

RECOMENDACIÓN MARZO 2020

ATENCIÓN AMBULATORIA SEGURA

ESTRATEGIAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA REDUCCIÓN DE RIESGOS

Dra Daniela García
NOBLE Cía de Seguros

Recientemente, ECRI Institute, una PSO (Patient Safety Organization) que recibe reportes de incidentes de cientos de instituciones en los Estados Unidos, publicó un análisis de más de 4300 eventos reportados entre diciembre de 2017 y noviembre de 2018 en la atención ambulatoria (centros de atención ambulatoria, centros de salud comunitarios y consultorios médicos), centrándose en los errores de diagnóstico, eventos de seguridad de medicamentos, caídas y seguridad y protección, y ofrece recomendaciones sobre cómo mitigar los riesgos asociados a estos eventos.

A continuación, compartimos el informe.*

CATEGORÍAS DE RIESGO

Sobre la base del análisis de los datos comunicados al ECRI Institute PSO entre diciembre de 2017 y noviembre de 2018, se han identificado cuatro categorías de riesgos en el ámbito de la atención ambulatoria:

- Errores en las pruebas de diagnóstico
- Eventos de seguridad de los medicamentos
- Caídas
- Incidentes de seguridad y protección

2

Aunque muchos de estos riesgos son compartidos por todos los entornos de la atención sanitaria, la atención ambulatoria plantea varios retos singulares, como los siguientes:

- Si bien a muchos pacientes hospitalizados se les realizan pruebas de diagnóstico durante su estadía, los centros de atención ambulatoria suelen remitir a los pacientes a especialistas, a laboratorios o a clínicas externas para que se les hagan exámenes, lo que puede resultar en olvidos en la atención si no se hace un buen seguimiento de las pruebas o de los resultados.
- El entorno de atención ambulatoria dispone de menos recursos en comparación con los hospitales. Por ejemplo, los sistemas de códigos de barras -una tecnología básica para la seguridad de los medicamentos en el entorno hospitalario- no se utilizan comúnmente en las prácticas médicas ambulatorias.
- A diferencia de lo que ocurre en el ámbito hospitalario, muchos eventos adversos pueden producirse luego de que el paciente abandonó el ámbito de atención (ej: reacciones adversas a medicamentos). Es probable incluso que deba concurrir por su estado a una guardia de emergencias. Estos eventos son muy difíciles de identificar y rastrear.
- Los centros de atención ambulatoria carecen de los recursos de control de calidad, gestión de riesgos y seguridad del paciente típicos del ámbito hospitalario. Es posible que el proceso de ampliación de estos recursos al ambulatorio siga evolucionando, pero por el momento la mayoría de este tipo de organizaciones tienen un acceso mínimo a los mismos.
- Los sucesos que ocurren en los centros de atención ambulatoria suelen ser más sutiles y, a veces, los resultados de los daños no deseados no aparecen hasta años después.

3

- Los errores que se producen en la atención ambulatoria tienen menos probabilidades de provocar un daño inmediato, y a menudo implican acciones o falta de acciones por parte del paciente, lo que puede ser difícil de vigilar.

Aunque una gran mayoría de la atención de los pacientes en los Estados Unidos se produce en el ámbito de la atención ambulatoria, la mayoría de los estudios sobre la seguridad de los pacientes se han centrado en el ámbito de la hospitalización.

LA IMPORTANCIA DE LA CULTURA DE SEGURIDAD

La creación de una cultura de seguridad fuerte y no punitiva que fomente la notificación de eventos de seguridad del paciente es una de las piedras angulares de un cuidado seguro. Según la Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHRQ), una cultura de seguridad abarca las siguientes características:

- El reconocimiento de la naturaleza de alto riesgo de las actividades de una organización y la determinación de lograr operaciones consistentemente seguras.
- Un entorno en el que las personas pueden informar de errores o casi errores sin miedo a la reprimenda o al castigo.
- Fomentar la colaboración entre rangos y disciplinas para buscar soluciones a los problemas de seguridad de los pacientes.
- Compromiso de la organización con los recursos para hacer frente a los problemas de seguridad

Un componente necesario de una cultura de seguridad es mantener una cultura abierta, justa y equitativa, que no descarta la responsabilidad por imprudencia o por incumplimiento voluntario de los protocolos y procedimientos.

4

Sin embargo, una cultura de seguridad también abarca la falibilidad humana y responde a los errores involuntarios, lapsus, cuasi accidentes y eventos adversos con asesoramiento o entrenamiento -dependiendo de las circunstancias-, y un enfoque en los problemas de los sistemas y soluciones proactivas. Este enfoque puede ayudar a mejorar la calidad y la seguridad de la atención y puede reducir el riesgo de que se produzcan errores similares en el futuro.

La notificación de eventos es otra parte importante de una cultura de seguridad. Los centros de atención ambulatoria y las organizaciones de atención de las que forman parte deben establecer un sistema para la notificación. Según la AHRQ, los componentes clave de un sistema efectivo de reporte de eventos incluyen lo siguiente:

- La institución debe establecer un entorno de apoyo para el reporte de eventos que proteja la privacidad del personal lo realice.
- Los informes de los eventos reportados deben ser difundidos de manera oportuna.
- Debe existir un mecanismo estructurado para examinar los informes y elaborar planes de acción.

Entre las barreras que pueden disuadir al personal de atención ambulatoria de informar sobre eventos se encuentran las siguientes (ECRI Institute PSO):

- Miedo a la culpa o a la mala praxis.
- La falta de comprensión sobre qué, por qué y cómo informar.
- Falta de tiempo para informar
- Falta de un instrumento de reporte de fácil acceso
- Falta de apoyo de la dirección

La implementación de una cultura de seguridad en el entorno de la atención ambulatoria requiere tiempo, dedicación y esfuerzo en todos los sitios y funciones. La aplicación con éxito de una cultura de seguridad requiere una evaluación precisa de las prácticas y cultura actual, la creación o adopción de objetivos de seguridad del paciente que se ajusten al sistema de salud o que estén estandarizados en toda la organización de atención ambulatoria, y el cumplimiento de los nuevos objetivos. Los principios de una cultura de seguridad también deben adaptarse a cada organización individual.

ALCANCE Y MÉTODOS

El ECRI Institute PSO buscó en su base de datos de informes de eventos reportados por centros de atención ambulatoria, centros de salud comunitarios y consultorios médicos entre diciembre de 2017 y noviembre de 2018.

Se eligió un período de tiempo relativamente corto de 12 meses para reflejar la profundidad actual de la cultura de seguridad, ya que los centros de atención ambulatoria están empezando a informar de forma más sólida sobre los incidentes de seguridad.

Se analizaron un total de 4.355 eventos. El sistema de notificación de eventos del ECRI Institute PSO utiliza una versión mejorada de los utilizados por la AHRQ, que permiten a las PSO recopilar información de los proveedores y estandarizar la forma en que se representan los eventos de seguridad del paciente. Los informes de eventos describen incidentes, cuasi incidentes y condiciones inseguras. Utilizando las definiciones del PSO Privacy Protection Center (PSOPPC), estos eventos pueden clasificarse de la siguiente manera:

- *Incidente*: un evento de seguridad que llegó al paciente, independientemente de si el paciente fue dañado o no.
- *Cuasi incidente*: un evento de seguridad que no llegó al paciente

6

- *Condición insegura*: cualquier circunstancia que aumente la probabilidad de un evento de seguridad del paciente.

En este informe, los términos "evento" e "incidente" se utilizan a menudo para referirse a cualquiera de estas situaciones.

Tras un análisis inicial de los eventos, éstos se reagruparon en las siguientes categorías:

- Pruebas de diagnóstico
- Seguridad de los medicamentos
- Caídas
- Seguridad y protección

Las tres primeras categorías enumeradas anteriormente - pruebas de diagnóstico, seguridad de los medicamentos y caídas - corresponden a las tres categorías principales de eventos en el cuidado ambulatorio reportados al ECRI Institute PSO entre diciembre de 2017 y noviembre de 2018. La categoría "seguridad y protección", aunque no se reporta con tanta frecuencia como las otras tres categorías, se eligió porque es un área de especial preocupación entre los miembros de PSO. Por ejemplo, el riesgo de violencia en el lugar de trabajo es mayor para el personal sanitario que para los trabajadores de otras disciplinas, y tiene el potencial de causar un gran daño a los pacientes y al personal si no se aborda adecuadamente.

No obstante, el personal puede no saber si debe o no denunciar un caso de violencia en el lugar de trabajo, en particular si la situación se ha resuelto; como consecuencia, los datos pueden no reflejar con exactitud la frecuencia con que se producen tales incidentes.

El análisis de los sucesos denunciados también incluyó una quinta categoría: los sucesos relacionados con cuestiones de privacidad y con la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Aunque los eventos relacionados con la HIPAA y la privacidad se examinaron en el análisis

de los eventos de atención ambulatoria notificados, los datos presentados no ofrecían suficientes detalles sobre las prácticas actuales y las lagunas del sistema relacionadas para impulsar las recomendaciones.

Una vez que los datos se clasificaron en los ítems mencionados, el ECRI Institute PSO elaboró taxonomías para cada una de las categorías de eventos para que los analistas las utilizaran al momento de clasificar los eventos. Cada categoría incluye varias subcategorías, y los analistas podían seleccionar más de una categoría de taxonomía y más de una subcategoría para cada evento.

El Índice de Categorización de Errores de Medicamentos del Consejo Nacional de Coordinación para el Reporte y la Prevención de Errores de Medicamentos es una herramienta que se utiliza para categorizar el daño a los pacientes. Aunque originalmente se diseñó para los errores de medicación, el índice -con sus nueve categorías de daños, -de la A a la I-, se utiliza a menudo para los eventos no relacionados con la medicación para indicar el efecto del evento en el paciente (por ejemplo, un error llega al paciente pero no causa daños; un error contribuye a un daño temporal; un error contribuye a un daño permanente).

Los eventos con una puntuación de daño de E a I se asocian con daño al paciente. Utilizaron esa escala para informar sobre el daño porque es la escala más utilizada en los sistemas de información de gestión de riesgos de sus miembros.

LIMITACIONES

Los datos comunicados a las PSO se proporcionaron voluntariamente, sobre la base de informes espontáneos del personal. Es probable que durante el período del análisis se hayan producido muchos otros acontecimientos relacionados con cuestiones de atención ambulatoria que no se hayan reconocido o notificado. Los datos del presente informe proporcionan importantes conocimientos pero no representan la incidencia o prevalencia de los acontecimientos relacionados a los entornos de atención ambulatoria. Además, los relatos de los informes de los sucesos a menudo no proporcionan toda la información que los analistas

8

desearían, lo que dificulta la identificación de todos los factores que contribuyeron a un determinado suceso.

Excluimos del análisis posterior los eventos fuera del alcance de este análisis y los eventos que no pudieron ser codificados bajo ninguna categoría (o subcategoría) en la taxonomía.

También se excluyeron los eventos reportados por los centros de cirugía ambulatoria porque los servicios proporcionados en estos lugares son diferentes a los proporcionados en los lugares de atención ambulatoria estudiados.

A pesar de las limitaciones, los datos proporcionan una instantánea de los eventos notificados con una muestra lo suficientemente grande como para ofrecer una visión generalizable de las cuestiones que contribuyen a ello. Como resultado, el análisis proporciona una visión del contexto, las causas y los problemas de los sistemas que contribuyen a los acontecimientos relacionados con la seguridad del paciente que implican a los servicios de atención ambulatoria.

ERRORES DE DIAGNÓSTICO

Los errores que se producen durante las pruebas de diagnóstico en los centros de atención ambulatoria pueden tener consecuencias potencialmente devastadoras para los pacientes.

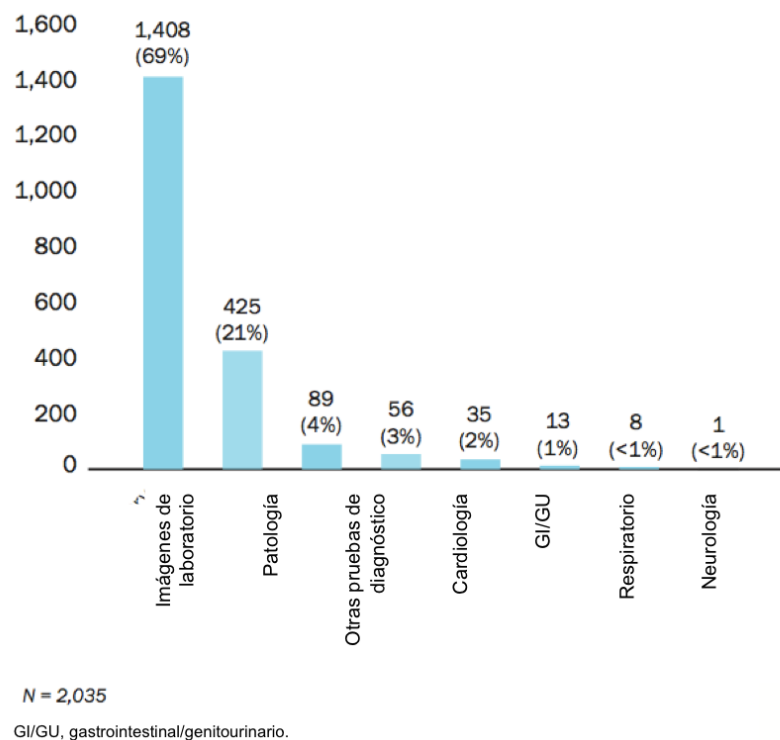
Aunque este tipo de errores ocurren en todos los ámbitos de atención, son especialmente prevalentes en la atención ambulatoria. El AHRQ estima que alrededor del 40% de las consultas de pacientes en atención primaria involucran algún tipo de examen médico; en un análisis de Coverys de 10.618 reclamos por responsabilidad profesional médica cerrados entre 2013 y 2017, se encontró que los errores relacionados con el diagnóstico representaban aproximadamente el 33% de los reclamos y el 47% de los pagos de indemnización.

Los errores en las pruebas de diagnóstico pueden dar lugar a que se pierdan o retrasen los diagnósticos o las intervenciones, aumentando así el riesgo de que los pacientes tengan resultados adversos o fatales. Otras posibles consecuencias son la duplicación de servicios, la realización de pruebas adicionales innecesarias, la insatisfacción de los pacientes y sus familias y los litigios.

Eventos de pruebas de diagnóstico por tipo

De los 4.355 eventos ocurridos en entornos de cuidados ambulatorios comunicados al ECRI Institute PSO entre diciembre de 2017 y noviembre de 2018, 2.035 (47%) implicaron pruebas de diagnóstico. La mayoría (1.408 eventos, 69%) implicaron pruebas de laboratorio; otras categorías de pruebas para las que se informaron eventos significativos incluyeron pruebas de imagen (425 eventos, 21%), patología (489 eventos, 4%), y cardiología (35 eventos, 2%). El resto de los eventos (<1%) fueron gastrointestinales/genitourinarios, respiratorios y neurológicos (Figura 1).

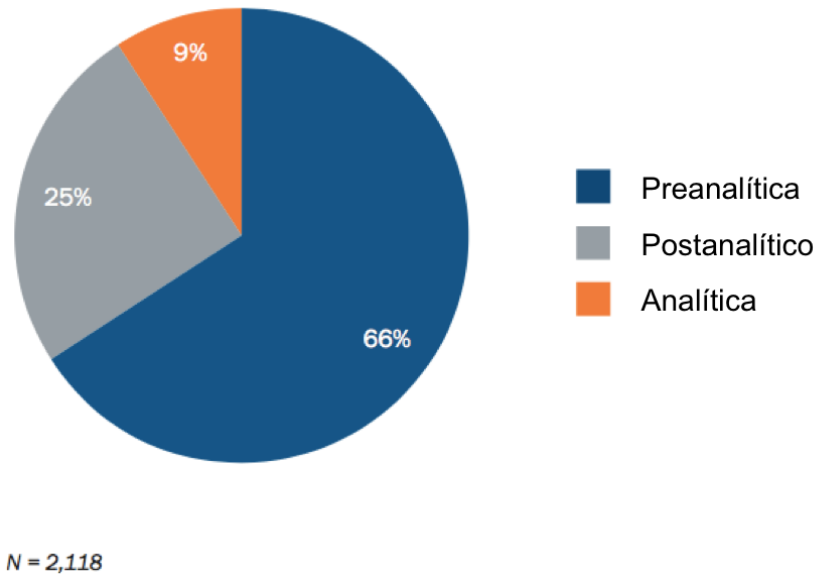
Figura 1 Eventos de pruebas de diagnóstico presentados a ECRI Institute PSO por tipo (diciembre 2017-noviembre 2018)



Eventos de pruebas diagnósticas por proceso

Como se muestra en la figura 2, la mayoría de los eventos relacionados con el diagnóstico y las pruebas se produjeron durante la fase preanalítica (1.399 de 2.118 eventos, 66%), seguida de la fase postanalítica (526 eventos, 25%). Sólo 193 de estos eventos (9%) ocurrieron durante la fase analítica, lo que significa que la mayoría ocurrieron fuera del laboratorio o del área de pruebas.

Figura 2 Eventos de pruebas de diagnóstico presentados al ECRI Institute PSO por el proceso de pruebas (diciembre 2017-noviembre 2018)



Recomendaciones

- Proporcionar herramientas de apoyo a la decisión para ayudar a los médicos a indicar los análisis y estudios de imágenes adecuados.
- Establecer una cadena de mando para comunicar los resultados de los estudios. La misma debe describir claramente quién recibirá los resultados y cuál será el proceso para comunicar los resultados al médico, así como quién aceptará los resultados si tanto el médico que los ordenó como el que los cubre están ausentes.
- Asegurarse de que la política de seguimiento identifique claramente al proveedor que recibirá y actuará en función de los resultados de cualquier prueba clínica.
- Utilice la tecnología para rastrear los resultados de las pruebas y para ayudar a asegurar el seguimiento.
- Educar al personal sobre las políticas y procedimientos de pruebas diagnósticas de la organización, incluyendo información sobre errores comunes en las pruebas diagnósticas; las mejores prácticas; las lecciones aprendidas del

estudio de casos y eventos reportados en la organización, reclamos y demandas; También se debe capacitar sobre los procedimientos de reporte de resultados de pruebas críticas, anormales y normales.

SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS

Los eventos relacionados con los medicamentos son algunos de los eventos adversos más comunes en el cuidado de la salud, y son una de las principales causas de demandas por mala praxis en el ámbito ambulatorio.

Por ejemplo, un análisis de causa raíz encontró que los errores de medicación eran la cuarta causa más común de demandas por responsabilidad profesional médica: entre más de 10.000 demandas cerradas en Coverys entre 2012 y 2016; un 42% de estos errores ocurrieron en el entorno ambulatorio.

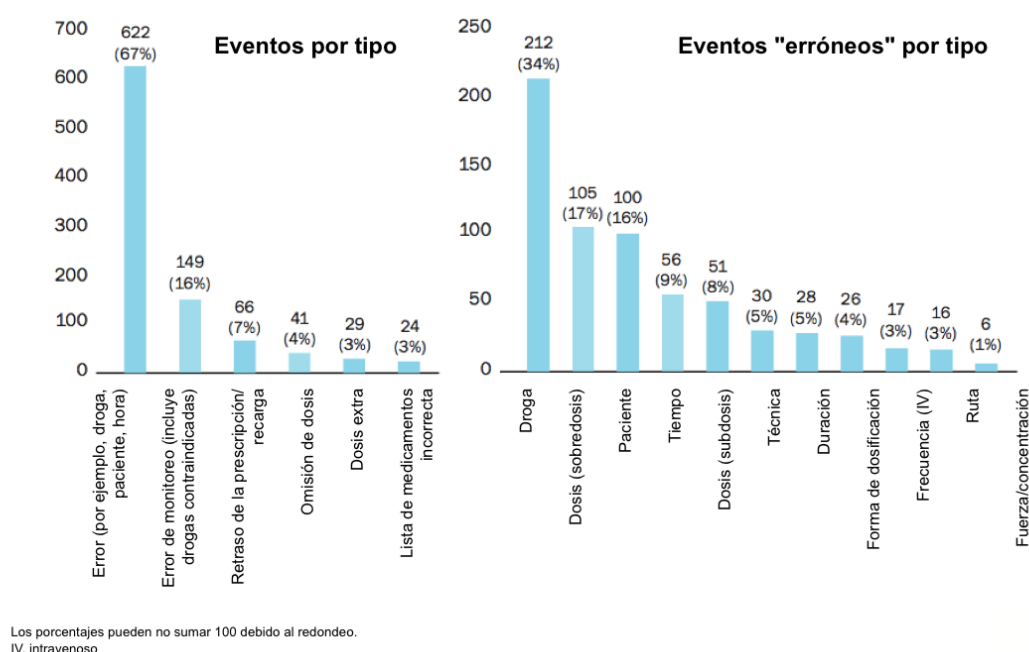
Los sucesos relacionados con la seguridad de los medicamentos siguen siendo reportados con frecuencia al ECRI Institute PSO. Esos acontecimientos pueden ocurrir durante cualquier etapa del proceso de medicación y rara vez son culpa de una persona; más bien, como ocurre con la mayoría de los acontecimientos adversos, son el resultado de una serie de fallas dentro de un sistema. Dado que los eventos adversos vinculados a la medicación pueden implicar a muchas personas, procesos y sistemas, las organizaciones deberían adoptar un enfoque multidisciplinario que emplee estrategias de seguridad y reducción de riesgos a nivel de sistema para prevenir o reducir la probabilidad de que se produzcan episodios relacionados con la medicación.

Errores de medicación por tipo

De los 4.355 eventos analizados por el ECRI Institute PSO que ocurrieron entre diciembre de 2017 y noviembre de 2018, 1.163 (27%) implicaron problemas de seguridad de los medicamentos. La mayoría de los eventos relacionados con los medicamentos (622 eventos, 67%) entraron en la categoría de errores (por ejemplo, errores de medicamentos y pacientes erróneos); otras categorías

incluyeron errores de monitoreo (149 eventos, 16%), prescripción/retraso (66 eventos, 7%), omisión de dosis (41 eventos, 4%), dosis extra (29 eventos, 3%), y lista de medicamentos incorrecta (24 eventos, 3%) (Figura 3).

Figura 3 Eventos de seguridad de los medicamentos presentados al ECRI Institute PSO (Diciembre 2017-Noviembre 2018)



De los 622 eventos que entraron en la categoría de "errores", el 34% se debió a medicamento incorrecto, el 17% a sobredosis, el 8% dosis subterapéuticas, el 16% a paciente equivocado y el 9% a errores en la frecuencia de administración, entre otros.

Recomendaciones

- Centrar los esfuerzos de mejora de la seguridad de la medicación en las esferas prioritarias (por ejemplo, la identificación y notificación de los eventos de medicación, los medicamentos de alto riesgo, la educación en materia de seguridad de la medicación, la eliminación o reducción de las abreviaturas peligrosas); desarrollar iniciativas para abordar esas esferas.

14

- Establecer y aplicar políticas y procedimientos que incorporen las mejores prácticas y directrices para cada parte del proceso de gestión de los medicamentos, y verificar que esas políticas se ajusten a los reglamentos estatales y federales, así como a las normativas de acreditación.
- Establecer definiciones estandarizadas para eventos adversos de medicación y cuasi accidentes, y establecer una política que dirija la forma de reportar y manejar tales eventos.
- Informar al personal sobre las políticas y procedimientos de medicación de la organización, incluida la información sobre errores comunes de medicación; las mejores prácticas; las lecciones aprendidas de los estudios de casos, las reclamaciones y los juicios; y los procedimientos de presentación de informes.
- Proporcionar información y capacitación, según sea necesario, cuando se adopten nuevas drogas o tecnologías relacionadas con la medicación.
- Establecer y comunicar el proceso para medicamentos de alta alerta, incluidos los agentes de quimioterapia, que abarque desde el almacenamiento hasta la administración e incorpore las mejores prácticas, normas y directrices.
- Verificar que el personal imparta la educación obligatoria al paciente cuando administre o recete medicamentos de alerta alta, y que todos los pacientes que tomen medicamentos de alerta alta sean supervisados adecuadamente.
- Establecer y comunicar el proceso de vacunación que cubra todo, desde el almacenamiento hasta la administración, y que incorpore las mejores prácticas, estándares y pautas.
- En cada cita, revisar, confirmar e introducir en el expediente clínico del paciente lo siguiente: la historia médica del paciente; edad; altura y peso; alergias; reacciones adversas a los medicamentos; medicamentos actuales (con y sin receta), suplementos y tratamientos alternativos; y cualquier cambio en los medicamentos con o sin receta con nombre y dosis, cuando esté disponible.
- Cuando se administran medicamentos, hay que tener en cuenta los siete "derechos" de la administración de medicamentos: el paciente correcto, la ruta

correcta, la dosis correcta, el momento correcto, el medicamento correcto, la razón correcta y la documentación correcta.

- Permita que el paciente tenga tiempo suficiente para planificar la adopción de la tecnología para minimizar los errores de medicación.
- Seguir las mejores prácticas al almacenar y manipular los medicamentos.
- Educar a los pacientes y a sus familias sobre las posibles complicaciones asociadas con los medicamentos que están tomando, e instruirlos sobre lo que deben hacer si ocurre un evento relacionado con la medicación.

CAÍDAS

Las caídas son a menudo acontecimientos prevenibles que pueden llevar a lesiones en los pacientes, hospitalizaciones y aumentar considerablemente los costos de la atención médica.

En la atención ambulatoria, la detección del riesgo de caídas es un componente importante para la prevención de las caídas, ya sea en el ámbito de la atención médica (ej: consultorio), en el hogar o en cualquier otro lugar. Las estrategias para la prevención de caídas en los centros de atención ambulatoria, los centros de salud comunitarios y los consultorios médicos no se estudian exhaustivamente y rara vez se dirigen a estos tres entornos.

Las caídas afectan particularmente a los adultos mayores. Cada año, más de uno de cada cuatro adultos mayores en los Estados Unidos experimenta una caída; esto incluye a los adultos mayores que viven en casas o en residencias geriátricas.

Uno de cada cinco de los pacientes que se caen sufrirá una lesión grave y aproximadamente 800.000 personas serán hospitalizadas en los EE.UU cada año con una lesión relacionada con una caída, generalmente una lesión en la cabeza o una fractura de cadera.

El costo de las caídas en 2015 se estimó en 50.000 millones de dólares. Entre 2007 y 2016, la tasa de muertes por lesiones relacionadas con caídas aumentó un 4% al año para los adultos de 85 años o más (edad ajustada por cada

100.000). Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) predicen que la incidencia de las caídas seguirá aumentando a medida que aumente el número de adultos mayores. Los proveedores de atención ambulatoria que tratan a los adultos mayores deben trabajar en equipo para ayudar a los pacientes a reducir el riesgo de caídas.

Datos:

- Los costos de la atención de pacientes lesionados por una caída son altos; el costo hospitalario promedio de una lesión por una caída es de 30,000 dólares.
- Los medicamentos que aumentan el riesgo de caídas incluyen anticolinérgicos, anticonvulsivantes, antidepresivos, antihistamínicos, antihipertensivos, antipsicóticos, benzodiacepinas, medicamentos que afectan la presión arterial, relajantes musculares, opiáceos y sedantes - hipnóticos.
- Caer una vez aumenta el riesgo de caídas posteriores. Una persona que experimenta una caída puede tener miedo de volver a caer. La disminución de la deambulación por el miedo a caerse lleva a su vez a la debilidad muscular, aumentando así la probabilidad de una futura caída.
- La mitad de las personas que experimentan una caída no informan a su médico sobre la misma. La falta de comunicación sobre la caída es problemática, ya que el historial de una caída anterior es "uno de los indicadores clínicos más importantes que identifican a un paciente de edad avanzada como de alto riesgo de caídas futuras".

Para reducir las caídas en la atención ambulatoria, las organizaciones deben proporcionar atención de manera segura y en un entorno que identifique de manera proactiva a los pacientes de alto riesgo y proporcionar educación al paciente y estrategias para prevenir las caídas.

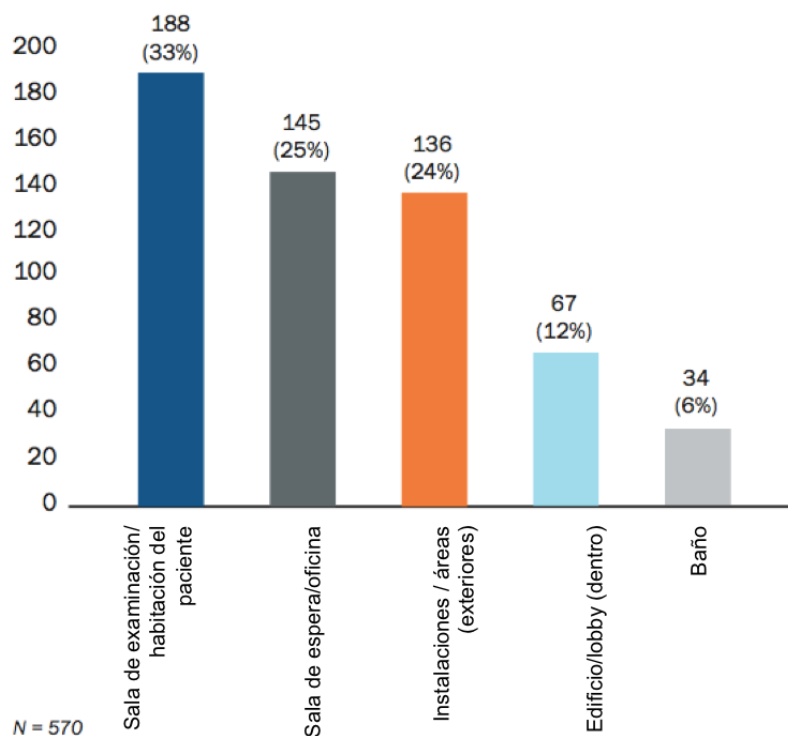
Los objetivos de un programa de prevención incluyen esfuerzos proactivos para identificar al paciente que está en riesgo de caerse para implementar estrategias para reducir la ocurrencia de incidentes relacionados con caídas y para proporcionar un ambiente de tratamiento seguro.

Los factores físicos y fisiológicos contribuyen a que el paciente sufra una caída y las consiguientes lesiones. Algunos pacientes se caen como resultado de una condición médica o de un tratamiento al que se están sometiendo. Estas caídas pueden ser predecibles y, por lo tanto, pueden ser prevenibles. Otros pacientes que no muestran ninguno de los atributos de un paciente con alto riesgo de caerse también pueden caerse. Estas caídas son extremadamente difíciles de predecir o prevenir. Por último, algunas caídas son accidentales, como resultado de un peligro ambiental, como por ejemplo un piso resbaladizo o con desorden. Con la diligencia adecuada del personal, se pueden reducir las caídas ambientales en los centros de atención ambulatoria.

Ubicación de las caídas

De los 4.355 eventos ocurridos en entornos de cuidados ambulatorios comunicados al ECRI Institute PSO entre diciembre de 2017 y noviembre de 2018, 593 (14%) implicaron caídas. Los informes de eventos que incluían una indicación de la ubicación de la caída sugieren que la mayoría de las caídas se producen en el entorno de la práctica, aunque muchas se producen en otro lugar del edificio. (Figura 4).

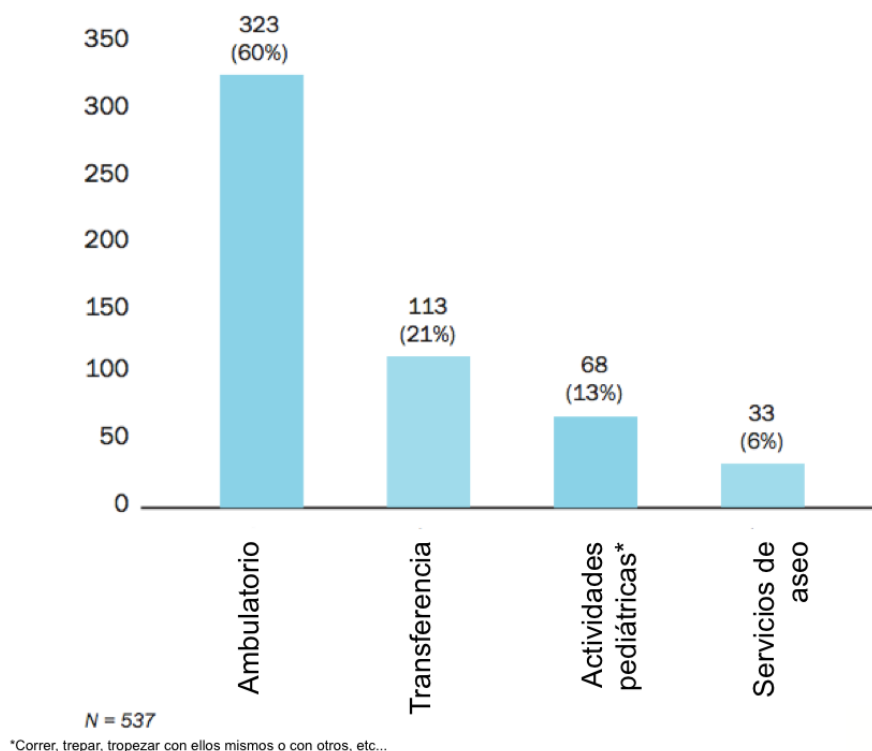
Figura 4 Eventos de caídas presentados al ECRI Institute PSO por ubicación (diciembre 2017-noviembre 2018)



Actividad en el momento de la caída

Más del 50% de las caídas ocurren cuando un paciente está deambulando. Las caídas también tienen lugar cuando un paciente se está transfiriendo (ej: de la cama a una silla) y durante el baño. (Figura 5)

Figura 5 Eventos de caídas presentados al ECRI Institute PSO por actividad en el momento del otoño (diciembre 2017-noviembre 2018)



Recomendaciones clave

- Asegurarse de que los pacientes sean examinados para detectar el riesgo de caídas en cada visita, cuando se observa un cambio en la condición, y después de una caída.
- Capacitar al personal para identificar los factores intrínsecos y extrínsecos relacionados con el riesgo de caídas cuando interactúan con los pacientes (por ejemplo: en la admisión, al realizar el examen físico y al llevar a cabo un estudio.)
- Asegurarse de que aparezca un "Alerta" en la historia clínica electrónica para advertir al médico prescriptor de que el medicamento que está prescribiendo conlleva un riesgo de caída. Esa información debe aparecer cuando se prescribe el fármaco y durante la conciliación de la medicación.

20

- Comunicar a todos los miembros del personal políticas claras y coherentes para documentar e informar sobre las caídas.
- Proporcionar materiales escritos de prevención de caídas a los pacientes y a sus familiares.
- Ofrecer a los pacientes la oportunidad de hablar sobre las caídas que le han ocurrido, y discutir sus miedos a futuras caídas; educar a los pacientes y a las familias sobre los beneficios de una mayor movilidad y autonomía.
- Asegurarse de que el riesgo de caerse, y de sufrir una lesión relacionada con una caída, se comunique efectivamente al paciente.
- Proporcionar equipos que ayuden a prevenir las caídas, como barras de sostén y asientos de inodoro elevados en todos los baños en todos los consultorios.
- Realizar rondas ambientales regularmente tanto en el interior como fuera del ámbito de atención para identificar y eliminar los riesgos que aumentan el riesgo de caídas, como equipos en mal estado, desorden o con iluminación inadecuada.

SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

Desafortunadamente, los problemas de seguridad, como la violencia en el lugar de trabajo, son comunes en la asistencia sanitaria, incluyendo los centros de atención ambulatoria.

Aunque la mayoría de los episodios de comportamiento o actos violentos son protagonizados por los pacientes, algunos son cometidos por miembros de la familia de los pacientes, otros visitantes, empleados o intrusos.

La violencia en el lugar de trabajo puede ocurrir entre pacientes y personal, entre miembros del personal, entre los mismos pacientes, entre pacientes y miembros de la familia, u otros; cada tipo requiere diferentes planes de respuesta e intervenciones.

21

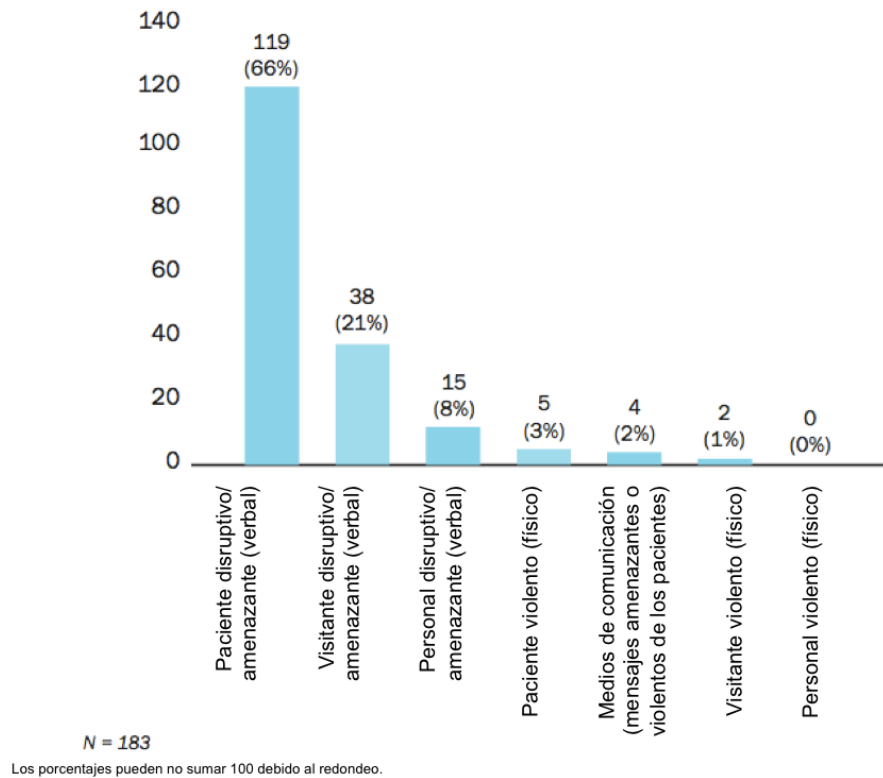
Según un estudio del Government Accountability Office (GAO) de 2016, "los trabajadores de los centros de atención de salud experimentan tasas estimadas de lesiones no fatales debidas a la violencia en el lugar de trabajo sustancialmente más altas que las de los trabajadores en general". Los proveedores de atención ambulatoria tienen el deber de proporcionar un entorno seguro para los pacientes, familiares y amigos que acompañan a los pacientes, proveedores y empleados. Tradicionalmente, muchos consultorios médicos y centros de salud comunitarios permiten un fácil acceso a sus instalaciones, y muchos no monitorean o ponen restricciones a los movimientos de los individuos en todo el centro o instalación. Como resultado, el personal se enfrenta a un mayor riesgo de exposición a encuentros problemáticos y a veces peligrosos con pacientes, familiares u otras personas que pueden significar un daño. Muchos aspectos de los eventos de violencia en el lugar de trabajo pueden mitigarse comprendiendo y anticipando las causas del comportamiento; en casi el 85% de los eventos de violencia en el lugar de trabajo, las señales de advertencia precedieron al incidente.

De los 4.355 eventos ocurridos en entornos de atención ambulatoria comunicados al ECRI Institute PSO entre diciembre de 2017 y noviembre de 2018, 208 (5%) implicaron cuestiones de seguridad o protección.

Veinticinco eventos se clasificaron en categorías adicionales, como la salida de pacientes sin ser vistos, fallas en la infraestructura y desastres naturales, pero no son el centro de atención de este informe, por lo que sólo se analizaron 183 eventos.

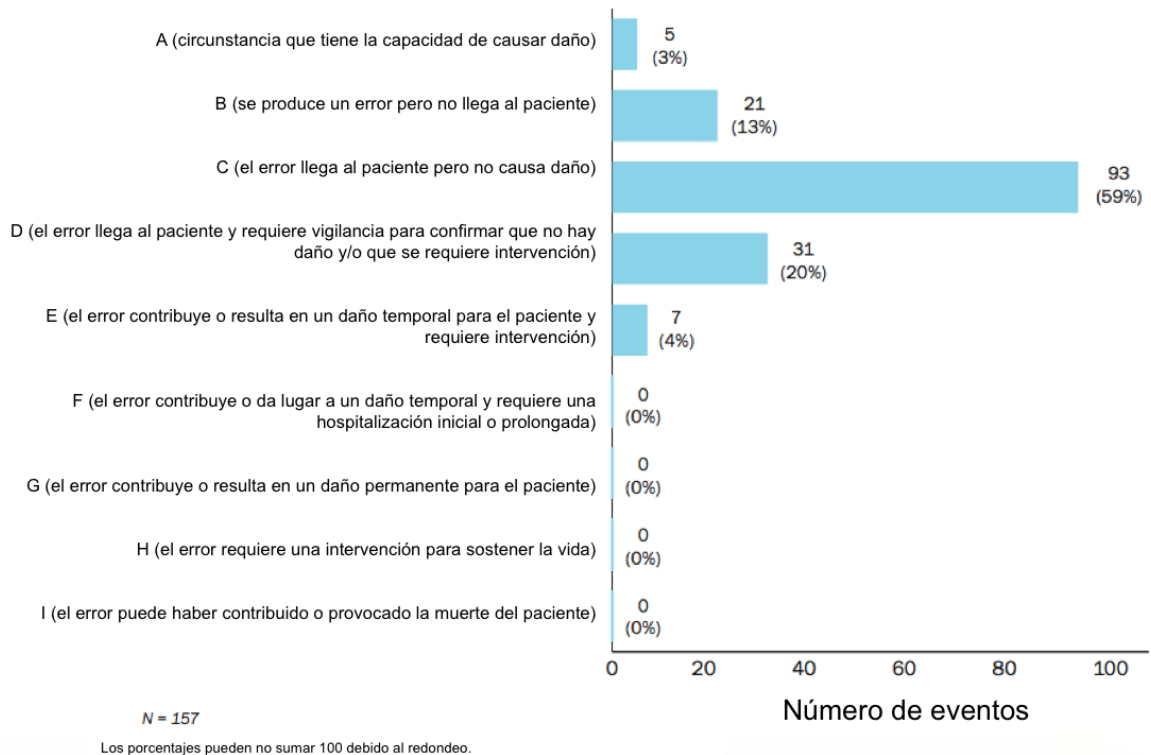
La gran mayoría de los eventos involucraron amenazas verbales o comportamiento problemático por parte de los pacientes o visitantes, incluyendo a los miembros de la familia. Si el comportamiento pasaba de la amenaza (por ejemplo, gritar, acosar) a la violencia física (por ejemplo, golpear, patear, empujar, lanzar objetos), entonces se clasificaba como comportamiento violento. Sólo 5 eventos (3%) escalaron a violencia física por parte de los pacientes. (Figura 6).

Figura 6 Eventos de seguridad y protección presentados al ECRI Institute PSO por tipo de comportamiento (diciembre 2017-noviembre 2018)



Entre los informes que incluían una puntuación de daño, el 16% se consideraban condiciones inseguras o eventos que no llegaban al paciente o al objetivo previsto del comportamiento. Se juzgó que el 83% había alcanzado el objetivo del comportamiento (categorías C a E); de éstos, se consideró que el 4% (categoría E) había causado un daño temporal que requería intervención (Figura 7).

Figura 7 Eventos de seguridad y protección presentados al ECRI Institute PSO por categoría de daño (diciembre 2017-noviembre 2018)



Recomendaciones

- Establecer un programa integral de prevención de violencia en el lugar de trabajo y asignar los recursos suficientes para el programa.
- Llevar a cabo una evaluación de riesgos de todos los peligros al menos una vez al año, incorporando los factores de riesgo relacionados con el paciente, los riesgos ambientales y los riesgos operacionales para evaluar el potencial de violencia.
- Proporcionar al personal una guía para reconocer las señales verbales y de comportamiento que sugieren que un paciente podría volverse combativo.
- Entrenar al personal sobre cómo responder a los pacientes que tengan condiciones de salud mental y que exhiben un comportamiento perturbador.
- Educar al personal en técnicas apropiadas e inapropiadas para manejar comportamientos agresivos.

24

- Realizar ejercicios de capacitación sobre violencia en el lugar de trabajo (por ejemplo, localizar salidas seguras, ayudar a los pacientes a escapar, pedir ayuda, trazar diversas respuestas a un agresor que utiliza un arma de fuego, un cuchillo o una pistola)
- Asegurarse de que todos los médicos, clínicos y el personal estén educados con respecto al código de conducta de la organización.
- Comunicar la filosofía de la organización que prohíbe el comportamiento de acoso.
- Educar al personal sobre cómo identificar y responder al comportamiento discriminatorio de un paciente o un miembro de la familia (por ejemplo, acoso sexual o la discriminación basada en la edad, el sexo, la raza, el origen étnico o la orientación sexual).
- Educar al personal sobre la importancia de reportar comportamientos discriminatorios o incidentes de intimidación, amenazas o violencia en el lugar de trabajo, ya sean perpetrados por pacientes, visitantes, médicos o personal.
- Explicar la protección contra las represalias que se ofrece a quienes denuncian el comportamiento acosador, degradante, intimidatorio, amenazante o violento de un compañero de trabajo.

Fuente:

* Traducción parcial y adaptación del Documento : DEEP DIVE Safe Ambulatory Care. Strategies for Patient Safety & Risk Reduction. 2019. Puede obtenerse el original en inglés: <https://www.ecri.org/landing-ambulatory-care-deep-dive>