los datos defectuosos, sesgados o incompletos pueden llevar a la adopción de intervenciones inefectivas o peligrosas

Argumentos a favor y en contra de la diseminación rápida de estrategias de mejora de calidad

Argumento	Por qué la acción rápida es crítica	Por qué la evaluación es crítica
El marco de la medicina basada en la evidencia no se aplica a la mejora de la calidad	La naturaleza de la mejora de la calidad la exime de las estrategias de evaluación habituales	Dada la complejidad de los problemas de calidad y seguridad, la complejidad de sus causas, y lo poco que las entendemos, deberíamos ser muy rigurosos en el diseño de estudios de evaluación
El desarrollo de evidencias en la mejora de calidad es demasiado costosa	Los recursos y experiencia que se requieren para evaluar de manera rigurosa intervenciones de calidad y seguridad hacen imprácticos los estudios, particularmente cuando el campo se mueve tan rápidamente	Las inversiones en una mejor evaluación serían menores si se comparan con los costos de implementación masiva de estrategias de calidad y seguridad inefectivas

“Never events” (NQF 2001)

- El incidente derivó en daños graves o en la muerte del paciente o bien tuvo el potencial de hacerlo
- Existen evidencias de que el hecho ha ocurrido en el pasado y es una conocida fuente de riesgo
- Existen guías nacionales e internacionales de consenso o recomendaciones que, de haber sido seguidas hubieran prevenido la ocurrencia de este evento
- La ocurrencia del “never event” es fácilmente identificada, definida y medida de manera continua

National Quality Forum. “Listado de Never Events” (2011)

Eventos vinculados a cirugías y procedimientos invasivos

1. Cirugía u otro procedimiento invasivo realizado en el **sitio equivocado**
2. Cirugía u otro procedimiento invasivo realizado en **el paciente equivocado**
3. Equivocación en el tipo de cirugía o procedimiento invasivo realizado a un paciente
4. Retención no intencional de un cuerpo extraño en un paciente luego de una cirugía o procedimiento invasivo (**Oblitos**)
5. **Muerte de un paciente ASA1** durante la cirugía o el procedimiento o en el post operatorio/procedimiento inmediato.

Eventos vinculados a productos y dispositivos médicos

6. Muerte del paciente o daño grave asociado a la utilización de medicamentos, dispositivos o productos biológicos contaminados provistos por la institución.
7. Muerte del paciente o daño grave asociado a la utilización de un dispositivo con una función diferente a la especificada por el fabricante.
8. **Muerte del paciente o daño grave** asociado a **embolia gaseosa intravascular** mientras el paciente se encontraba atendido en la institución.

National Quality Forum. “Listado de Never Events” (2011)

Eventos vinculados a la protección de pacientes

9. Alta de internación con entrega de un paciente incapaz de tomar decisiones a personas no autorizadas.
10. Muerte o daño grave asociado a la desaparición (“fuga”) de un paciente.
11. **Suicidio**, intento de suicidio o autoagresión que resulta en daño grave mientras el paciente se encuentra bajo el cuidado de la institución.

Eventos vinculados a la atención clínica

12. Muerte del paciente o daño grave asociado a **un error de medicación** (error de droga, de dosis, de paciente, de vía, de preparación, etc.)
13. Muerte del paciente o daño grave asociado a la **administración insegura de sangre o hemoderivados**
14. **Muerte materna o daño grave** asociado al trabajo de parto o parto en un **embarazo de bajo riesgo** seguido en la institución
15. **Muerte del recién nacido o daño grave** asociado al trabajo de parto o al parto en un embarazo de bajo riesgo

National Quality Forum. “Listado de Never Events” (2011)

16. Muerte del paciente o daño grave asociado a una **caída** mientras estaba siendo atendido en la institución.
17. Cualquier **úlceras por decúbito estadio 3, 4** o inclasificable adquirida luego de la admisión del paciente a la institución
18. Fertilización asistida con el **esperma o embrión equivocado**.
19. Muerte del paciente o daño grave resultante de la **pérdida irrecuperable de un espécimen biológico insustituible**.
20. Muerte del paciente o daño grave resultante de la **falta de seguimiento o comunicación de resultados de laboratorio**, de anatomía patológica o de estudios radiológicos

Eventos ambientales

21. Muerte o daño grave del paciente o de personal de salud, asociado a **shock eléctrico** durante el proceso de atención en la institución.
22. Cualquier incidente en el cual el **sistema de suministro de oxígeno y otros gases** indicados para el paciente no contenga oxígeno o bien contenga otro gas o se encuentre contaminado por sustancias tóxicas.

National Quality Forum. “Listado de Never Events” (2011)

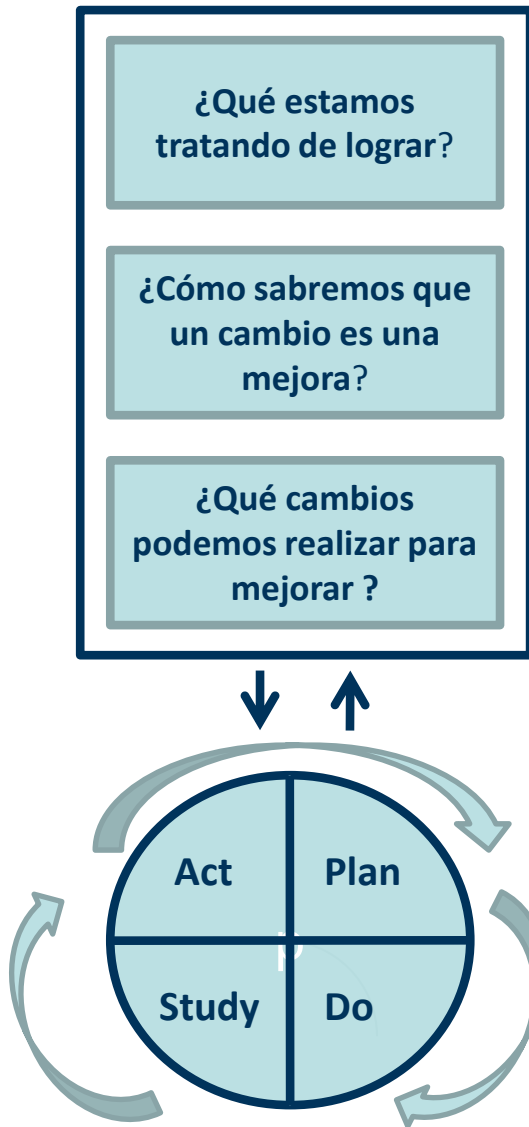
- 23. Muerte o daño grave del paciente o de personal de salud asociado a **quemaduras** de cualquier fuente durante el proceso de atención.
- 24. Muerte del paciente o daño grave asociado al uso de medios **de contención física o barandas** de las camas durante el proceso de atención

Eventos radiológicos

- 25. Muerte o daño grave del paciente o de personal de salud asociado a la introducción de un **objeto metálico** en el área de resonancia magnética.

Eventos potencialmente criminales

- 26. Cualquier nivel de asistencia prestada por un **falso profesional** de la salud dentro de la organización.
- 27. **Secuestro** de un paciente de cualquier edad.
- 28. **Abuso sexual** de un paciente o de algún miembro del personal dentro o en las inmediaciones de la institución.
- 29. Muerte o daño grave del paciente o de algún miembro del personal resultante de **violencia física** dentro o en las inmediaciones de la institución.



Establezca objetivos



Establezca una forma de medición



Seleccione los cambios



Pruebe los cambios



Implemente los cambios



Difunda los cambios

Práctica de Seguridad del Paciente

“Tipo de proceso o estructura cuya aplicación reduce la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de salud ante distintas enfermedades y procedimientos”

AHRQ. Agency for Healthcare Research and Quality.
Making Healthcare Safer II: An updated critical analysis of the evidence for patient safety practices. 2013

Practicas de Seguridad del paciente fuertemente recomendadas

1. Listados de verificación (checklists) perioperatorios y de anestesia
2. Paquetes de medidas (“bundles”) que incluyan checklists para prevenir infecciones de vías centrales.
3. Intervenciones para reducir el uso de sondas vesicales, incluyendo órdenes de retiro o protocolos de remoción iniciados por enfermería
4. Paquetes de medidas “bundles” para prevenir neumonías asociadas al respirador (elevación de cabecera, vacaciones de la sedación, higiene oral con clorhexidina, aspiración subglótica tubo endotraqueal)
5. Higiene de manos
6. Listado de abreviaturas que no se deben usar
7. Intervenciones múltiples para prevenir escaras por decúbito
8. Precauciones de barrera para prevenir infecciones hospitalarias
9. Colocación de catéteres centrales bajo control ecográfico en tiempo real
10. Intervenciones para mejorar la profilaxis de tromboembolismos venosos

AHRQ. Agency for Healthcare Research and Quality.

Practicas de Seguridad del paciente recomendadas

1. Intervenciones múltiples para reducir caídas
2. Farmacéuticos clínicos para reducir errores de medicación
3. Documentación de las preferencias del paciente respecto a soporte vital
4. Obtención de consentimiento informado para mejorar la comprensión de los pacientes de los riesgos potenciales de los procedimientos.
5. Entrenamiento en trabajo en equipo
6. Reconciliación de la medicación
7. Medidas para reducir la exposición a rayos y TAC
8. Utilización de indicadores de evolución quirúrgica y tarjetas de reporte como las del American College of Surgeons National Surgical Quality program.
9. Sistemas de respuesta rápida
10. Utilización de métodos para detectar evento adversos/errores médicos
11. Indicaciones computarizadas
12. Utilización de ejercicios de simulación

El futuro de la seguridad del paciente: Expansión del foco en 5 áreas claves

1. Seguridad en la continuidad de la atención
2. Participación activa del paciente y su familia
3. Foco en la fuerza de trabajo
4. Transparencia y métrica
5. Mejor utilización de la tecnología informática

“El éxito en la seguridad del paciente no proviene de ser experto en teorías sutiles o sofisticadas, sino más bien en la capacidad de utilizar el sentido común con niveles poco comunes de disciplina y persistencia”

Patrick Lencioni. Los cinco conflictos de un equipo

¿Por dónde empezar?

Empieza por hacer lo necesario, luego lo posible y pronto te encontrarás haciendo lo imposible.

San Francisco de Asís

Muchas gracias

www.nobleseguros.com/blog

fabian.vitolo@nobleseguros.com