



Introducción a la Seguridad del Paciente

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE Cía de Seguros
Curso Virtual de Seguridad del Paciente y Atención
Centrada en la Persona
Clínica El Castaño- San Juan
Módulo 1
22 de agosto 2020



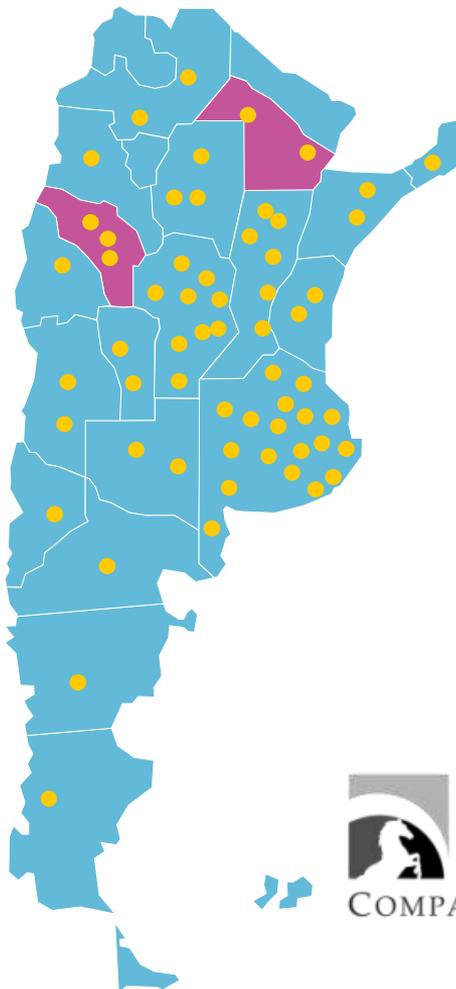
Clínica **El Castaño**

1.200
PRODUCTORES
DE SEGUROS

95%
RENOVACIONES

< 50%
SINIESTRALIDAD

Mejor Relación
Prima Emitida /
Juicios en Trámite



40.000
PROFESIONALES

1.500
INSTITUCIONES

3
SISTEMAS DE
SALUD PROVINCIAL

60
MUNICIPIOS



Clínica El Castaño



El Concepto Noble

Un sistema de
gestión de
riesgos

- ✓ Capacitación (Talleres)
- ✓ Auditorías de riesgo
- ✓ Comités de Riesgo
- ✓ Programas de seguridad del paciente
- ✓ Newsletter mensual

Un sistema de
reducción de
pérdidas

- ✓ Asistencia legal 24 hs
- ✓ Defensa civil, penal, administrativa y disciplinaria

Una cobertura
patrimonial con
beneficios

- ✓ Extensión hasta el límite legal de prescripción
- ✓ Sin franquicia
- ✓ Subsidio en caso de inhabilitación por causa penal
- ✓ Bonificación en caso de enfermedad, accidente, capacitación en el extranjero o embarazo

Nuestros Pilares



El programa del curso

Módulo 1: Introducción a la seguridad del paciente

Módulo 2: Cultura de seguridad

Módulo 3: Atención centrada en la persona

Módulo 4: Comunicación efectiva y trabajo en equipo

Módulo 5: Errores de medicación. Gestión de medicamentos de alto riesgo

Módulo 6: Cirugía segura

Módulo 7: Identificación de pacientes-Prevención de caídas- Úlceras por presión

Módulo 8. Control de infecciones. El valor de los paquetes de medidas y listados de verificación

Módulo 9: Errores diagnósticos

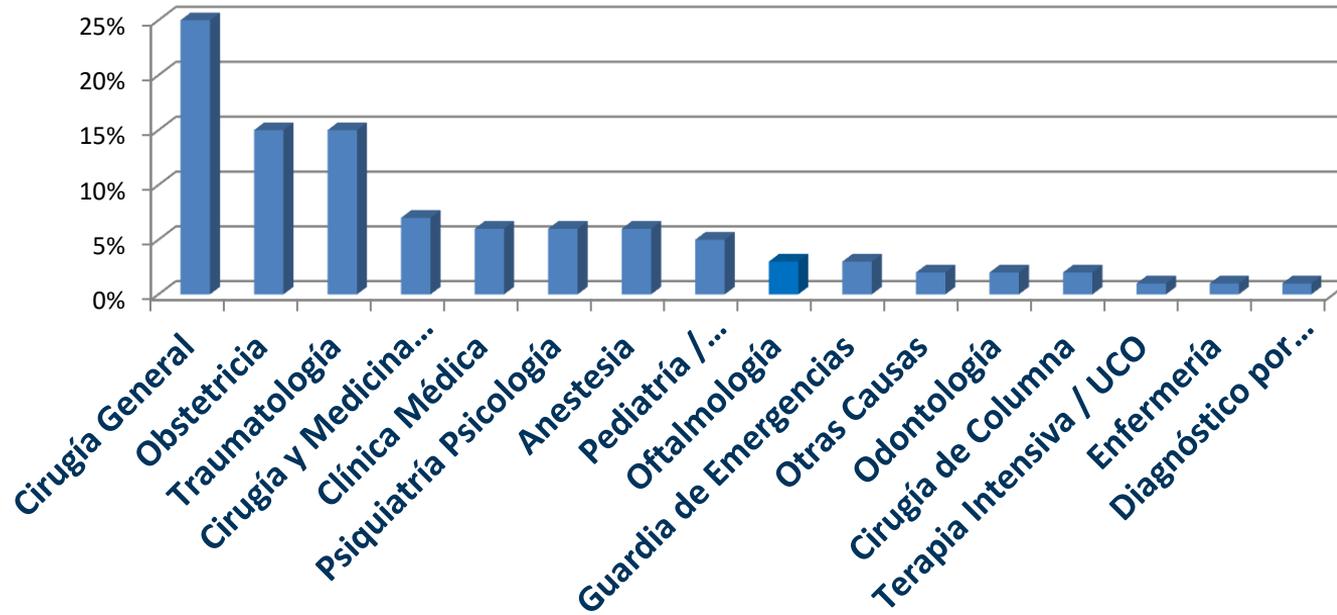
Módulo 10: La ciencia de la implementación. Ejecución de programas de seguridad

Responsabilidad Profesional en la Argentina

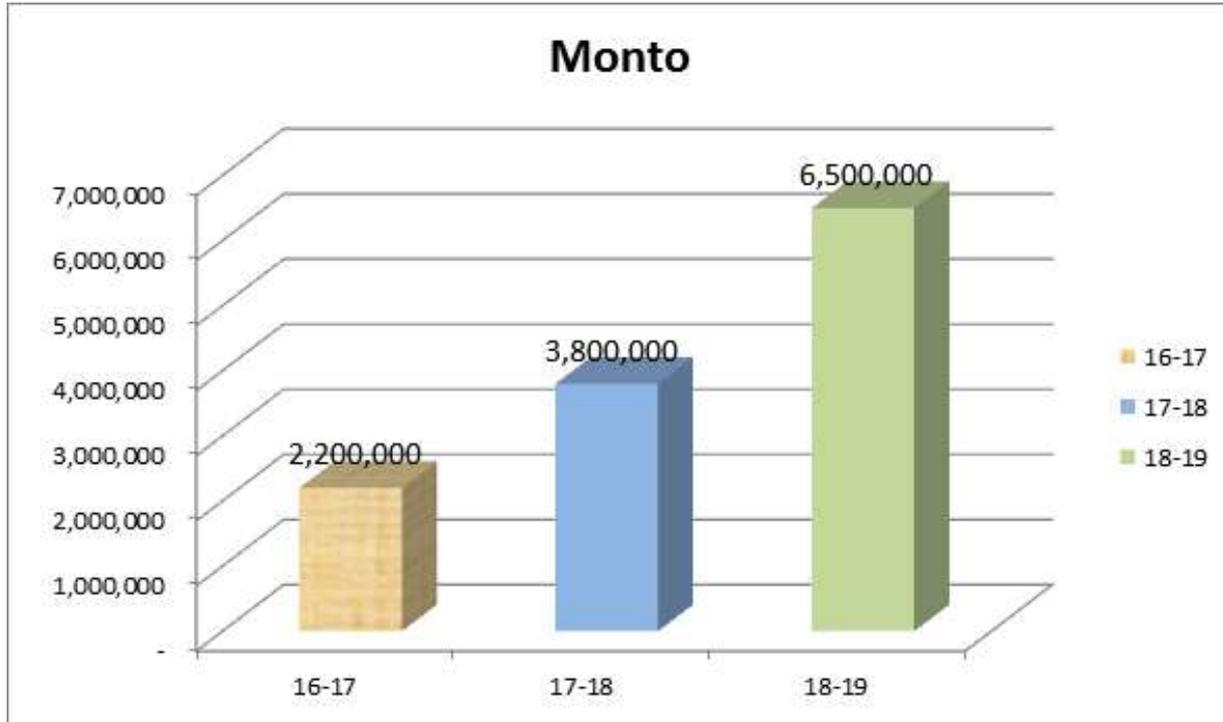
Juicios por Responsabilidad Profesional

- Frecuencia se mantiene alta
- Aumento de la severidad
- Mayor difusión de los errores médicos
- Aumento de reclamos genuinos y mejor fundados
- Continúa otorgándose el beneficio de litigar sin gastos en la mayoría de los casos
- Tendencia a la objetivización del daño
- Infraseguro
- A partir del nuevo código civil se reduce el plazo de prescripción a 3 años

Especialidades más demandadas



Monto promedio de demanda



Principales Demandas a Asegurados de NOBLE

\$ 50.000.000	Demora en el parto. Deprimido grave
\$ 37.000.000	Demora en el parto. Deprimido grave
\$ 30.000.000	Daño obstétrico
\$ 24.000.000	Daño cerebral post-anestésico
\$ 20.000.000	Daño cerebral post-anestésico

Principales Sentencias a Asegurados de NOBLE (con intereses y costas)

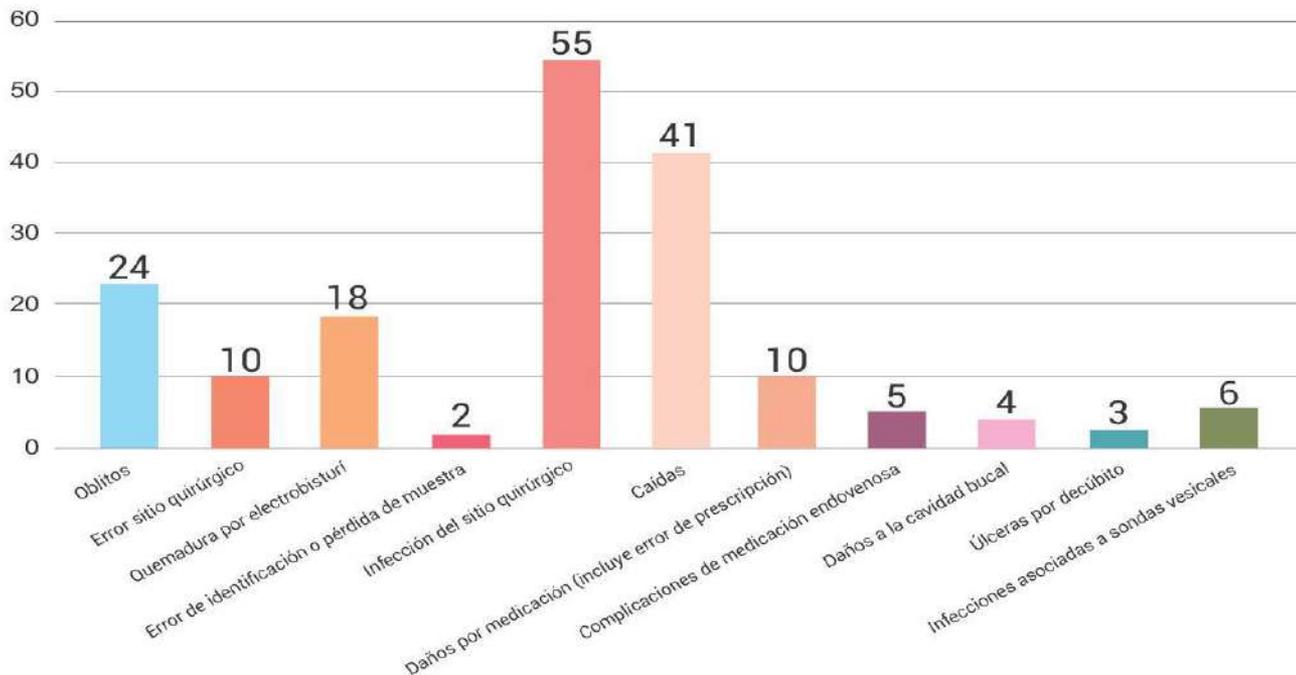
- \$ 30 millones (Daño cerebral obstétrico)
- \$ 8 millones (Daño cerebral post-anestésico)
- 4,5 millones (Complicación- Amputación)
- 4 millones (Parálisis Braquial)

Litigiosidad indebida

Conjunto de acciones judiciales en las que se pone en juego la responsabilidad profesional **SIN** fundamento científico o jurídico, lo que las constituye en meras aventuras judiciales con el único y exclusivo propósito de obtener réditos económicos

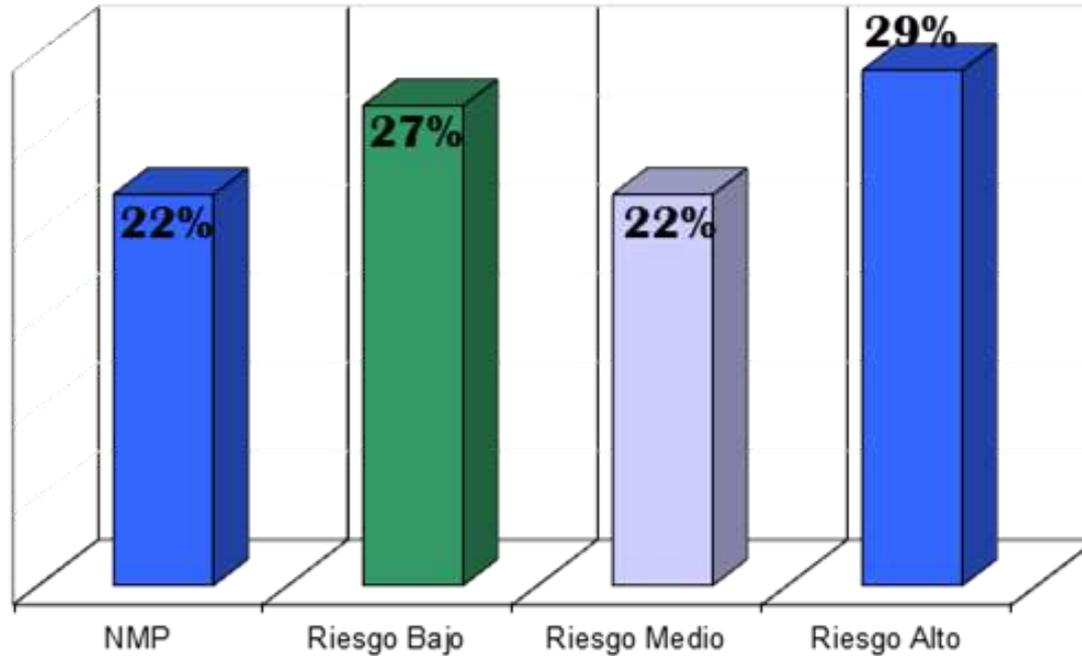
¿Litigiosidad indebida?

Casos de difícil defensa NOBLE (Últimos 5 años)



Dictámenes de peritos médicos

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS



Todos los encuentros de atención de la salud

Todos los errores

Cuasi incidentes

Todos los eventos adversos

**Eventos Adversos
Prevenibles**

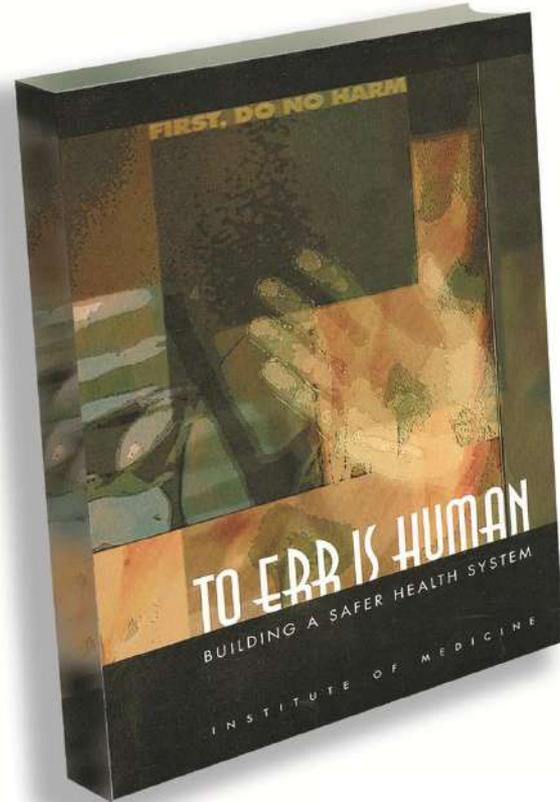
**Eventos Adversos
No Prevenibles**

**Eventos Adversos
Por Negligencia**

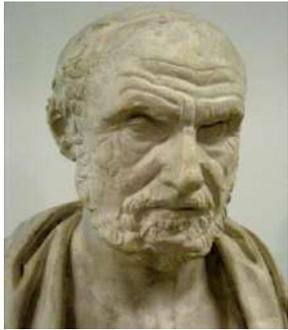
Seguridad del Paciente

La «Ciencia» de la Seguridad del Paciente

Un poco de historia...



La seguridad de los pacientes. Algunos pioneros



Hipócrates
(400 a.c)

“Primum non nocere”



I. Semmelweis
(1847)

Sepsis Puerperal-
Higiene de manos



F. Nightingale
(1863)

“El primer requisito de un
hospital debería ser no dañar
a los enfermos”



E.Codman.
(1911)

Evaluación del
resultado final en
hospitales

Catalizadores de la ciencia de la seguridad en el siglo XX

- El desarrollo de la psicología cognitiva y la ingeniería en factores humanos luego de la segunda guerra mundial
- El desarrollo de la seguridad e higiene hospitalaria (Foco en infraestructura)
- Los juicios de mala praxis
- La aparición de la calidad médica como disciplina organizada
- El trabajo pionero de los anestesiólogos
- Casos mediáticos en los Estados Unidos

Seguridad del paciente. Era moderna

CLASSIC PAPER

Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I*

T A Brennan, L L Leape, N M Laird, L Hebert, A R Localio, A G Lawthers, J P Newhouse, P C Weiler, H H Hiatt

4% de los pacientes internados sufren eventos adversos,
50% evitables (NEJM, 1991)

Error in Medicine

Lucian L. Leape, MD

FOR YEARS, medical and nursing students have been taught Florence Nightingale's dictum—first, do no harm.¹ Yet evidence from a number of sources, reported over several decades, indicates that a substantial number of patients suffer treatment-caused injuries while in the hospital.²⁻⁶

In 1964 Schimmel² reported that over

of omission or commission) or one that does not achieve its intended outcome. Indeed, injuries are but the "tip of the iceberg" of the problem of errors, since most errors do not result in patient injury. For example, medication errors occur in 2% to 14% of patients admitted to hospitals,^{7,8} but most do not result in

WHY IS THE ERROR RATE IN THE PRACTICE OF MEDICINE SO HIGH?

Physicians, nurses, and pharmacists are trained to be careful and to function at a high level of proficiency. Indeed, they probably are among the most careful professionals in our society. It is cu-

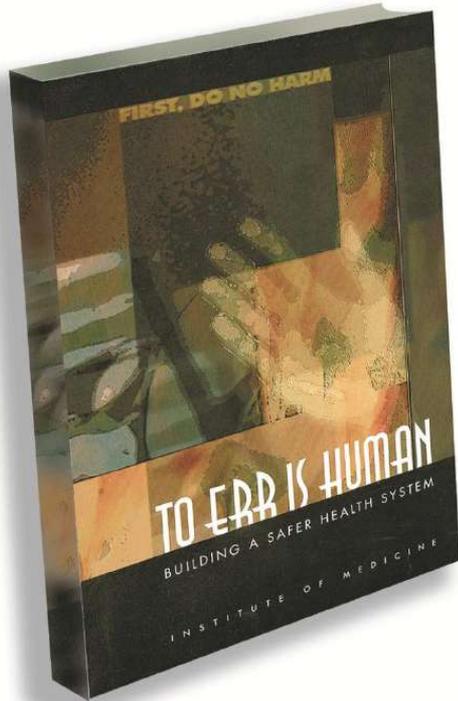


Lucian. L Leape MD
Harvard School of Public Health

La mayoría de las cosas malas le pasan a buena gente. Son
'os procesos deficientes los que los llevan a cometerlos (JAMA 1994)



Institute of Medicine “Errar es Humano”, Noviembre 1999



Fallas prevenibles en la seguridad de los pacientes

- 44.000 a 98.000 norteamericanos morirían por año
- 8va causa de muerte en los EE.UU
- Costo anual aprox. de US\$ 29 billones

Conclusión: La mayoría de estos problemas se deben a sistemas defectuosos y no a fallas individuales de los prestadores

44.000 A 98.000 muertes por año por errores médicos
(IOM, 1999)



¡ Una caída de Jumbo por día !

Estudios nacionales de prevalencia de eventos adversos



Estados Unidos: 4% (1991/1999)



Australia: 13% (1999)



Reino Unido: 11% (2000)



Nueva Zelanda: 13% (2001)



Dinamarca: 13% (2001)



Nueva Zelanda: 13% (2001)



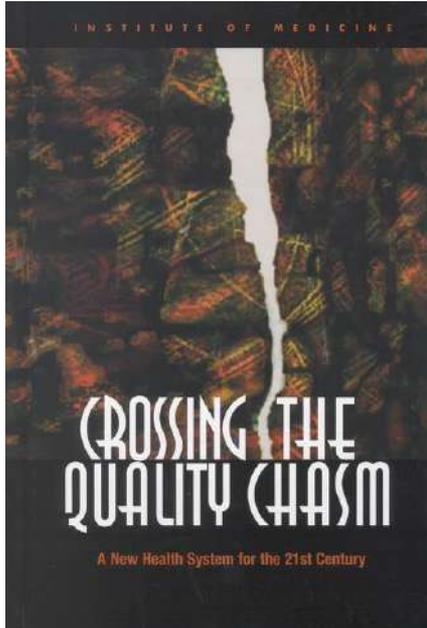
España (Estudio ENEAS): 9% (2006)



Argentina (Estudio IBEAS) 10% (2012)

50%
Evitables

Las 6 dimensiones de la calidad (IOM, 2001)



EFFECTIVA

EFICIENTE

SEGURA

CON EQUIDAD



OPORTUNA

**CENTRADA EN
EL PACIENTE**

www.errorenmedicina.anm.edu.ar



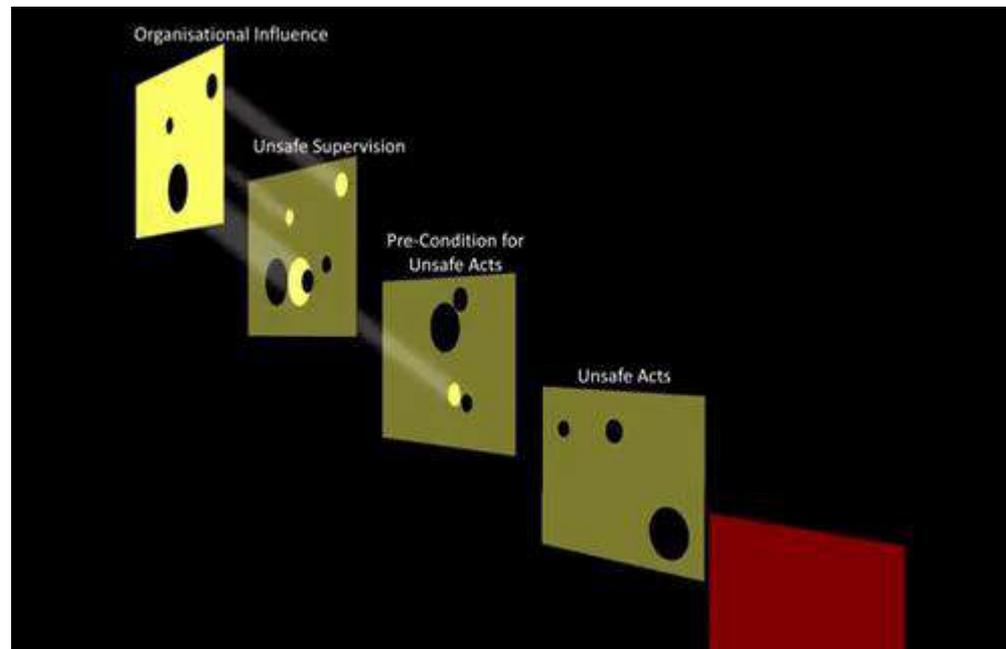
Dr. Alberto Agrest.
Academia Nacional de Medicina



Seguridad del Paciente y Error en Medicina

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES EPIDEMIOLÓGICAS
Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires

Causas de errores en la atención de la salud



4 Principales Causas de Errores en la Atención de Salud



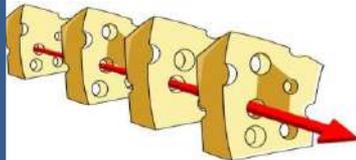
1. Falibilidad humana



2. Complejidad de la medicina

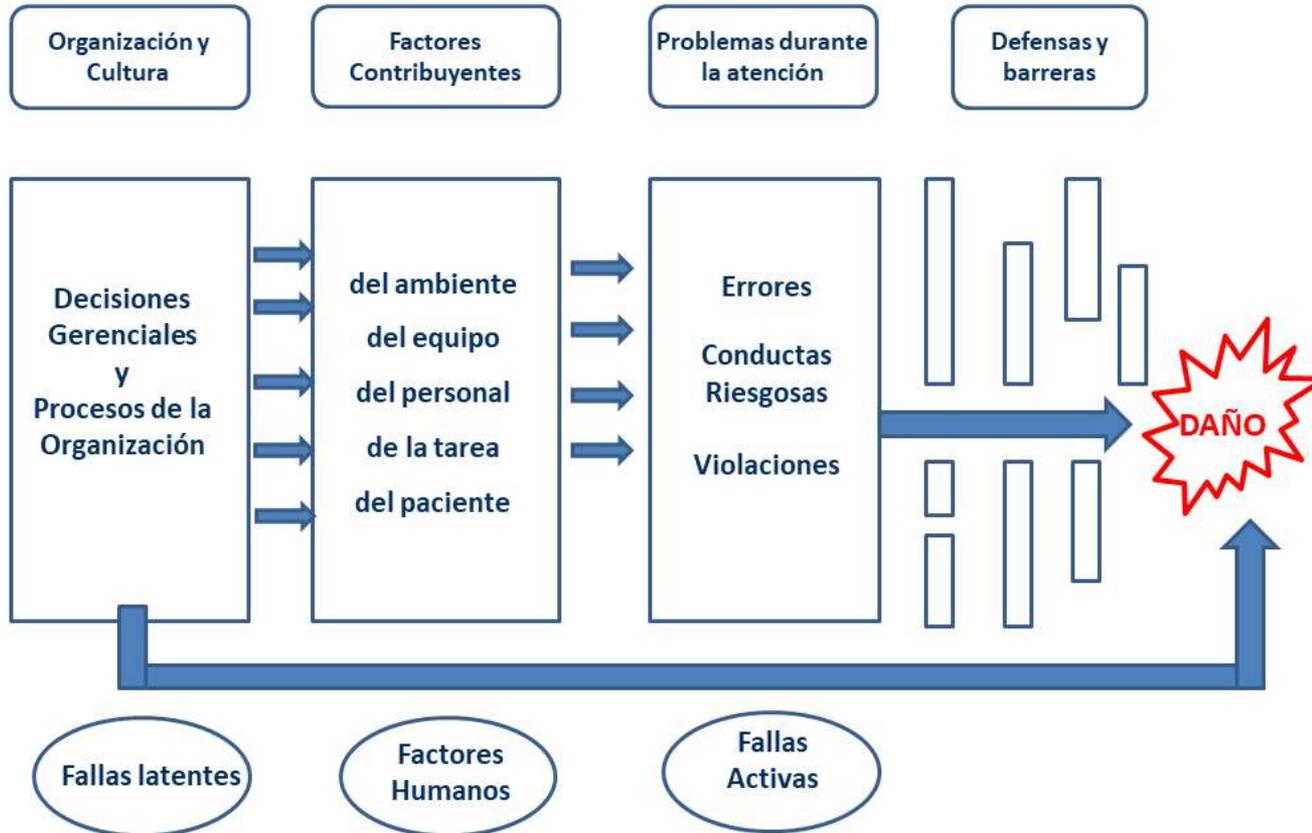


3. Deficiencias del sistema

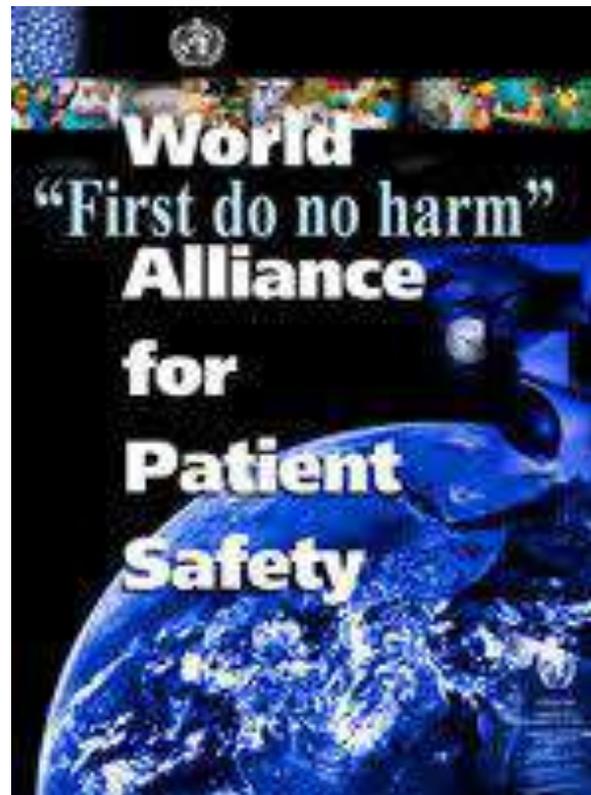


4. Vulnerabilidad de las barreras defensivas

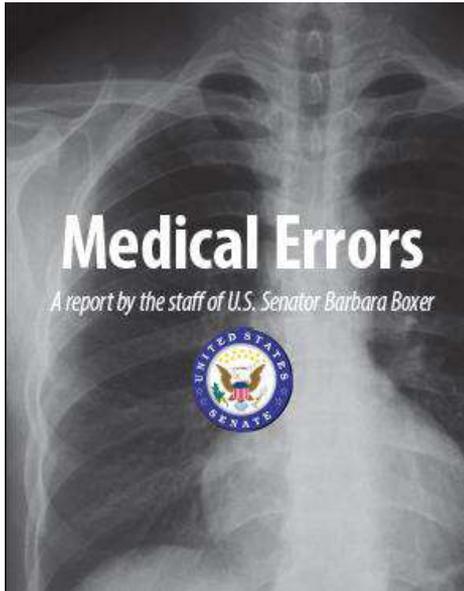
Cómo se producen los daños (Reason)



Iniciativas Globales



Cuáles son los daños evitables más frecuentes?



Informe Boxer, 2013

1. Eventos adversos por errores de medicación
2. Infecciones urinarias por sondas
3. Infecciones del torrente sanguíneo por vías centrales
4. Lesiones por caídas en inmovilidad
5. Eventos adversos obstétricos
6. Úlceras por decúbito
7. Infecciones del sitio quirúrgico
8. Trombosis venosas profundas. Tromboembolismos
9. Neumonías asociadas al respirador

Mandato de la OMS



Reducir el daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable (OMS, 2004)

(Que la menor cantidad de cosas salgan mal)

Desafíos globales



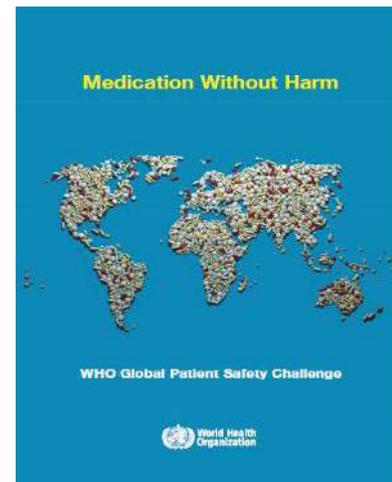
Organización
Mundial de la Salud



“Manos limpias
salvan vidas”
2005



“Cirugía Segura salva
vidas”
2008



“Medicación sin daños”
2017

Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (2004)



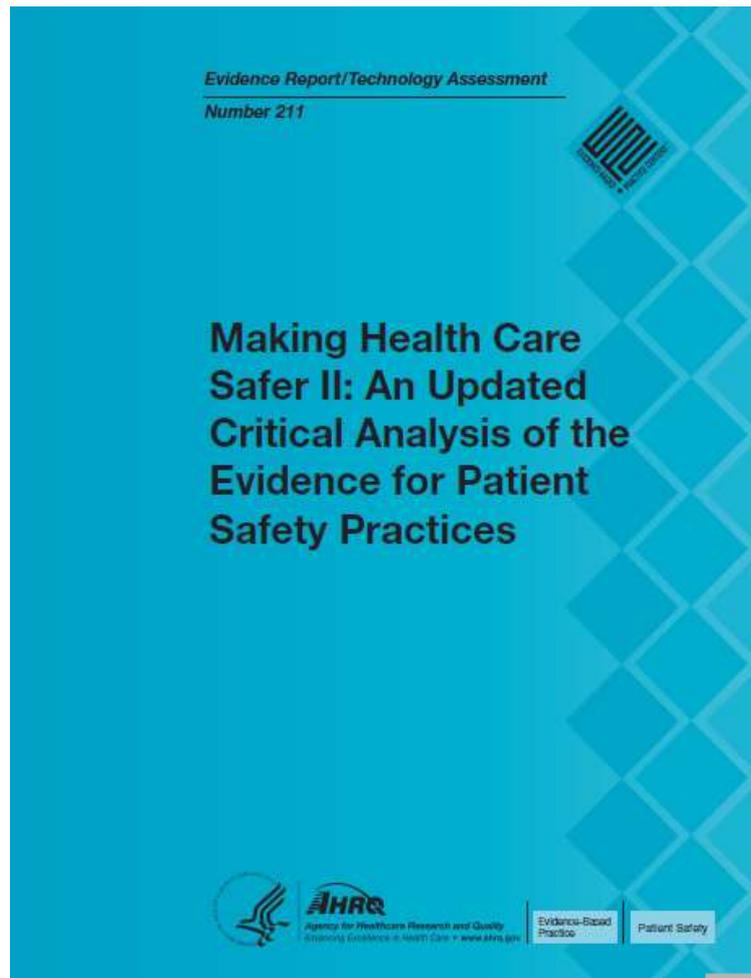
1. Identificación correcta de pacientes
2. Comunicación efectiva
3. Mejorar la seguridad de medicamentos de alto riesgo
4. Cirugía en sitio correcto, con el procedimiento y paciente correcto
5. Reducir el riesgo de IACS
6. Reducir el daño ocasionado por caídas

Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente – Mayo de 2007

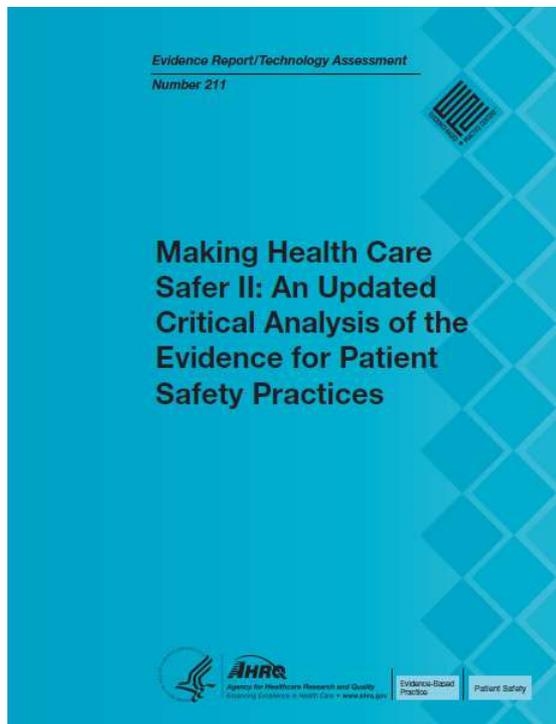


1. Medicamentos de aspecto o nombre parecidos
2. Identificación de pacientes
3. Comunicación durante el traspaso de pacientes
4. Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto
5. Control de las soluciones concentradas de electrolitos
6. Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales
7. Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos
8. Usar una sola vez los dispositivos de inyección
9. Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención a la salud

Lo que
sabemos
que
funciona



En qué podemos mejorar la seguridad de los pacientes...



Annals of Internal Medicine

SUPPLEMENT

The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now

Paul G. Shekelle, MD, PhD; Peter J. Pronovost, MD, PhD; Robert M. Wachter, MD; Kathryn M. McDonald, MM; Karen Schoelles, MD, SM; Sydney M. Dy, MD, MSc; Kaveh Shojania, MD; James T. Reston, PhD, MPH; Alyce S. Adams, PhD; Peter B. Angood, MD; David W. Bates, MD, MSc; Leonard Bickman, PhD; Pascale Carayon, PhD; Sir Liam Donaldson, MChB, MSc, MD; Naihua Duan, PhD; Donna O. Farley, PhD, MPH; Trisha Greenhalgh, BM BCH; John L. Haughom, MD; Eileen Lake, PhD, RN; Richard Lilford, PhD; Kathleen N. Lohr, PhD, MA, MPhil; Gregg S. Meyer, MD, MSc; Marlene R. Miller, MD, MSc; Duncan V. Neuhauser, PhD, MBA, MHA; Gery Ryan, PhD; Sanjay Saint, MD, MPH; Stephen M. Shortell, PhD, MPH, MBA; David P. Stevens, MD; and Kieran Walshe, PhD

1. Checklists perioperatorios y de anestesia
2. Bundle vías centrales
3. Planes de remoción de sondas vesicales
4. Bundle de neumonía asociada al respirador
5. Higiene de manos
6. Listado de abreviaturas peligrosas
7. Planes para prevenir úlceras por presión
8. Precauciones barrera IACS
9. Catéteres centrales bajo control ecográfico
10. Planes de prevención TVP y TEP

¿Cómo
estamos hoy?

¿CÓMO ESTÁS HOY?



Clínica El Castaño



Pese a todo este conocimiento acumulado, su paso a la acción se demora y los progresos en seguridad son más lentos de lo deseado

¿Cómo estamos hoy?

REVIEW ARTICLE

A New, Evidence-based Estimate of Patient Harms Associated with Hospital Care

John T. James, PhD

200.000 a 400.00 muertos por año por errores evitables en EE.UU (2013)

The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety

Diagnostic Error

The Next Organizational Challenge: Finding and Addressing Diagnostic Error

Mark L. Graber, MD, FACP; Robert Trowbridge, MD; Jennifer S. Myers, MD; Craig A. Umscheid, MD, MS, FACP; William Strull, MD; Michael H. Kanter, MD

40.000 a 80.000 muertos por año por errores diagnósticos evitables EE.UU (2014)

Errores diagnósticos



- 5% de los adultos norteamericanos atendidos ambulatoriamente cada año experimentan un error diagnóstico
- La investigación de décadas de autopsias revela que los errores diagnósticos contribuyen aprox. con el 10% de la muerte de pacientes
- 6 al 17% de los eventos adversos en hospitales
- La principal causa de juicios de mala praxis que se cierran con pago con una mortalidad que duplica a la de los otros reclamos

© 2015 VisualDx. All Rights Reserved.

visualDx
Medical Technology

Fuente: “Summary” National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. 2015. *Improving Diagnosis in Healthcare.*

Carga de enfermedad de eventos adversos (Jha, 2013)

All Adverse Events

Endpoint	Low / Middle Income	High Income	Total
Estimated number of adverse events	25.9M	16.8M	42.7 Million
Estimated DALYS lost	15.5M (9.0 – 23.6)	7.2M (5.4 – 9.3)	22.7 Million
Estimated Costs	\$7,295 Million (\$1,976 - \$21,276)	\$124,706 Million (\$53,453 – \$211,615)	\$132 Billion

World Health Organization | Patient Safety

Jha AK, et al. *BMJ Qual Saf* 2013;22:809–815. doi:10.1136/bmjqs-2012-001748



Published 3 May 2016)

BMJ 2016;353:i2139 doi: 10.1136/bmj.i2139 (Published 3 May 2016)

Page 1 of 5



ANALYSIS

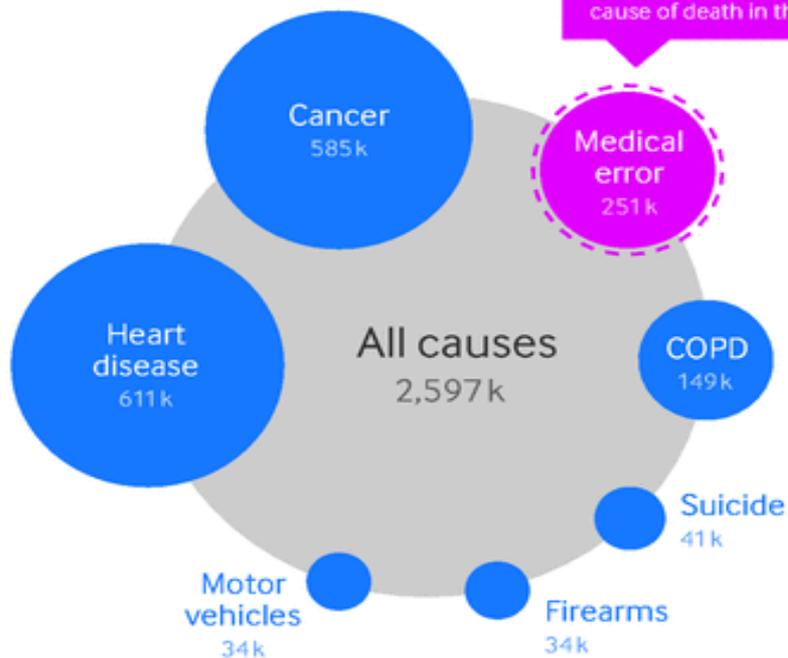
Medical error—the third leading cause of death in the US

Medical error is not included on death certificates or in rankings of cause of death. **Martin Makary** and **Michael Daniel** assess its contribution to mortality and call for better reporting

Martin A Makary *professor*, Michael Daniel *research fellow*

Department of Surgery, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD 21287, USA

Causes of death, US, 2013

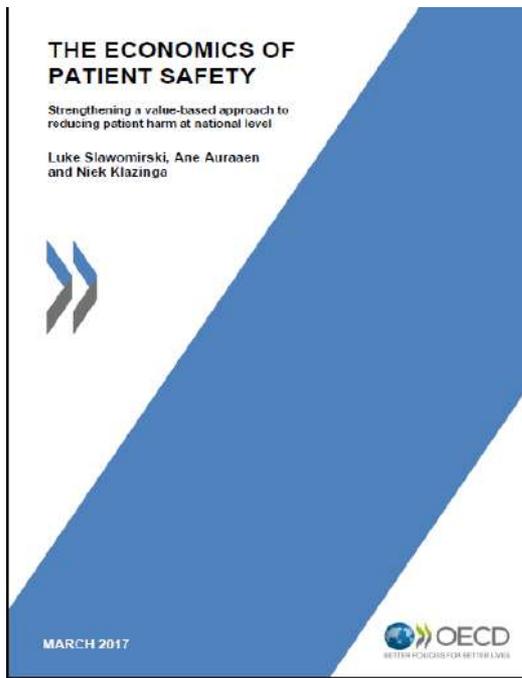


However, we're not even counting this - medical error is not recorded on US death certificates

© 2016 BMJ Publishing group Ltd.

Data source:
http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr64/nvsr64_02.pdf

El costo del error (OCDE, 2017)



- 14º causa de morbilidad a nivel global
- 15% de la actividad total de los hospitales y de su gasto
- Costo económico total de las fallas asistenciales en EE:UU: 1 trillón de dólares (2008)

¿Por qué el avance es tan lento?

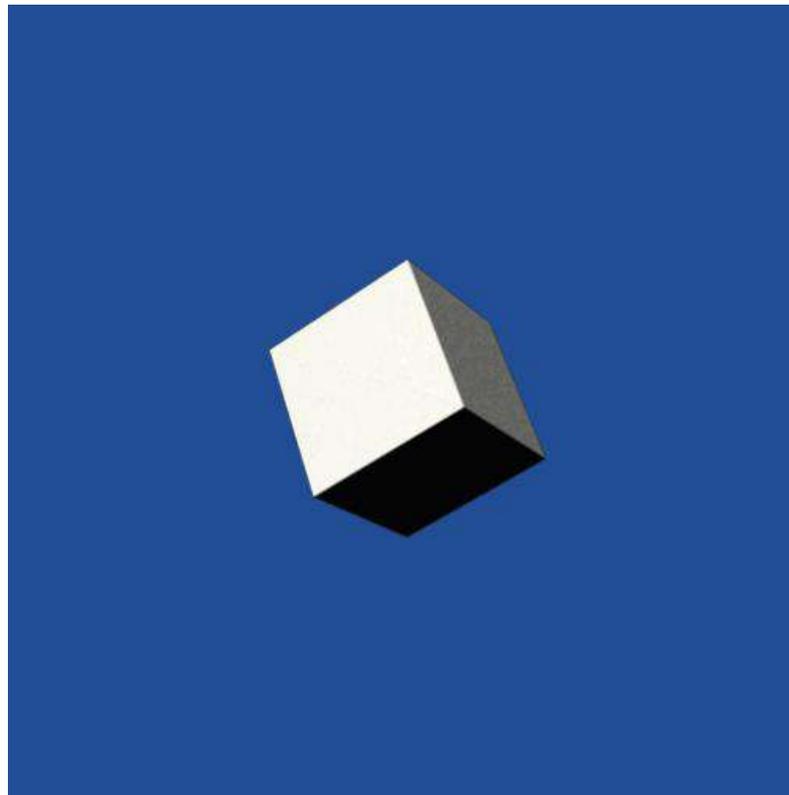


**Persistencia de barreras
muy poderosas**

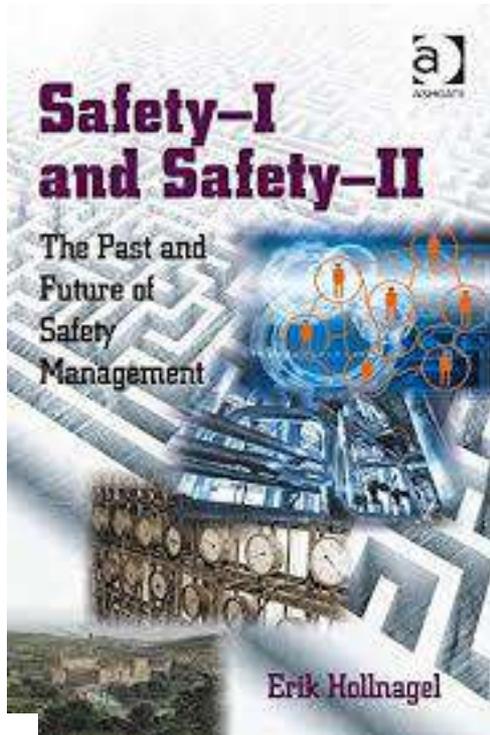
- Falta de reconocimiento como un tema de salud pública
- Barreras culturales
- Industria del juicio
- Dudas de la evidencia científica
- Dificultad para presentar el caso económico
- Intereses no alineados
- Falta de aprendizaje organizacional



El futuro: generar resiliencia



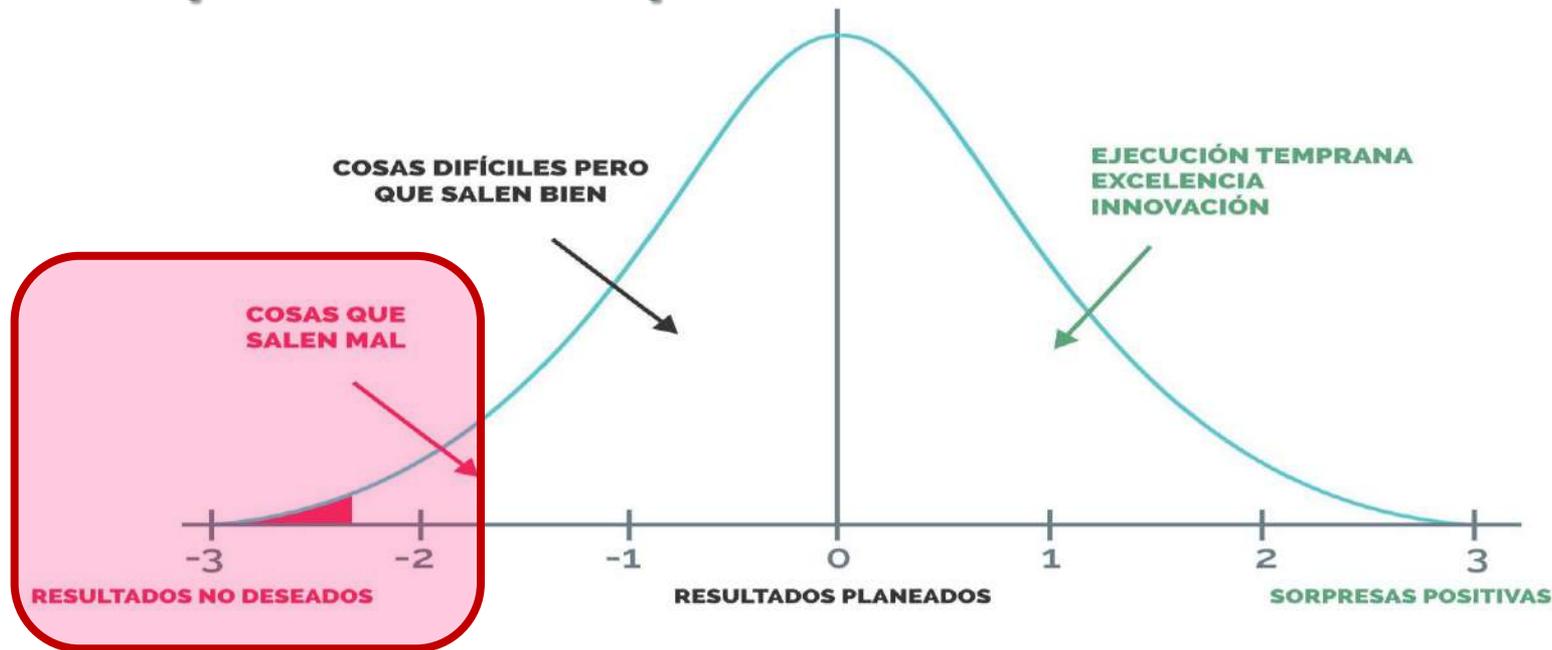
Seguridad 2 (Resiliencia)



Poder mantener las operaciones requeridas, tanto bajo condiciones esperadas como inesperadas.

(Que la mayor cantidad de cosas posibles salgan bien. Capacidad de tener éxito bajo circunstancias cambiantes).

Seguridad - I Todo el actual saber se concentra en las pocas cosas que salen mal



Seguridad 1

Seguridad es al reducción del daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable

Identificación y
Análisis de Eventos
Adversos



Seguridad 2

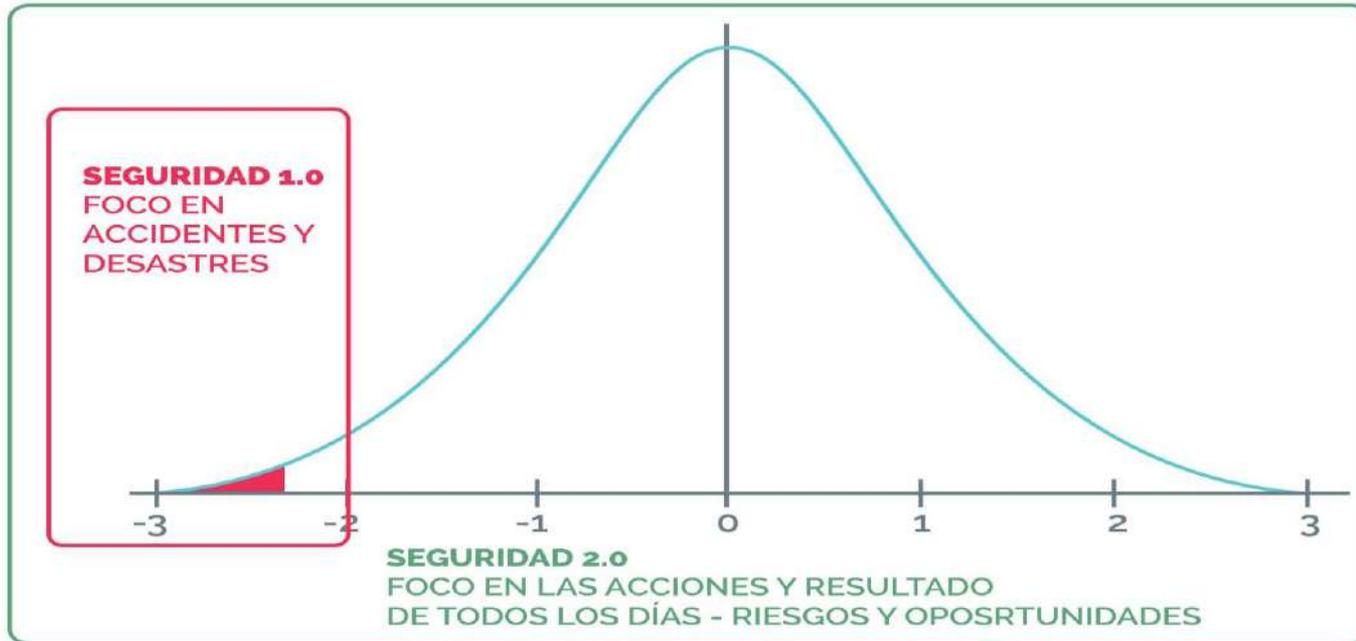
La capacidad del sistema de poder sostener las operaciones requeridas tanto bajo condiciones esperadas como inesperadas (Resiliencia)

Análisis de la capacidad de:

- Respuesta
- Monitoreo
- Aprendizaje
- Anticipación

**¡LA SEGURIDAD ES UNA SOLA!
ES LO QUE HACEMOS TODOS
LOS DÍAS**

Seguridad-I y Seguridad II no son excluyentes, sino complementarias



Pisando el acelerador



Free from Harm

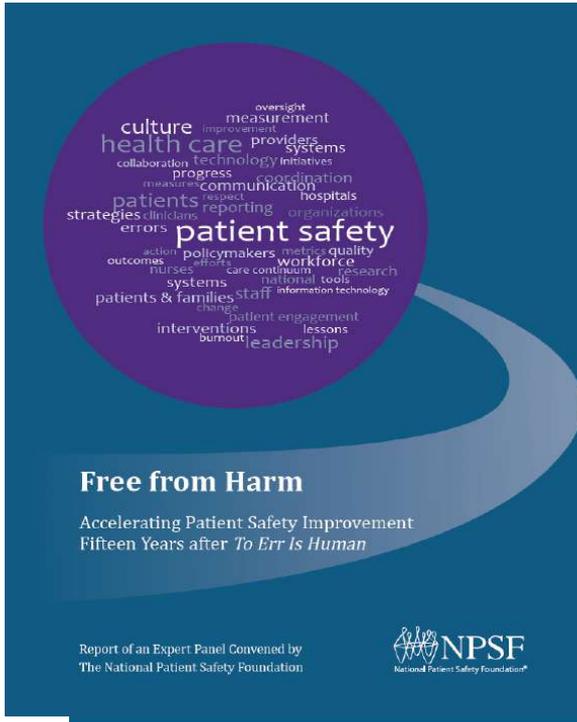
Accelerating Patient Safety Improvement
Fifteen Years after *To Err Is Human*

Report of an Expert Panel Convened by
The National Patient Safety Foundation


National Patient Safety Foundation®

 **NOBLE**
COMPAÑÍA DE SEGUROS

Pisando el acelerador



“Los avances en seguridad del paciente requieren pasar de las actuales intervenciones reactivas y fragmentadas hacia un abordaje sistémico total de la seguridad.”

8 Recomendaciones (NPSF, 2015)



1 | Garantice que los líderes establezcan y mantengan una cultura de seguridad



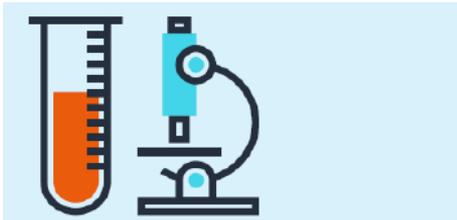
2 | Genere una supervisión centralizada y coordinada de la seguridad del paciente

8 Recomendaciones (NPSF, 2015)



3 |

Genere un conjunto de indicadores de seguridad comunes que reflejen resultados significativos



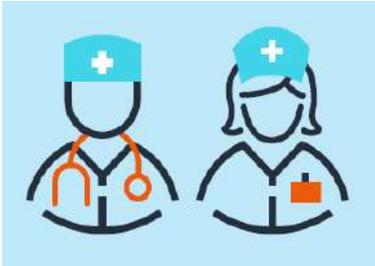
4 |

Aumente los fondos destinados a la investigación en seguridad del paciente y a la ciencia de la implementación

8 Recomendaciones (NPSF, 2015)



5 | Aborde la seguridad en todos los ámbitos de atención y en la continuidad de cuidados



6 | Apoye a la fuerza de trabajo en salud

8 Recomendaciones (NPSF, 2015)



7 | Asóciase con los pacientes y sus familias para una atención más segura



8 | Garantice que la tecnología sea segura y optimice su uso para mejorar la seguridad del paciente

La receta del éxito

- Respeto
- Contexto
- Adaptabilidad
- Relevancia
- Sustentabilidad





GRACIAS
ARIGATO
SHUKURIA
THANK
YOU
BOLZIN
MERCİ
BIYAN
SHUKRIA
DANKSCHEEN
TASHAKKUR ATU
SUKSAMA
EKHMET
GRAZIE
MEHRBANI
PALLIES
JUSPAYAR
GOZAMASHITA
EPCHARISTO
YAHANYELAY
TASHAKKUR ATU
SUKSAMA
EKHMET
GRAZIE
MEHRBANI
PALLIES
BOLZIN
MERCİ
BIYAN
SHUKRIA

Fabián Vítolo

NOBLE Compañía de Seguros

fabian.vitolo@nobleseguros.com