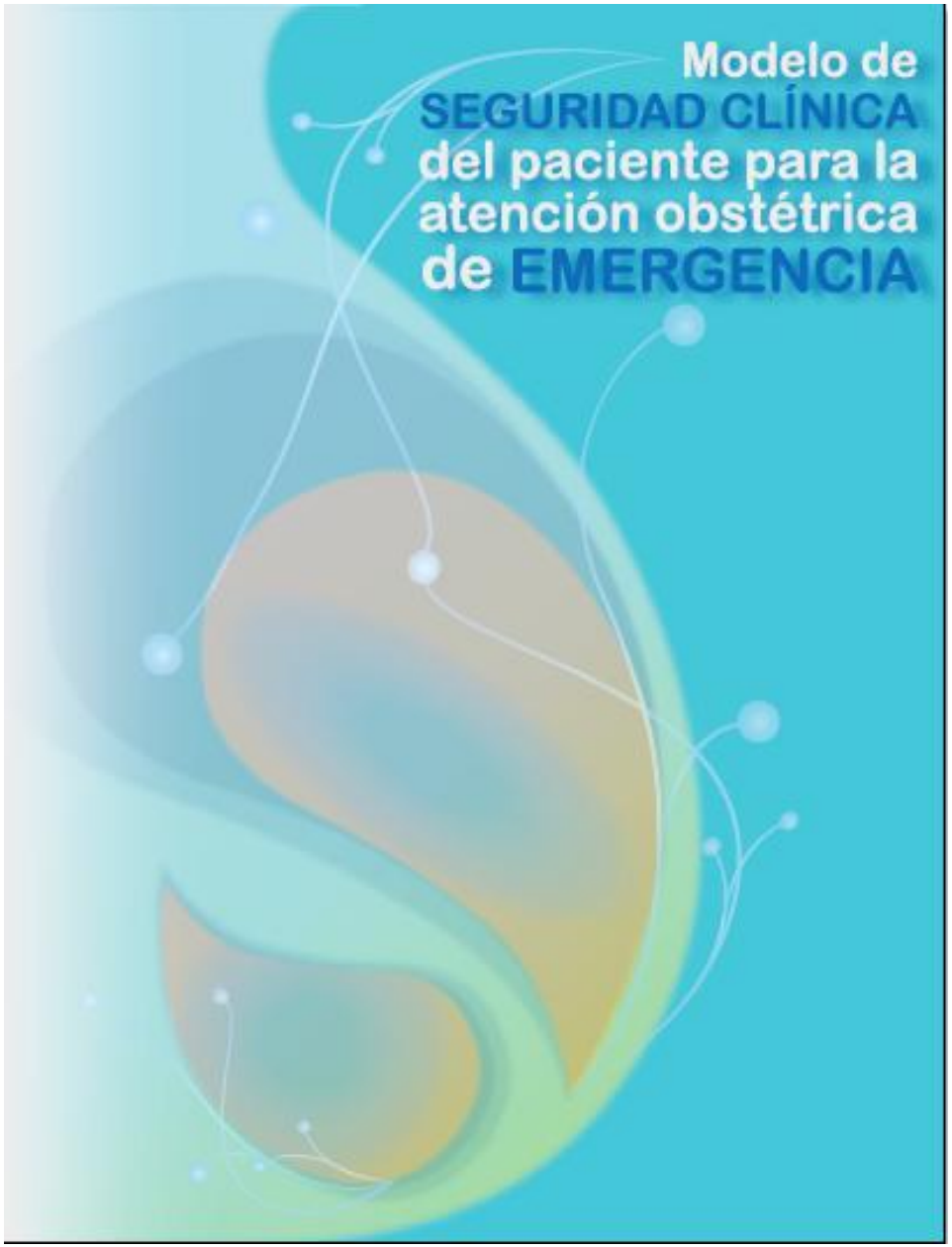
Modelo de SEGURIDAD CLÍNICA del paciente para la atención obstétrica de EMERGENCIA

Julio César Vergel Garnica. M.D.
Consultor de Calidad y Seguridad Clínica
Ministerio de Salud y Protección Social - UNFPA

Yopal, diciembre 3 de 2011

“Todas las mujeres que dan vida, caminan por los andamios de la muerte”

Marta González de Paco
Líder indígena Aymara
El Alto, Bolivia



...la seguridad... el yin y el yang...

Seguridad

Riesgo

“La seguridad del paciente es una dimensión clave de la calidad asistencial que necesita ser medida, y que puede definirse como la ausencia de lesiones o complicaciones evitables, producidas como consecuencia de la atención sanitaria. Se alcanzará en la medida que se logre la interacción y equilibrio de múltiples actuaciones del sistema sanitario y de sus profesionales.”

Jesús Mª Aranaz Andrés
Jefe del Servicio de Medicina Preventiva y Calidad Asistencial.
Hospital Univeritari Sant Joan d’Alacant.
Departamento de Salud Pública Historia de la Ciencia y Ginecología.
Universidad Miguel Hernández
Director de los estudios IBEAS, APEAS y ENEAS

Prevalencia de Eventos Adversos en América Latina

Prevalencia EA estudio IBEAS (Argentina, Colombia, Costa Rica, México , Perú)	
Prevalecia de pacientes con algún EA	10,5%
Prevalencia de EA	11,85%
EA antes de la hospitalización	10,95%
EA evitables	60%

Prevalencia EA estudio IBEAS (Colombia)	
Prevalecia de pacientes con algún EA	13,1%
Prevalencia de EA	15,2%
EA antes de la hospitalización	11,5%
EA evitables	62,2%

Aranaz J, Aibar C. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf

Prevalencia de Eventos Adversos Colombia

Prevalencia EA estudio IBEAS (Colombia) n:2405 pacientes	
Prevalecia de EA	15,2%
Usuarias obstétricas	6%
Prevalencia de EA en pacientes obstétricas	10%
EA identificados en sala de atención	41,2%%
EA identificados antes de la admisión	11,8%
EA identificados durante un procedimiento	35,3%
EA identificados posterior al procedimiento	11,8%
EA identificados durante el diagnóstico	7,1%
EA moderado	70,6%
EA leve	29,4%
EA Evitable	90%

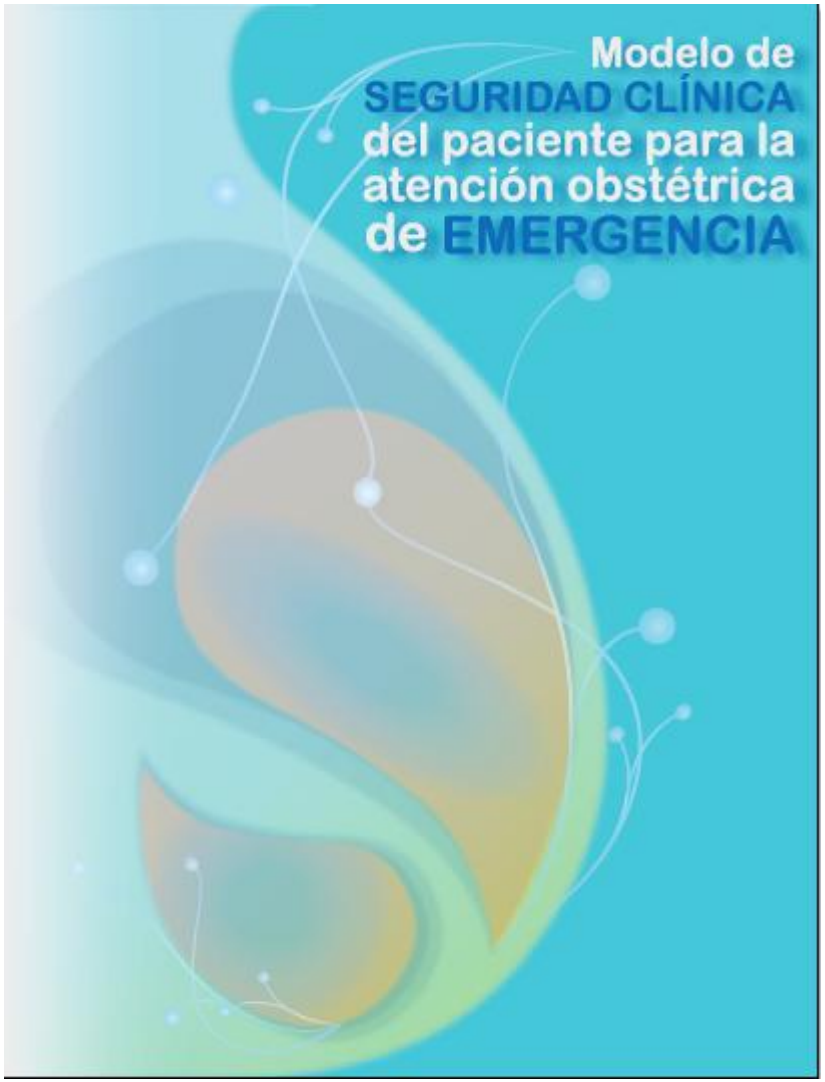
Aranaz J, Aibar C. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf

Distribución de retrasos en casos de MME

Retraso	Total
Tipo I (n=769)	356 (46,3)
Tipo II (n=734)	200 (27,2)
Tipo III (n=757)	171 (22,6)
Tipo IV (n=757)	309 (40.8)

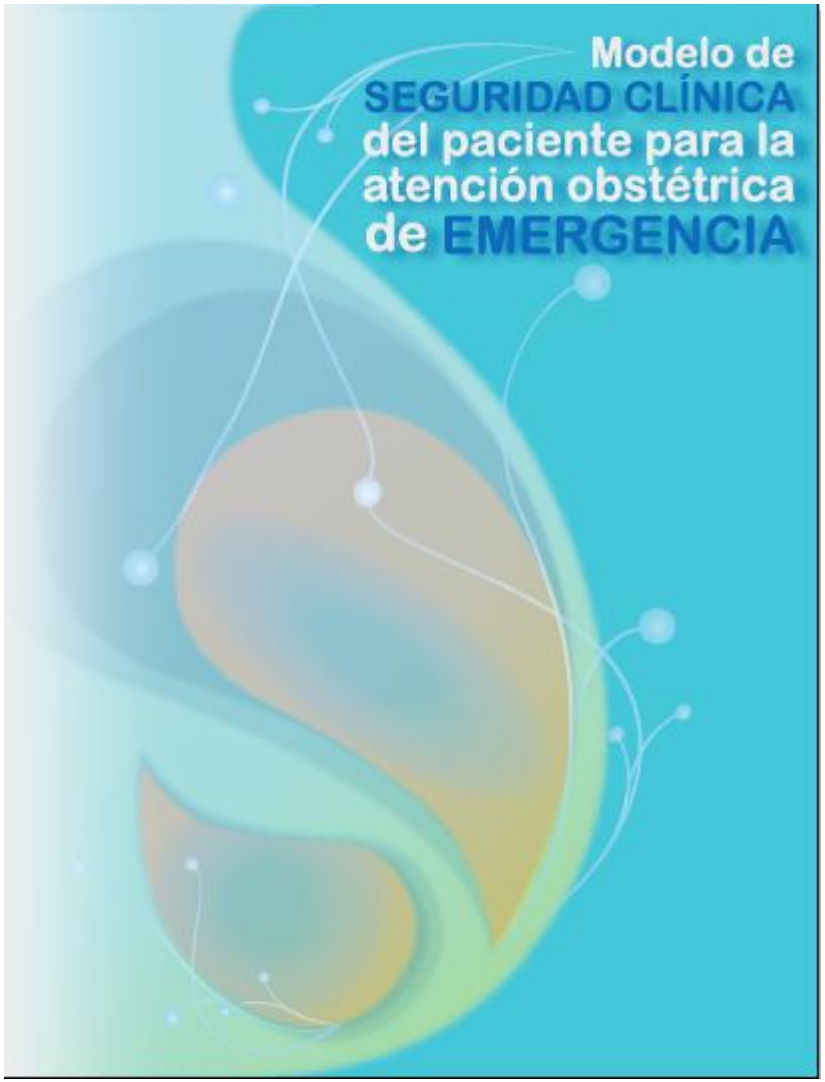
OBJETO

Desplegar al interior de los servicios de obstetricia de mediana y alta complejidad en el país, una metodología para la prevención, mitigación y gestión del riesgo de ocurrencia de eventos adversos ligados a la atención obstétrica de emergencia.



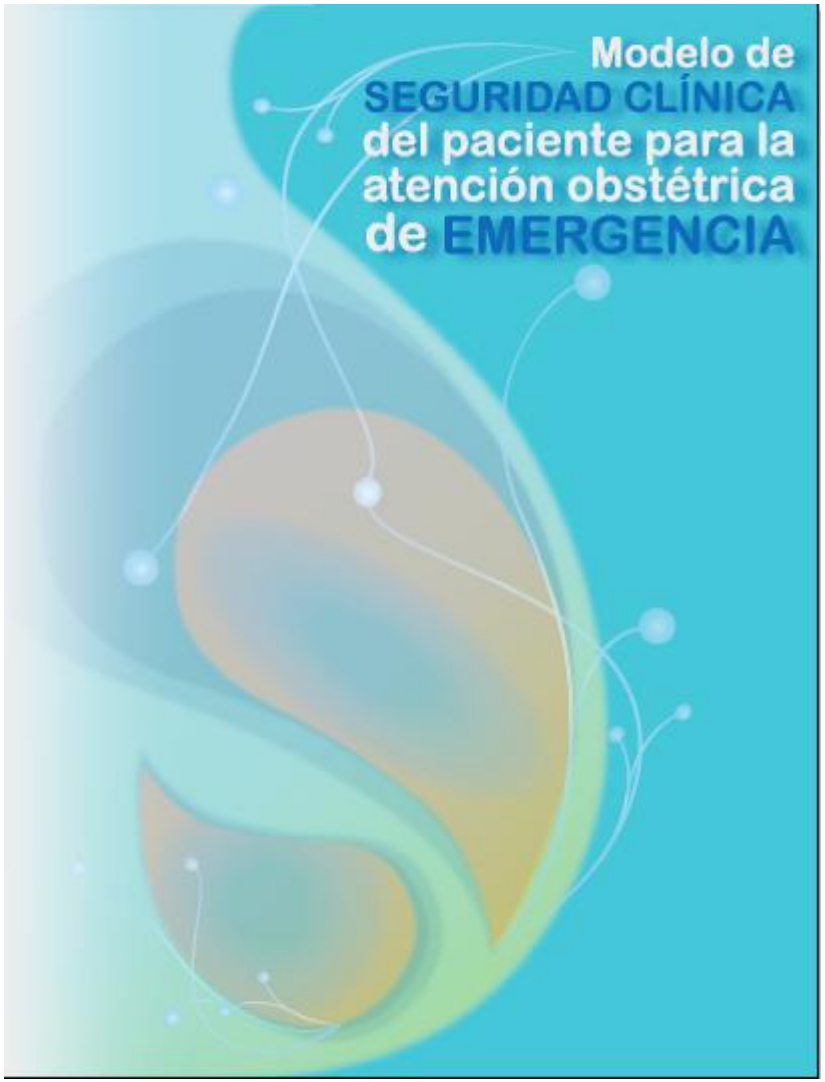
MARCO LEGAL

Desarrollado en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud con sus cuatro componentes Sistema Único de Habilitación, Sistema Único de Acreditación, Sistema de Información para la Calidad y Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud.



MARCO LEGAL

Acoge las definiciones de los lineamientos para la implementación de Política de Seguridad del Paciente, así como la Norma Técnica de Sectorial en Salud "Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente y el paquete instruccional "Garantizar la Atención Segura del Binomio Madre – Hijo".



MARCO LÓGICO DE OPERACIÓN DEL MODELO

- *La evaluación diagnostica de ambiente y entorno de seguridad de los servicios de obstetricia.*

- *La detección de indicios de atención insegura (Morbilidad Materna Extrema).*

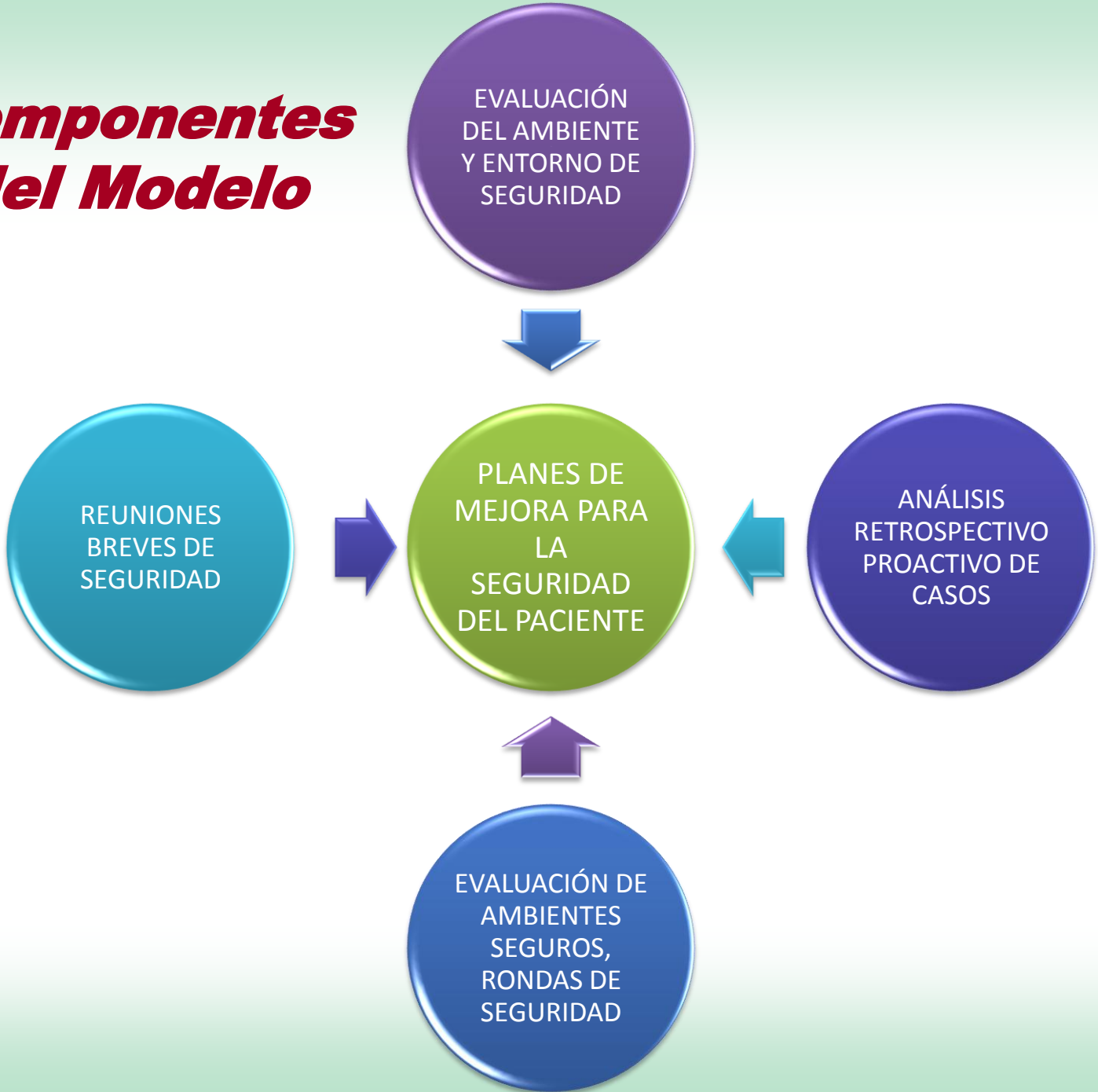
- *La investigación clínica de caso individual tamizado mediante la instrumentación del protocolo de Londres.*

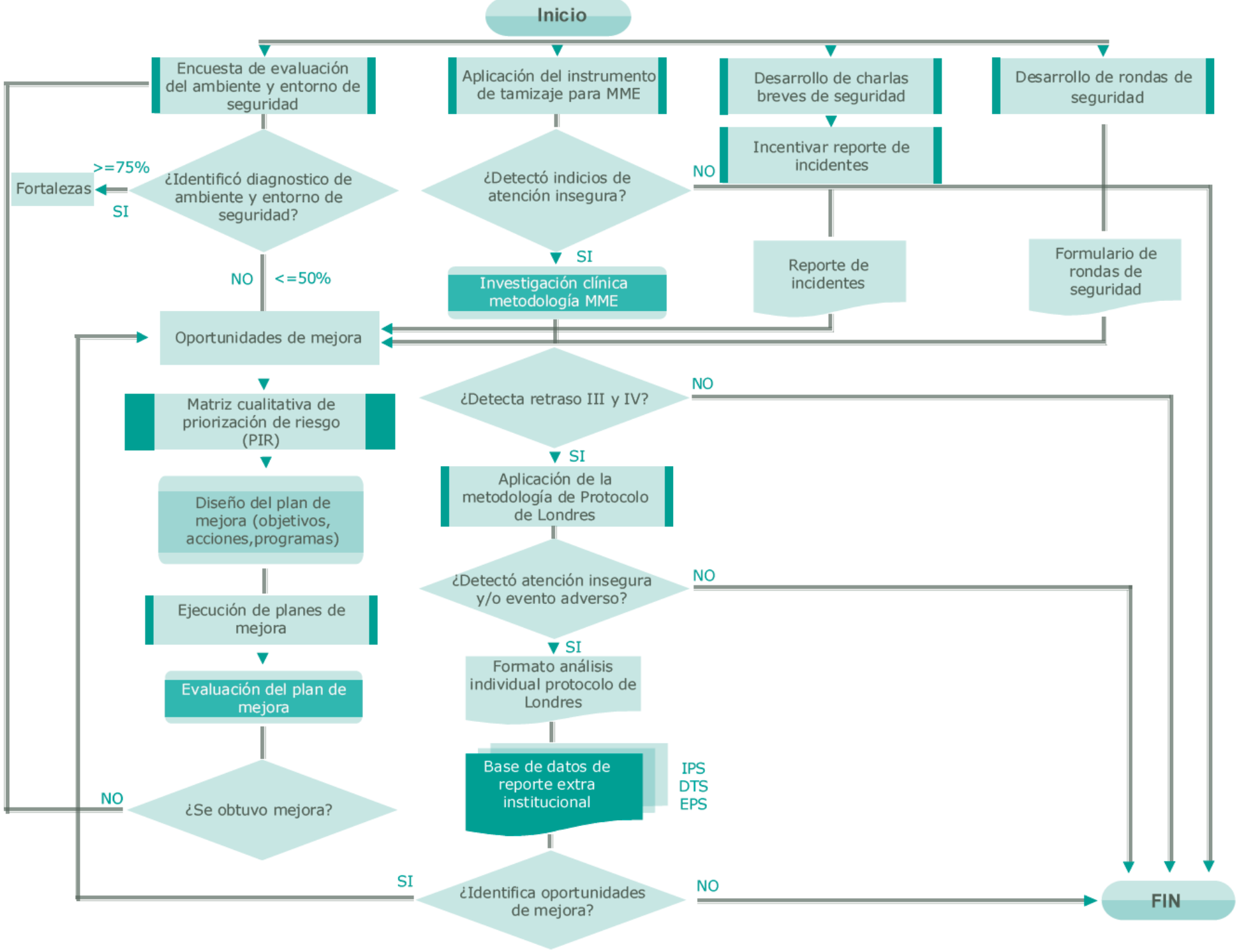
- *El desarrollo de rondas de seguridad y reuniones Breves de Seguridad para los servicios materno – perinatales.*

- *La realización de los planes de acción o de mejora institucional para los servicios de obstetricia.*

- *La generación de bases de datos para la construcción de indicadores.*

Componentes del Modelo




Inicio
Encuesta de evaluación del ambiente y entorno de seguridad
Aplicación del instrumento de tamizaje para MME
Desarrollo de charlas breves de seguridad
Desarrollo de rondas de seguridad
Incentivar reporte de incidentes
NO
>=75%
Fortalezas
SI
¿Identificó diagnostico de ambiente y entorno de seguridad?
¿Detectó indicios de atención insegura?
SI
Investigación clínica metodología MME
Reporte de incidentes
Formulario de rondas de seguridad
NO
<=50%
Oportunidades de mejora
Matriz cualitativa de priorización de riesgo (PIR)
¿Detecta retraso III y IV?
NO
SI
Aplicación de la metodología de Protocolo de Londres
Diseño del plan de mejora (objetivos, acciones,programas)
¿Detectó atención insegura y/o evento adverso?
NO
Ejecución de planes de mejora
SI
Formato análisis individual protocolo de Londres
Evaluación del plan de mejora
Base de datos de reporte extra institucional
IPS
DTS
EPS
NO
¿Se obtuvo mejora?
SI
¿Identifica oportunidades de mejora?
NO
FIN

EVALUACIÓN DEL AMBIENTE Y ENTORNO DE SEGURIDAD

Aplicación de encuesta ajustada a este tipo de servicios, determina una serie de recomendaciones generales relacionados con la mejora del ambiente y entorno de seguridad que se convertirán en oportunidades de mejora continua y a su vez se traducirán en acciones de mejora del plan de acción del servicio.

DIMENSIÓN	ÍTEMS
Frecuencia de eventos notificados.	Ninguno
Percepción global de seguridad.	10,17
Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad.	21,22
Aprendizaje organizacional/mejora continua.	Ninguno
Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio.	Ninguno
Franqueza en la comunicación.	39
Feed-back y comunicación sobre errores.	Ninguno
Respuesta no punitiva a los errores.	8,12,16
Dotación de personal.	5,7,14
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente.	31
Trabajo en equipo entre unidades.	24,28
Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades.	25,27,29,33

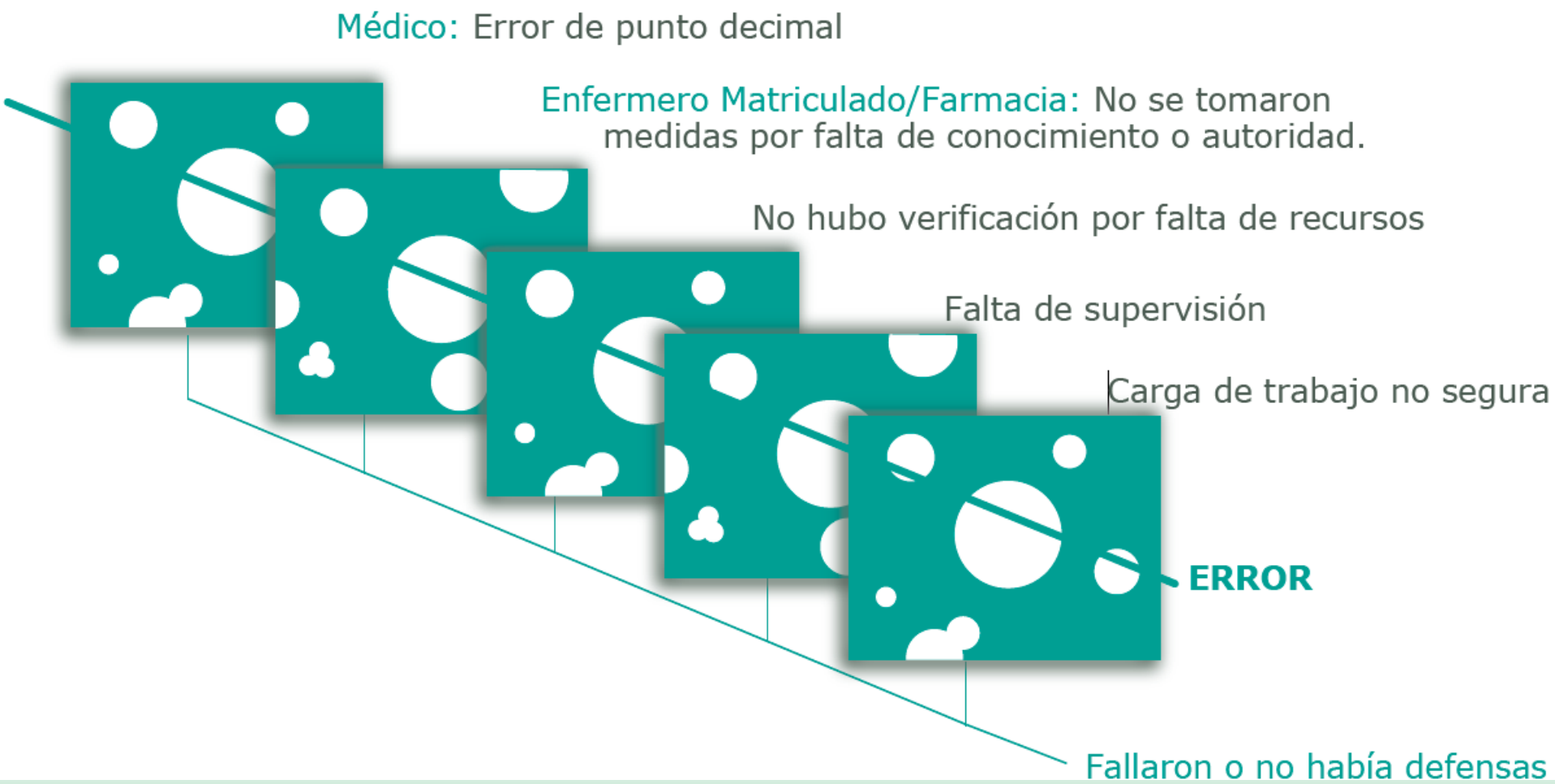
Detección de indicios de atención insegura (Morbilidad Materna Extrema).

- *Relacionados con signos y síntomas de enfermedad específica: eclampsia, choque séptico, choque hipovolémico.*

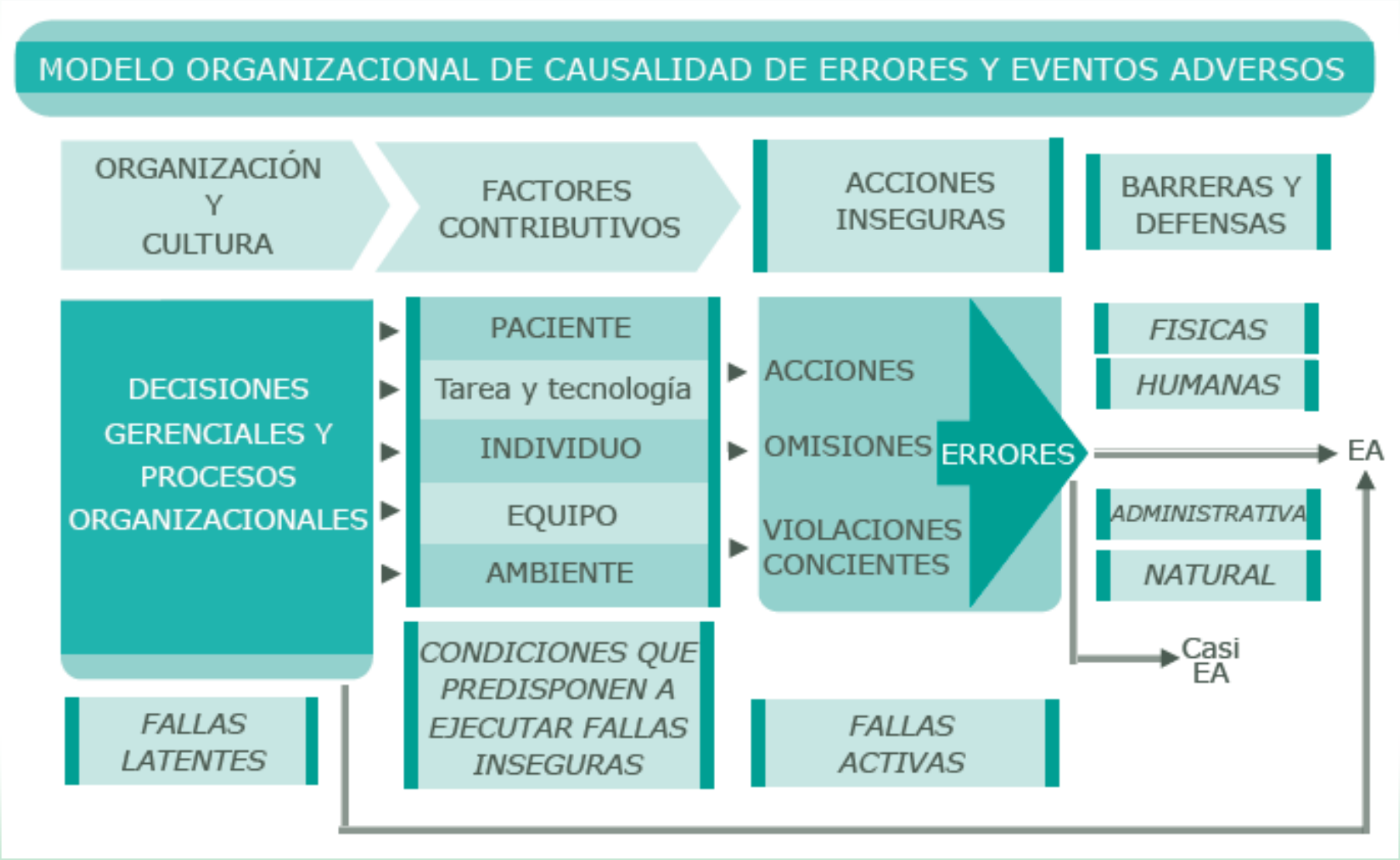
- *Relacionados con falla o disfunción orgánica: disfunción cardiaca, vascular, renal, hepática, metabólica, cerebral respiratoria o de coagulación.*

- *Relacionados con el manejo instaurado a la paciente: ingreso a UCI excepto para estabilización hemodinámica electiva, cualquier intervención quirúrgica de emergencia en el postparto, post-cesárea, o post-aborto, transfusión de tres o más unidades de*

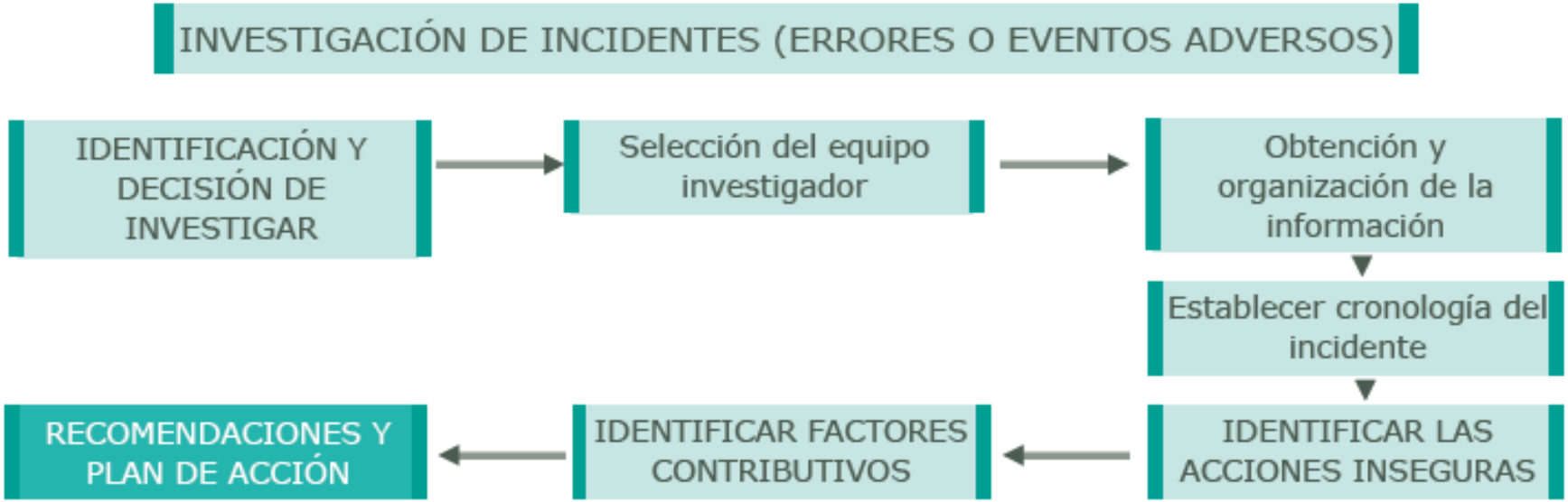
Modelo explicativo de incidentes y eventos adversos (Reason)...



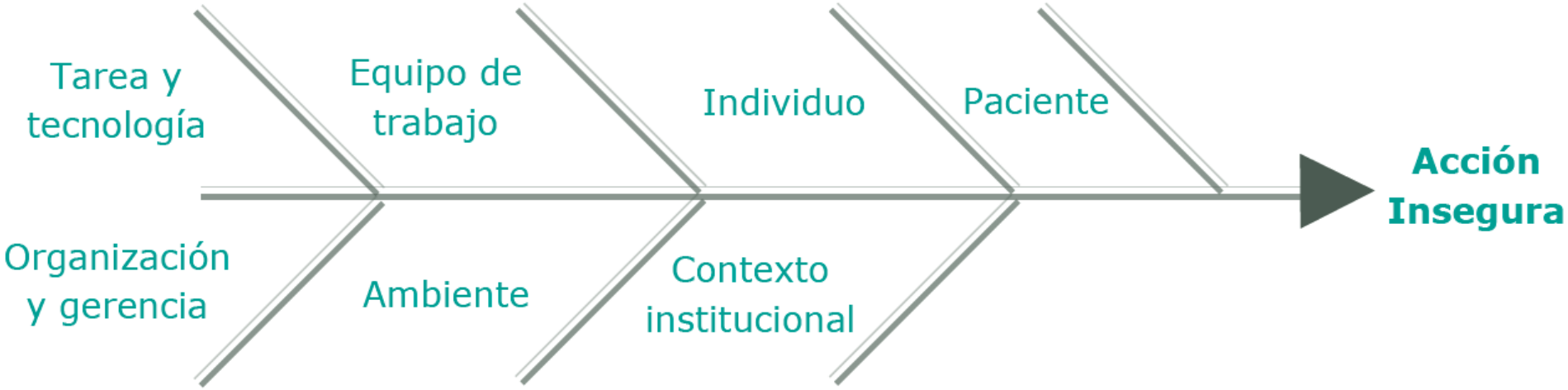
ANÁLISIS RETROSPECTIVO PROACTIVO DE CASOS



ANÁLISIS RETROSPECTIVO PROACTIVO DE CASO
-Investigación de Sucesos-



ANÁLISIS RETROSPECTIVO PROACTIVO DE CASOS



ANÁLISIS RETROSPECTIVO PROACTIVO DE CASO
-Factores Contributivos-

ORIGEN	FACTOR CONTRIBUTIVO
PACIENTE	Complejidad y gravedad. Lenguaje y comunicación. Personalidad y factores sociales.
TAREA Y TECNOLOGÍA	Diseño de la tarea y claridad de la estructura; disponibilidad y uso de protocolos; disponibilidad y confiabilidad de las pruebas diagnósticas; ayudas para toma de decisiones.
INDIVIDUO	Conocimiento, habilidades y competencia. Salud física y mental.
EQUIPO	Comunicación verbal y escrita. Supervisión y disponibilidad de soporte. Estructura del equipo (consistencia, congruencia, etc).
AMBIENTALES	Personal suficiente; mezcla de habilidades; carga de trabajo; patrón de turnos; diseño, disponibilidad y mantenimiento de equipos; soporte administrativo y gerencial; clima laboral; ambiente físico (luz, espacio, ruido).
ORGANIZACIONALES Y GERENCIALES	Recursos y limitaciones financieras; estructura organizacional; políticas, estándares y metas; prioridades y cultura organizacional.
CONTEXTO INSTITUCIONAL	Económico y regulatorio. Contactos externos.

RONDAS Y REUNIONES BREVES DE SEGURIDAD

Inspección directa e interacción con el personal de salud, para minimizar los riesgos de la atención y la identificación de oportunidades de mejora, que al igual que las anteriores se traducirán en acciones de mejora del plan de acción del servicio.

FORMATO PARA RONDAS DE SEGURIDAD EN EL SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA

Ronda de seguridad	**Responsable**		Participantes
	Servicio		Personas Inspeccionadas/Cargo
	Proceso		
	Actividad		

OBSERVACIONES	TIPO			RESPUESTA AL DIALOGO	ACCIONES TOMADAS	Inmediatas	FIRMA RESPONSABLE	Plazo
	PP	AP	CP					

Recomendaciones para quien hace la ronda.

- Planifique con anterioridad la visita.
- Observe equipos, procedimientos, orden y limpieza.
- Salude y preséntese.
- Arranque destacando los puntos positivos
- Ante una evidencia de algo incorrecto plantee preguntas abiertas (¿Cuál es el riesgo?,¿Qué cosas peores pueden ocurrir?,¿Qué hacer para controlar el riesgo?
- Obtener adhesión sobre las soluciones y su implantación inmediata
- Analizar juntos los riesgos – Definir en común las medidas a tomar – Volver a precisar los estándares que deben ser aplicados

PP Punto positivo **AP** Acción peligrosa **CP** Condición peligrosa	Vo. Responsale del área	Vo. Bo. Superior inmediato

PLANES DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

- *Priorización de los factores contributivos de acuerdo con el impacto sobre la seguridad de los pacientes.*
- *Lista de acciones para enfrentar cada factor contributivo identificado.*
- *Identificar un responsable de implementar las acciones.*
- *Definir tiempo de implementación de las acciones.*
- *Asignar los recursos necesarios.*
- *Hacer seguimiento a la ejecución del plan.*
- *Cierre formal cuando la implementación se haya efectuado.*
- *Fijar fecha de seguimiento para evaluar la efectividad del plan de acción.*

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

PLANES DE MEJORAMIENTO SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE PARA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

Fondo de Población de las Naciones Unidas

PLAN DE MEJORAMIENTO DEL MES DE _____ AL MES DE _____

RESPONSABLE DEL PLAN DE MEJORAMIENTO _____

FECHA DE ELABORACIÓN _____

OPORTUNIDAD DE MEJORA	MATRIZ CUALITATIVA DE PRIORIZACIÓN DE PER			Aclaraciones para las oportunidades de mejoramiento	Proceso responsable de la acción de mejoramiento	Área funcional responsable de la acción de mejoramiento	Persona responsable ejecución de la accion	Producto esperado	Indicador de seguimiento	Fecha Inicio			Fecha fin			Total Días	Recuersos adicionales $	Responsable de seguimiento a planes	SEGUIMIENTO A PLANES					
	Posibilidad	Impacto	Riesgo							D	M	A	D	M	A				Fecha de seguimiento			Descripción del estado de avance	Días de ejecución de plan	Porcentaje de cumplimiento
																			D	M	A			

Total de Acciones: 0

INDICADORES DE CUMPLIMIENTO		
ESTADO DE ACCIONES		Porcentaje total de cumplimiento o de plan de mejora
Completas		
Avanzadas		
En desarrollo		
Atrasadas		
No iniciadas		

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PLAN DE MEJORAMIENTO: _____

MEJORA CONTINUA

ATENCIÓN SEGURA

Cultura frente a la seguridad

- Rondas de seguridad
- Sesión breve de seguridad
- Campañas (utilización de los correctos, lavado de manos, pregunte por su seguridad, etc.).
- Retroalimentación a clientes. Medición de clima de seguridad. Competencias frente a seguridad

Detección, análisis y mejora

- Caracterización de la terminología.
- Sistema de reporte.
- Búsqueda activa.
- Protocolo de Londres

Procesos seguros

- AMEF (Análisis modal de efectos y fallos).
- Barreras de seguridad y puntos de control.
- Infraestructura y tecnología segura.
- Gestión clínica.
- Uso seguro de los medicamentos

CAJA DE HERRAMIENTAS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA

Estrategia #1: Comunicación y trabajo en equipo

- *Trabajo en equipo para incrementar la comunicación entre los proveedores de salud*
- *Enfermeras, obstetras, anestesiólogos, etc.*
- *Revistas en conjunto varias veces al día*
- *Priorizar situaciones*
- *Discutir los near misses o resultados adversos*

CAJA DE HERRAMIENTAS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA

Estrategia #2: Listas de Chequeo

- Informacion pertinente del paciente
- Plan de cuidado
- Quien es el medico responsable
- Disponibilidad de insumos
- Carga de trabajo del personal
- Trabajo electivo v. de urgencia
- Equipos de respuesta rápida

CAJA DE HERRAMIENTAS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA

Estrategia #2: Listas de Chequeo (Intrapartum Oxytocin Checklis)

Fetal Heart Rate Assessment
❑ **Category I tracing→Continue protocol provided UCs are appropriate (see below)**
❑ **Category III tracing→Stop Oxytocin immediately, start resuscitation measures, notify MD ASAP**
IF Category II tracing→all boxes for category II must be checked to continue protocol
❑ At least 1 acceleration of 15 bpm x 15 sec **OR** moderate variability for 10 minutes of the prior 30 minutes*
❑ No recurrent late decelerations or prolonged decelerations in the last 30 minutes
❑ No recurrent decelerations exceeding 60 secs in duration and decreasing greater than 60 bpm from the baseline within the previous 30 minutes
Uterine Contractions
❑ < or equal to 5 contractions in 10 minutes averaged over a 30 minute window
❑ Uterus palpates soft between contractions
❑ If IUPC is in place, Montevideo units should not exceed 300mmHg and the baseline tone should be less than 25mmHg (IUPC must be zero'd correctly.)

CAJA DE HERRAMIENTAS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA

Estrategia #3: Simulacros

- Ejercicios de simulación en conjunto: residentes, asistentes, enfermeras.
- Mandatorio para todos los que practican obstetricia
- Simulacros para distocia de hombro, codigó rojo obstétrico, eclampsia, sepsis, reanimación, reparación de episiotomías y desgarros etc.

CAJA DE HERRAMIENTAS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA

Estrategia #4: Protocolos

- *Oxitocina*
- *Hemorragia post parto*
- *Manejo del expulsivo (tiempos y documentación)*
- *Preeclampsia severa y eclampsia*
- *Sepsis*
- *Distocia de hombro*
- *Interpretación del monitoreo fetal electronico*

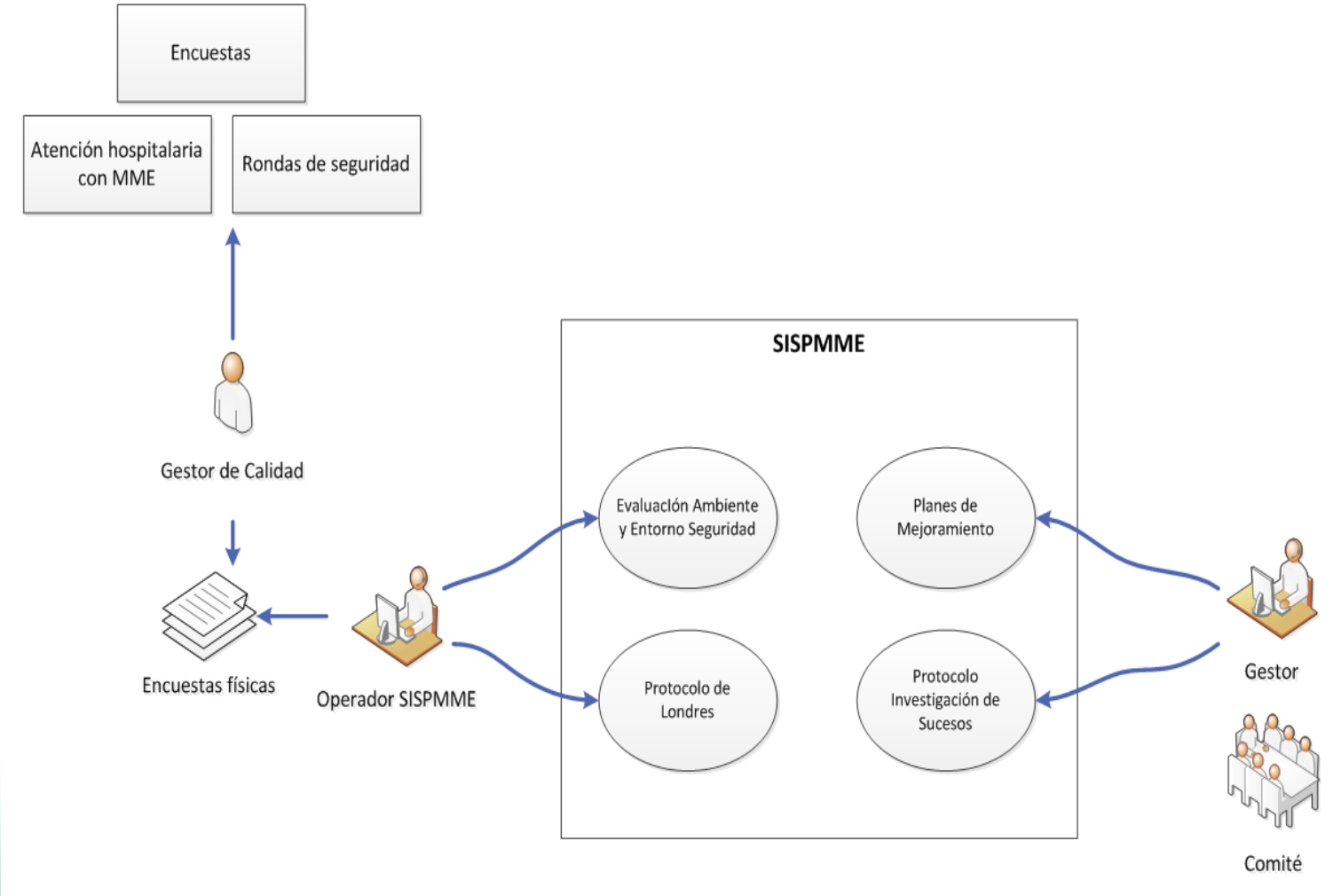
CAJA DE HERRAMIENTAS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA

Estrategia #5: Educación Médica

- *Cursos mandatorio de monitoreo fetal*
- *Reanimación*
- *Manejo de la Hemorragia Obstétrica masiva*
- *Manejo racional de la infección*
- *Preeclampsia severa y crisis Hipertensivas*

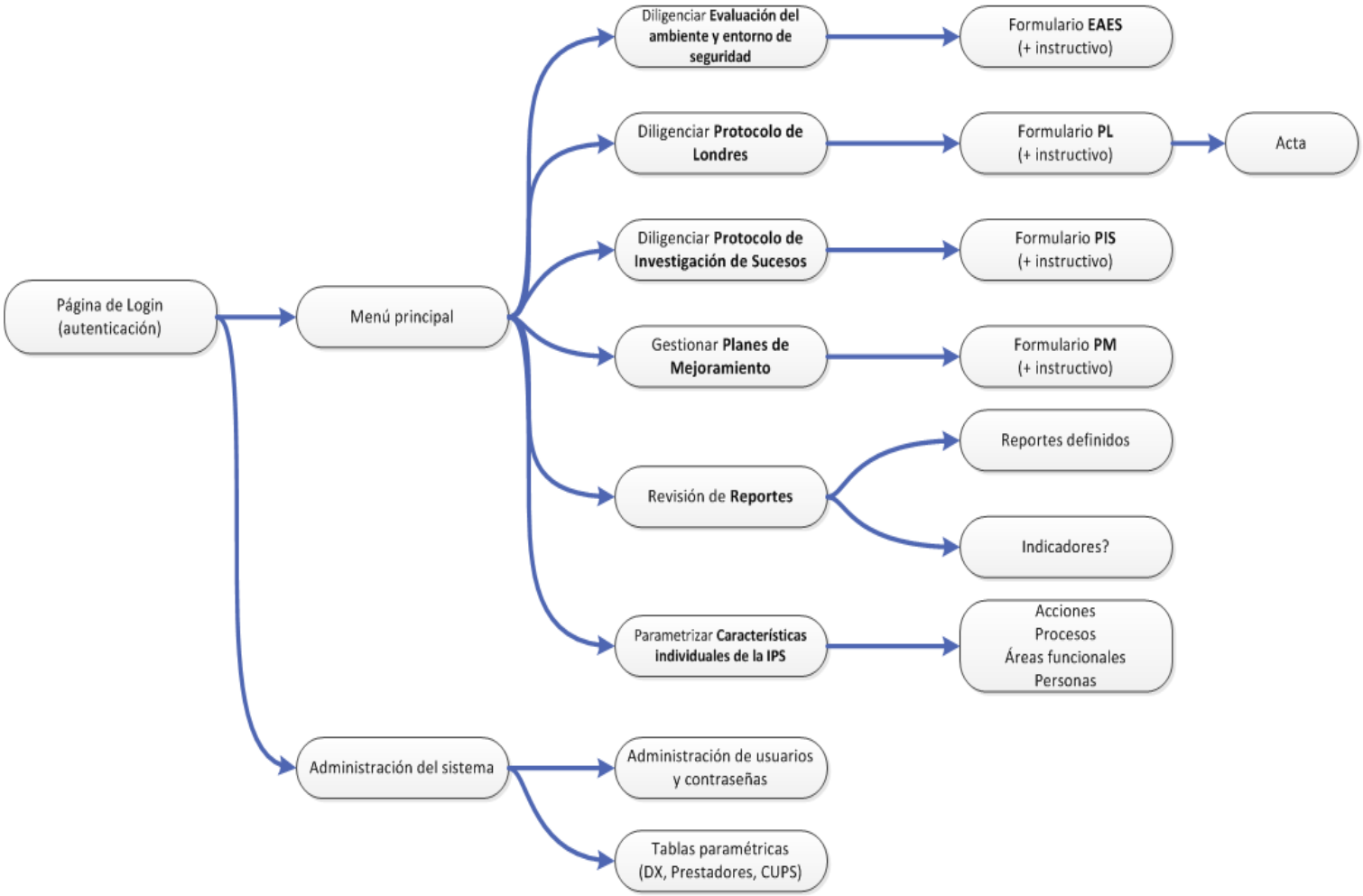
SISTEMATIZACIÓN Y AUTOMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

-Diseño conceptual de la aplicación-



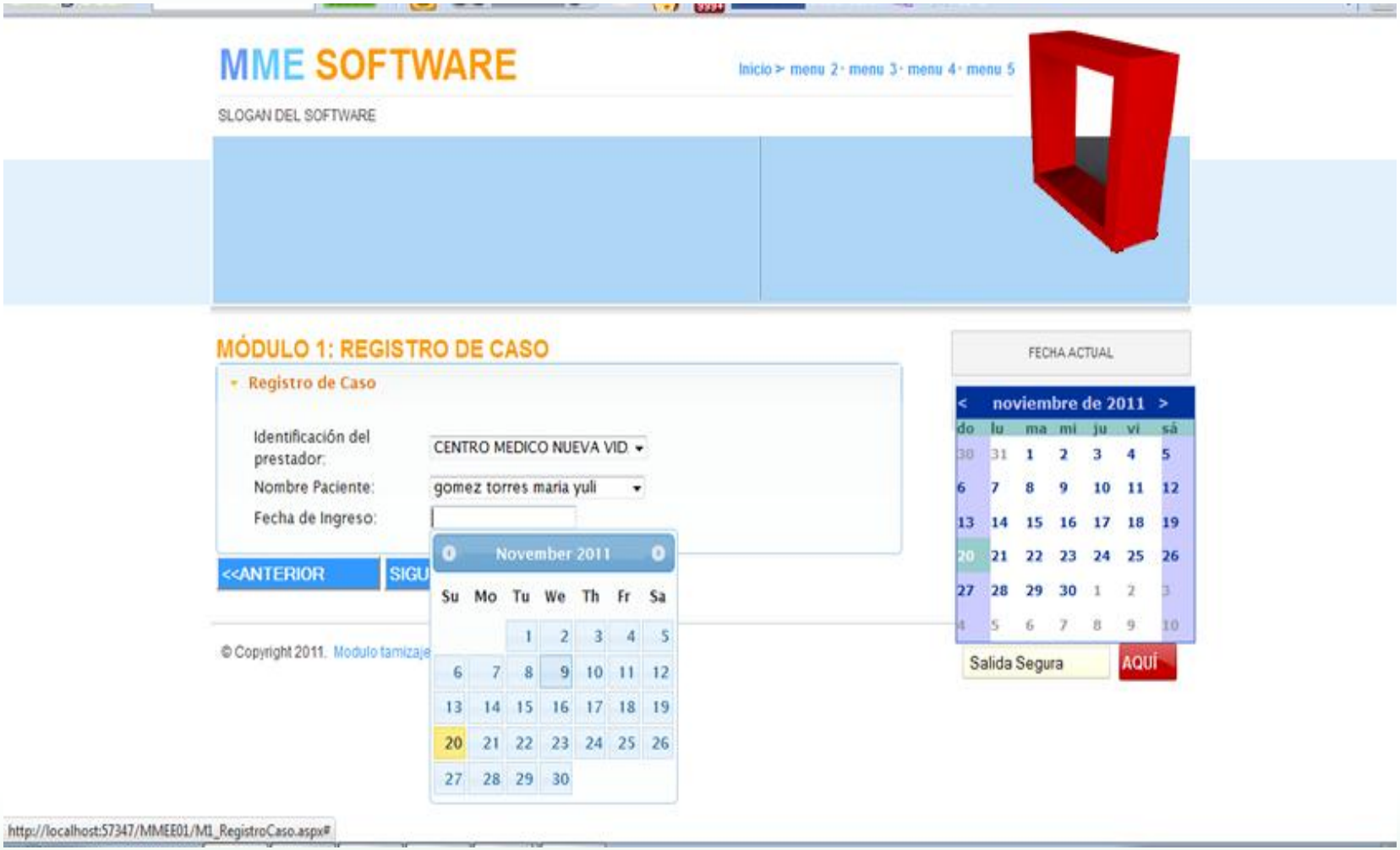
SISTEMATIZACIÓN Y AUTOMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

-Mapa de la aplicación-



SISTEMATIZACIÓN Y AUTOMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

SISTEMATIZACIÓN Y AUTOMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN



SISTEMATIZACIÓN Y AUTOMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

-Reporte extra – institucional, epidemiología de la seguridad del paciente-

INDICADOR	DEFINICION	UTILIDAD
INDICE DE MORTALIDAD	**Numerador:** número de casos de muerte materna certificadas en el periodo **Denominador:** número de casos de muerte materna + número de casos de MME Coeficiente de multiplicación: por cien (X 100)	**Indicador de letalidad**, refleja el porcentaje de muertes maternas por cada cien casos de MME. Evalúa la calidad de atención.
RELACION MME / MM	**Numerador:** número de casos de MME certificados en el periodo **Denominador:** número de casos de muerte materna	Refleja el número de casos de MME por cada caso de muerte materna. Evalúa la calidad de atención

SISTEMATIZACIÓN Y AUTOMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

-Reporte extra – institucional, epidemiología de la seguridad del paciente-

INDICADOR	DEFINICION	UTILIDAD
INDICE DE MORTALIDAD	**Numerador:** número de casos de muerte materna certificadas en el periodo **Denominador:** número de casos de muerte materna + número de casos de MME Coeficiente de multiplicación: por cien (X 100)	**Indicador de letalidad**, refleja el porcentaje de muertes maternas por cada cien casos de MME. Evalúa la calidad de atención.
RELACION MME / MM	**Numerador:** número de casos de MME certificados en el periodo **Denominador:** número de casos de muerte materna	Refleja el número de casos de MME por cada caso de muerte materna. Evalúa la calidad de atención

SISTEMATIZACIÓN Y AUTOMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

-Reporte extra – institucional, epidemiología de la seguridad del paciente-

INDICADOR	DEFINICION	UTILIDAD
Relación criterios / caso	**Numerador**: numero de criterios de inclusión relacionados con el total de casos en un periodo **Denominador:** número de casos de MME ocurridos en el mismo periodo.	Indica el número de criterios de inclusión por cada caso de MME. Refleja la severidad del compromiso de la salud materna. Su comparación por periodos permite evaluar el impacto de las intervenciones
% De casos con tres o mas criterios de inclusión	Distribución porcentual de los casos según criterios de inclusión (uno, dos, tres o mas criterios de inclusión)	Indica la severidad o grado de compromiso en la salud de las gestantes con MME. La comparación en periodos diferentes permite evaluar el impacto de intervenciones.

SISTEMATIZACIÓN Y AUTOMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

-Reporte extra – institucional, epidemiología de la seguridad del paciente-

SISTEMATIZACIÓN Y AUTOMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

-Reporte extra – institucional, epidemiología de la seguridad del paciente-

Indicador	I	II	III	IV	V
Nacidos Vivos	672	1163	4812	13713	2314
Razón MME (%)	12.2	2.6	1.6	1.3	0.9
Índice de mortalidad (%)	2.4	3.2	5.2	10.7	16
Relación MME/MM	41	30	19	8.3	5
Relación criterio / caso	4.7	3.9	3.0	4.4	5.7
% con tres o más criterios	87.7	83.3	47.5	87.2	100

Ventajas de la gestión por calidad de los incidentes y eventos adversos…

- *Los casos de MME se presentan en un mayor número que los casos de muerte, permitiendo conclusiones más validas acerca de los factores de riesgo y de la calidad de la atención.*

- *Las lecciones aprendidas del manejo de los casos que sobrevivieron pueden ser usadas para evitar nuevos casos de muerte materna.*

- *Estas lecciones pueden ser menos amenazantes para los proveedores de salud que las derivadas de los análisis de la muerte materna.*

- *Se puede realizar la entrevista con la fuente primaria de información:* ***"la gestante sobreviviente".***

Ventajas de la gestión por calidad de los incidentes y eventos adversos…

- *La identificación de los casos con morbilidad materna extrema (MME) emerge como un complemento muy prometedor para la investigación de las muertes maternas y son usados para la evaluación y mejoramiento de los servicios de salud materna.*

- *Permite la construcción de nuevos indicadores que facilitan la auditoria de la calidad por resultados.*

- *La vigilancia epidemiológica de la MME, es una de las estrategias del marco estratégico regional para el logro de las metas de desarrollo del milenio:*

"Reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes".

“El “MODELO DE SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE PARA LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA” es una excelente contribución para la mejora de la seguridad del paciente por el ***abordaje*** *tan* ***integral*** *que ha conseguido en su diseño y redacción, supone un claro avance para el conocimiento, y permite un* ***escenario en el que la práctica clínica*** *pueda desarrollarse con serenidad a la vez que se* ***incremente la garantía de seguridad*** *que tanto ansiamos pacientes, profesionales y organizaciones de prestación de atención sanitaria.”*

Jesús Mª Aranaz Andrés
Jefe del Servicio de Medicina Preventiva y Calidad Asistencial.
Hospital Univeritari Sant Joan d’Alacant.
Departamento de Salud Pública Historia de la Ciencia y Ginecología.
Universidad Miguel Hernández
Director de los estudios IBEAS, APEAS y ENEAS

GRACIAS!!!

jvergel@minproteccionsocial.gov.co