

Introducción

La seguridad del paciente y la calidad de la atención son inseparables. La participación de los profesionales de la salud en la aplicación de técnicas de evaluación de riesgos, cuando es bien aceptada y participativa, brinda a los tomadores de decisiones información sobre las vulnerabilidades del sistema que aumentan el riesgo de eventos no deseados para los pacientes (y los propios operadores), que impactan negativamente en la experiencia vinculada al proceso asistencial y/o sobre el estado de salud. El método Safety Walk Round (SWR), concebido por A. Frankel (2003), destaca las "criticidades" y destaca las "soluciones" para reducir el riesgo de que ocurran estos eventos. Su aplicación está especialmente recomendada en áreas asistenciales donde otras técnicas de identificación y análisis de riesgos, como el Análisis Modal de Fallos y Efectos (FMEA) o el Análisis de Causas Raíz (RCA), parecen ser más difíciles de aplicar.

La guardia médica garantiza la continuidad de la asistencia durante todo el día y durante todos los días de la semana. Se desarrolla según la planificación territorial, para dar respuesta a las diversas necesidades vinculadas a las características geográficas y demográficas, asegurando intervenciones domiciliarias y territoriales para las urgencias nocturnas, vacacionales y prevacacionales. En 2019 hubo un total de 2.990 puntos de guardia médica en Italia, con 11.512 médicos a cargo (19 médicos por cada 100.000 habitantes), con una variabilidad considerable a nivel local, tanto en la densidad de los puntos médicos como en la densidad de médicos por tipo de adscripción (temporal/titular).

Para verificar el impacto que la nueva organización relacionada con el Servicio de Continuidad de Atención (antigua guardia médica) - introducida por la Ley Regional N° 23/11-08-2015 y basada en la colaboración de operadores de varias empresas- tuvo en la gestión de riesgos relacionados con la seguridad de los usuarios, la Agencia de Protección de la Salud de Bérgamo (Italia) implementó un proyecto innovador de experimentación de la técnica SWR en el Servicio, en colaboración con las tres Empresas Socio Sanitarias Territoriales de la provincia.

Objetivos del proyecto

1. Mejorar el conocimiento sobre situaciones de riesgo y vulnerabilidades del sistema relacionadas con la actividad del Servicio;
2. Identificar los riesgos y adoptar medidas correctoras para la reducción, a partir de la clasificación de las respuestas obtenidas por los médicos;
3. Monitorear la implementación de las medidas antes mencionadas y sus resultados en el tiempo.

Metodología

SWR es una metodología estructurada de evaluación de riesgos, basada en entrevistas realizadas por miembros de la gerencia (o sus delegados) a grupos de operadores (y gerentes de unidades operativas y servicios) sobre temas de seguridad y las causas que pueden ocasionar eventos adversos o situaciones críticas para los pacientes. Se utilizaron 13 preguntas (Box 1), garantizando la confidencialidad de los datos proporcionados durante las entrevistas. Para el análisis de los datos recolectados se siguieron cinco pasos: 1) ingresar las respuestas de cada médico entrevistado en una base de datos electrónica; 2) categorizar, utilizando la taxonomía de Vincent, las factores contribuyentes a las "criticidades" encontradas; 3) asociar las "soluciones" que surgieron durante la entrevista con cada "criticidad"; 4) ordenar las "criticidades" surgidas por prioridad de riesgo; 5) identificar las acciones a incluir en el plan de mejora

Resultados

La mayoría de los médicos del Servicio trabajaban en forma temporal. Los accesos de los usuarios se produjeron principalmente en los puntos médicos del Servicio. Aproximadamente la mitad de los accesos se produjeron durante el turno de noche. (Fig. 1)

Entre marzo-mayo de 2019 se realizaron 15 entrevistas a pequeños grupos de médicos del Servicio con la técnica SWR. Participaron 81 médicos, de los cuales el 75% < 40 años y el 57% mujeres.

Las respuestas a las preguntas P1-P5 destacaron 306 subfactores de riesgo contribuyentes a "problemas críticos", que se pueden clasificar en 6 macroáreas (Fig. 2). Los más comunes fueron: el diseño, disponibilidad y mantenimiento de equipos, dispositivos, activos; la estructura organizativa y los lineamientos y objetivos estándar; comunicaciones y entregas escritas/orales; los conocimientos y habilidades de los médicos; la disponibilidad y el uso de protocolos. Los subfactores directamente atribuibles a los pacientes fueron: la barrera del idioma, la comunicación, la personalidad y algunos factores sociales.

De las respuestas a las preguntas P8-9 y P12 surgieron 365 "soluciones", resumidas en 9 categorías (Fig. 3). Las "soluciones" más recurrentes fueron: poner en marcha un sistema informático en sustitución del sistema en papel, junto con protocolos y guías compartidas para los médicos; mejorar las condiciones de trabajo y la seguridad de los propios médicos; mejorar la formación (especialmente para las nuevas contrataciones); fomentar una mayor comunicación y colaboración con los médicos de atención primaria y con los pediatras.

Conclusiones

- Los participantes apreciaron la técnica SWR y la realización de las entrevistas (feedback positivo).
- Parte de las soluciones propuestas se implementaron (ejemplo: historia clínica informatizada, número de teléfono único y mejora del triage de los pacientes, formación, etc.)
- El Plan Nacional de Recuperación y Resiliencia y la financiación relacionada son una palanca adicional para mejorar el Servicio, utilizando los resultados del proyecto (lógica basada en evidencia).
- La técnica SWR debe ser aplicada nuevamente, especialmente después de la implementación de cambios estructurales y organizacionales sustanciales, para monitorear la efectividad de las soluciones adoptadas y la identificación de nuevos riesgos potenciales.

BOX 1. LISTA DE PREGUNTAS DIRIGIDA A PEQUEÑOS GRUPOS DE MÉDICOS DURANTE LAS ENTREVISTAS PROPORCIONADAS CON LA TÉCNICA SWR

1. *Ha podido seguir a sus pacientes de la manera más segura esta semana? Si no, ¿por qué?*
2. *¿Cuáles son las tres áreas más problemáticas para su práctica laboral (con referencia a la seguridad del paciente) para usted (en su punto médico)?*
3. *¿Puede describir cómo la comunicación dentro de su equipo operativo puede facilitar o dificultar la calidad y seguridad de la asistencia?*
4. *¿Puede describir cómo trabaja en equipo en su punto médico?*
5. *¿Hubo eventos cercanos que podrían haber causado daño al paciente?*
6. *Cuando comete/intercepta un error, ¿tiene la disponibilidad/posibilidad de discutirlo dentro de su punto médico sin temor? Si es así, ¿con quién?*
7. *¿Ha implementado estrategias personales para evitar que se produzcan posibles errores?*
8. *¿Qué se podría hacer para prevenir el próximo evento adverso?*
9. *¿Qué cree que se podría hacer regularmente en su punto médico para mejorar la seguridad del paciente?*
10. *¿Han expresado sus pacientes o sus familiares preocupaciones sobre la seguridad?*
11. *¿Ha discutido temas de seguridad con los pacientes o sus familias?*
12. *¿Qué intervención de liderazgo en particular haría que su trabajo fuera más seguro para los pacientes?*
13. *¿Qué haría que esta entrevista fuera más efectiva?*

FIGURA 1. INFORMACIÓN DE CONTEXTO RELATIVA AL SERVICIO DE CONTINUIDAD DE ATENCIÓN (ANTIGUA GUARDIA MÉDICA) - BÉRGAMO

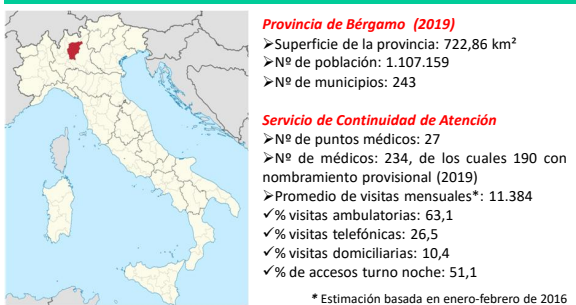


FIGURA 2. DISTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES CONTRIBUYENTES A LAS CRITICIDADES REFERIDAS, POR MACROÁREA Y NÚMERO

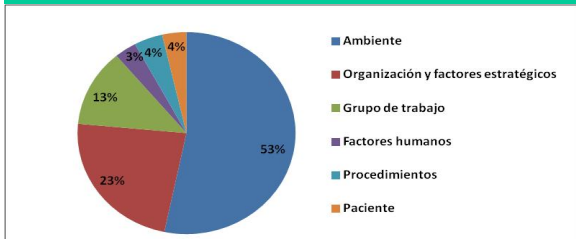


FIGURA 3. DISTRIBUCIÓN DE LAS SOLUCIONES PROPUESTAS, POR CATEGORÍA Y NÚMERO

