

RESOLUCIÓN 125/2019, de 21 de febrero, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, para garantizar la adecuada gestión de los eventos adversos graves que se produzcan como resultado no deseado de la asistencia sanitaria.

El Plan de Salud de Navarra 2014-2020, al igual que el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS) y otras organizaciones internacionales, considera la seguridad del paciente como el componente clave de la calidad asistencial.

Los actuales sistemas de prestación de servicios de salud se caracterizan por la combinación de procesos de gran complejidad, con importantes avances tecnológicos y múltiples interacciones humanas, que aportan beneficios importantes a la sociedad, pero que también conllevan un mayor riesgo de que ocurran sucesos adversos con diversos grados de morbilidad.

El enfoque de las estrategias para mejorar la seguridad del paciente cambia a partir del informe “To err is human” en 1999, se acepta que los humanos somos falibles y que en un sistema tan complejo como el sanitario, se van a seguir produciendo errores, cuyo origen no está en la malicia de las personas, sino en la complejidad y diversidad del propio sistema. El error se convierte en una forma reactiva de identificar y reparar las fallas del sistema para que no vuelvan a repetirse.

Para identificar estas fallas, una de las estrategias más extendidas a nivel internacional son los sistemas de notificación de incidentes que permiten la comunicación y el registro de eventos, circunstancias o errores que afectan a la seguridad de los pacientes, generalmente notificados por los propios profesionales implicados en dichos incidentes.

Los eventos adversos (EA), se han definido como incidentes de seguridad que causan daño a uno o más pacientes. Se ha demostrado que el estudio de los EA mejora la seguridad porque alerta de nuevos riesgos, permite compartir la información sobre nuevos métodos para prevenir errores introduciendo barreras y acciones que impidan su recurrencia y contribuye a mejorar el clima de seguridad en los ámbitos de trabajo.

De acuerdo con el artículo 18.5 de la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, sobre derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra, el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea en colaboración con el MSCBS y otras CCAA, puso en marcha el sistema de notificación y aprendizaje de incidentes de seguridad del paciente, que tiene carácter voluntario y preserva el anonimato y la confidencialidad de los profesionales y pacientes involucrados en dichos eventos, garantizando que la totalidad de los datos son tratados de tal manera que terceras personas no legitimadas no puedan identificar en modo alguno sus identidades.

El Código de Deontología Médica refiere que al ser el sistema sanitario el instrumento principal de la sociedad para la atención y promoción de la salud, los médicos han de velar para que en él se den los requisitos de calidad, suficiencia asistencial y mantenimiento de los principios éticos, estando obligados a denunciar las deficiencias, en tanto puedan afectar a la correcta atención a los pacientes (artículo 7.5).

El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea ha tomado dos iniciativas para mejorar la gestión ante la ocurrencia de un evento adverso grave:

- En junio de 2016 se presentó la Guía de Recomendaciones para la gestión de la atención al paciente y a los profesionales tras la ocurrencia de un EA, con el objetivo de ayudar a todos los centros a desarrollar un plan de respuesta ante un EA, con una herramienta práctica y concisa que oriente sus esfuerzos, antes de que sea necesario utilizarlo y, con una particular orientación a restablecer la situación tanto del paciente y su familia, como la de los profesionales. (<http://intranet.gccorporativa.admoncfnavarra.es/SbASI/SEySA/DocumentacionSEySA/Seguridad/Guía%20de%20recomendaciones%20para%20afrentar%20un%20EA%20en%20los%20centros%20del%20SNS-O.pdf>)

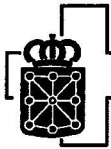
- Fundamentado en diferentes experiencias internacionales, que destacan un aumento de la confianza de los usuarios en el sistema sanitario cuando se aplica una política de comunicación franca de los EA con los pacientes, en enero de 2018, los servicios jurídicos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea elaboraron un Procedimiento Normalizado de Trabajo con el objetivo de normalizar el circuito mediante el cual se proporciona al paciente o familiar la información para que éstos puedan iniciar una reclamación de responsabilidad patrimonial tras producirse un evento adverso grave centinela, evitando en lo posible la vía judicial.

En base a estas premisas, para garantizar la adecuada gestión de un evento adverso y en virtud de las facultades conferidas por los Estatutos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, aprobados por Decreto Foral 171/2015, de 3 de septiembre,

RESUELVO:

1º.- Asegurar que los eventos adversos del Anexo adjunto a esta Resolución que ocurran en los centros del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea sean notificados y analizados para garantizar la seguridad de los pacientes a través del aprendizaje que los profesionales y la organización pueden obtener de su análisis y la implantación de las acciones que de ellos se deriven.

2º.- Enmarcar en la Guía de Recomendaciones para los EA y su correspondiente adaptación a cada centro, que serán la referencia que oriente la adecuada gestión de la atención al paciente y a los profesionales tras la ocurrencia de un EA en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.



3º.- Seguir el siguiente procedimiento de notificación:

a) Serán objeto de notificación todos los eventos centinela enunciados en el anexo adjunto que ocurran y se fomentará que se notifiquen el resto de EA.

b) Los profesionales deberán notificar al responsable de su Servicio o Unidad, la ocurrencia de los incidentes descritos facilitándole toda la información disponible, así como el material, medicación o equipos implicados en los mismos, si los hubiera.

El responsable del Servicio o Unidad correspondiente deberá remitir la notificación a la Dirección del centro, quien a su vez transmitirá de inmediato la información al responsable del Comité de Seguridad del Paciente de su centro y al Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

El Comité de Seguridad del Paciente elaborará un informe que incluya el análisis pertinente y las conclusiones extraídas del incidente notificado que elevará a la Dirección del centro.

La Dirección del centro deberá aprobar dicho informe y remitirlo a la Sección de Calidad Asistencial y Seguridad Clínica y a la Dirección de Asistencia Sanitaria al Paciente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

4º.- Trasladar esta Resolución a la Dirección de Asistencia Sanitaria al Paciente y al Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea; a la Gerencia del Complejo Hospitalario de Navarra; a la Gerencia de Atención Primaria; a la Gerencia de Salud Mental; a la Gerencia del Área de Salud de Tudela; y a la Gerencia del Área de Salud de Estella/Lizarra, a los efectos oportunos.

Pamplona, veintiuno de febrero de dos mil diecinueve.

**EL DIRECTOR GERENTE
DEL SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA**



Oscar Moracho del Río

ANEXO: LISTADO DE EVENTOS CENTINELA DEL NATIONAL QUALITY FORUM 2011 (2ª Edición)

Definición de Evento centinela: evento inesperado que implica muerte o daño físico o psicológico severo, o el riesgo de causarlo. El daño severo incluye la pérdida de un miembro o función. Se denomina "centinela" a estos eventos porque señalan la necesidad de realizar una investigación inmediata y dar una respuesta (JCAHO, 2002).

1. EVENTOS DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O INVASIVO

- 1A. Cirugía u otro procedimiento invasivo realizado en el sitio incorrecto.
- 1B. Cirugía u otro procedimiento invasivo realizado en el paciente equivocado.
- 1C. Procedimiento quirúrgico u otro procedimiento invasivo incorrecto realizado en un paciente.
- 1D. Retención involuntaria de un objeto extraño en un paciente después de una cirugía u otro procedimiento invasivo
- 1E. Muerte intraoperatoria o inmediatamente postoperatoria / posprocedimiento en un paciente con ASA1

2. EVENTOS DE PRODUCTOS O DISPOSITIVOS

- 2A. Muerte del paciente o incapacidad grave asociada con el uso de medicamentos, dispositivos o productos biológicos contaminados proporcionados en un centro sanitario.
- 2B. Muerte del paciente o incapacidad grave asociada con el uso o la función de un dispositivo en la atención al paciente, en el que el dispositivo se utiliza o funciona de forma distinta a la prevista.
- 2C. Muerte de un paciente o incapacidad grave asociada con un embolismo aéreo intravascular que ocurre mientras se lo atiende en un centro sanitario

3. EVENTOS DE PROTECCIÓN DEL PACIENTE

- 3A. El alta o la liberación de un paciente / residente de cualquier edad, que no pueda tomar decisiones, a otra persona que no sea la autorizada.
- 3B. Muerte del paciente o incapacidad grave asociada con el fuga del paciente (desaparición).
- 3C. El suicidio de un paciente, el intento de suicidio o la autolesión que resulta en incapacidad grave, en el curso de un proceso de atención al paciente en un centro sanitario.

4. EVENTOS DE MANEJO DE CUIDADO

- 4A. Muerte del paciente o incapacidad grave asociada con un error de medicación.
- 4B. Muerte del paciente o incapacidad grave asociada con la administración insegura de hemoderivados.
- 4C. Muerte materna o incapacidad grave asociada con el trabajo de parto o el parto en un embarazo de bajo riesgo mientras se la atiende en un centro sanitario.
- 4D. Muerte o incapacidad grave de un neonato relacionado con el trabajo de parto o el parto en un embarazo de bajo riesgo
- 4E. Muerte de un paciente o incapacidad grave asociada con una caída mientras se le atiende dentro o en un entorno de atención sanitaria.
- 4F. Cualquier úlcera por presión estadio 3, 4, inestables, adquiridas después de la admisión en un centro sanitario.
- 4G. Inseminación artificial con el espermatozoide de donante incorrecto o el óvulo incorrecto.
- 4H. Muerte del paciente o incapacidad grave como resultado de la pérdida irreparable de una muestra biológica irremplazable.
- 4I. Muerte del paciente o incapacidad grave resultante de la falta de seguimiento o comunicación de resultados de pruebas de laboratorio, anatomía patología o radiología.

5. EVENTOS AMBIENTALES

- 5A. Muerte del paciente o del personal o incapacidad grave asociada con una descarga eléctrica en el curso de un proceso de atención al paciente en un centro sanitario.
- 5B. Cualquier incidente en el que los sistemas designados para que el oxígeno u otros gases indicados para el paciente no contenga oxígeno o bien contenga otro gas, o se encuentre contaminado por sustancias tóxicas.
- 5C. Muerte del paciente o del personal o incapacidad grave asociada con una quemadura provocada por cualquier fuente en el curso de un proceso de atención al paciente en un centro sanitario.
- 5D. Muerte del paciente o incapacidad grave asociada con el uso de restricciones físicas o barandillas durante la atención en un centro sanitario

6. EVENTOS RADIOLÓGICOS

- 6A. Muerte o incapacidad grave de un paciente o personal asociado con la introducción de un objeto metálico en el área de Resonancia Magnética.

7. EVENTOS PENALES POTENCIALES

- 7A. Cualquier atención ordenada o proporcionada por alguien que se haga pasar por un médico, una enfermera, un farmacéutico u otro proveedor de atención médica con licencia.
- 7B. Secuestro de un paciente / residente de cualquier edad.
- 7C. Abuso / agresión sexual a un paciente o miembro del personal dentro de un entorno de atención sanitaria.
- 7D. Muerte o incapacidad grave de un paciente o miembro del personal como resultado de una agresión física que se produce dentro o en un entorno de atención sanitaria.