



# Capítulo 1- Importancia de la Seguridad del Paciente

***Eduardo Sierra***

*Médico. Experto en Gestión de riesgos sanitarios*



# Índice



- ▶ ¿De qué hablamos al referirnos a Seguridad del Paciente?
- ▶ Conceptos básicos. Taxonomía en Seguridad del Paciente
- ▶ Errores humanos y Fallos del Sistema
- ▶ Cultura de la culpa versus cultura de la seguridad
- ▶ Del riesgo al Evento Adverso

# SEGURIDAD DEL PACIENTE

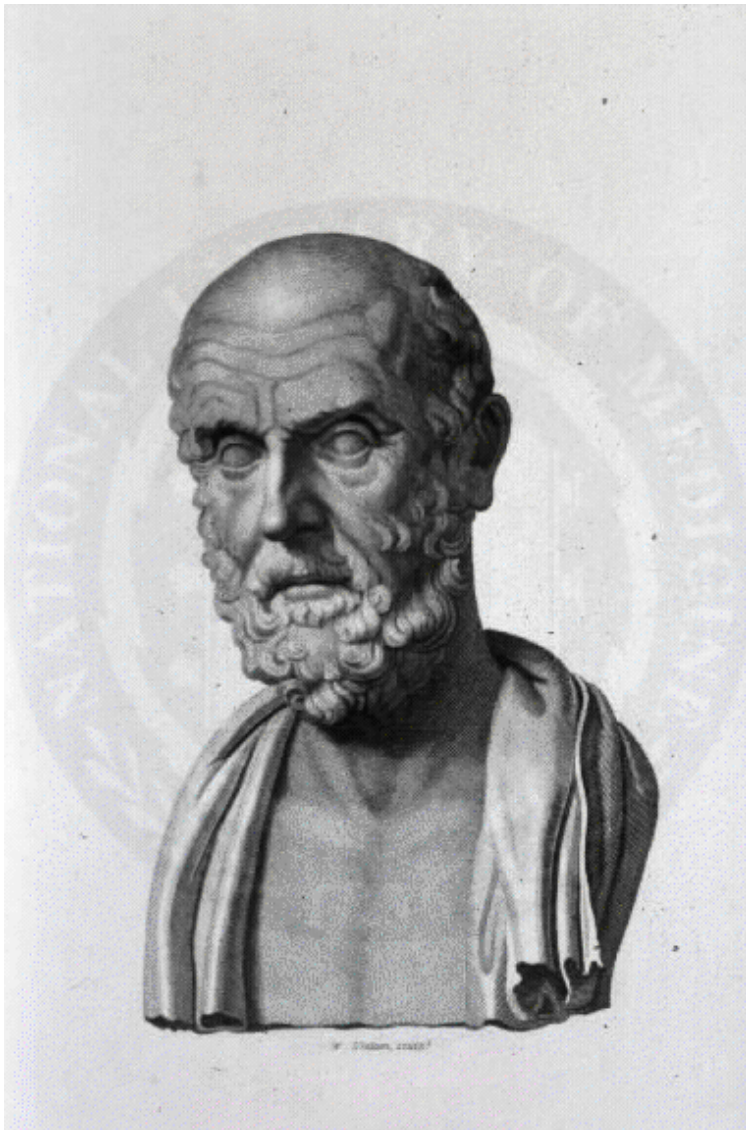
## ¿De qué estamos hablando?

Reducción al mínimo del riesgo de producir daño innecesario o potencial relacionado con la atención sanitaria.

**Incidente:** circunstancia que podría haber provocado o que provocó un daño innecesario al paciente

**Evento adverso:** incidente que produce daño al paciente

# PRIMUM NON NOCERE



460 a. C., Isla de Cos, Grecia

**Los Eventos Adversos son el precio a pagar por los modernos métodos de diagnóstico y tratamiento. Barr JAMA 1955**

**La Medicina que en el pasado solía ser simple, poco efectiva y relativamente segura, en la actualidad se ha transformado en compleja, efectiva, pero potencialmente peligrosa  
Chantler C. Lancet 1999**

# Dimensiones de la Calidad asistencial



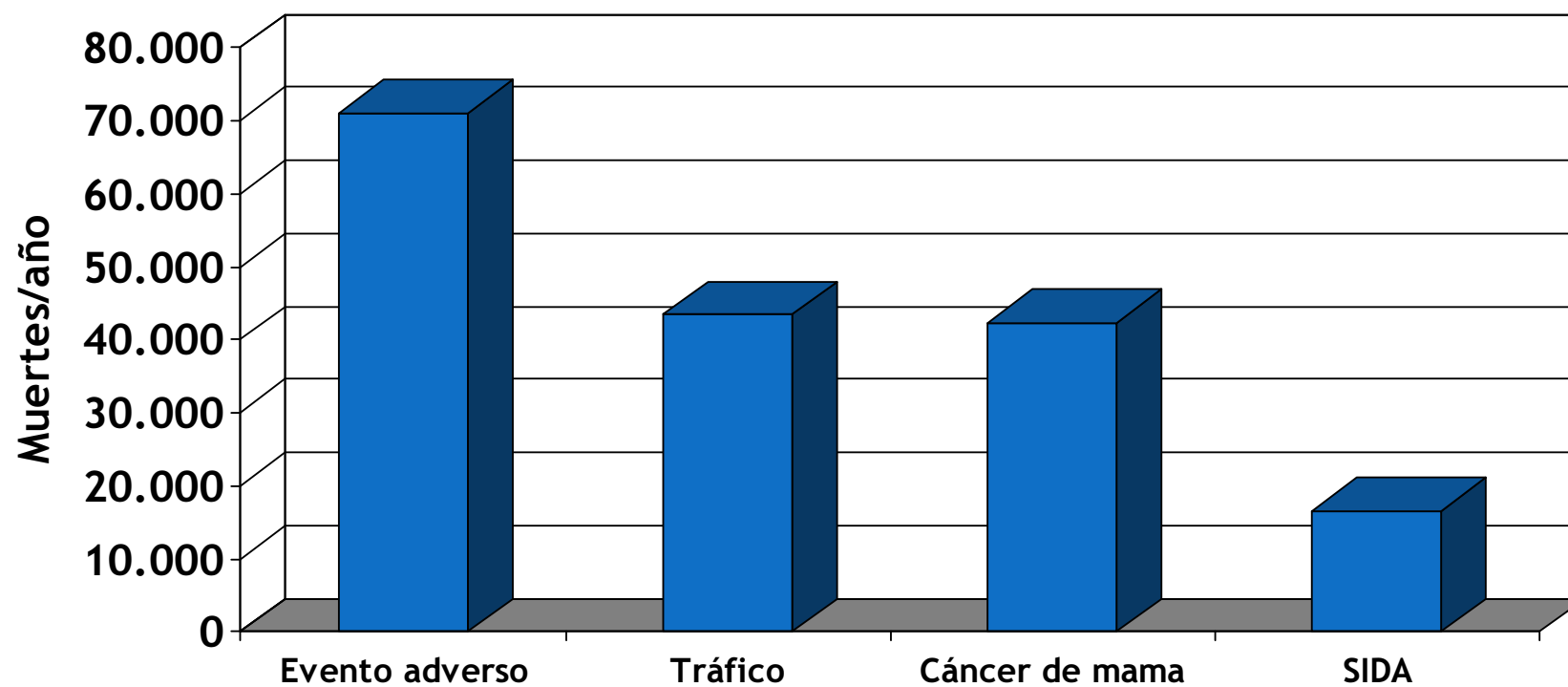
***“Medida en que los servicios de salud para el individuo y para la población aumentan la probabilidad de obtener los deseados resultados de salud consistentes con el conocimiento profesional del momento”.***

Institute of Medicine (IOM), EEUU

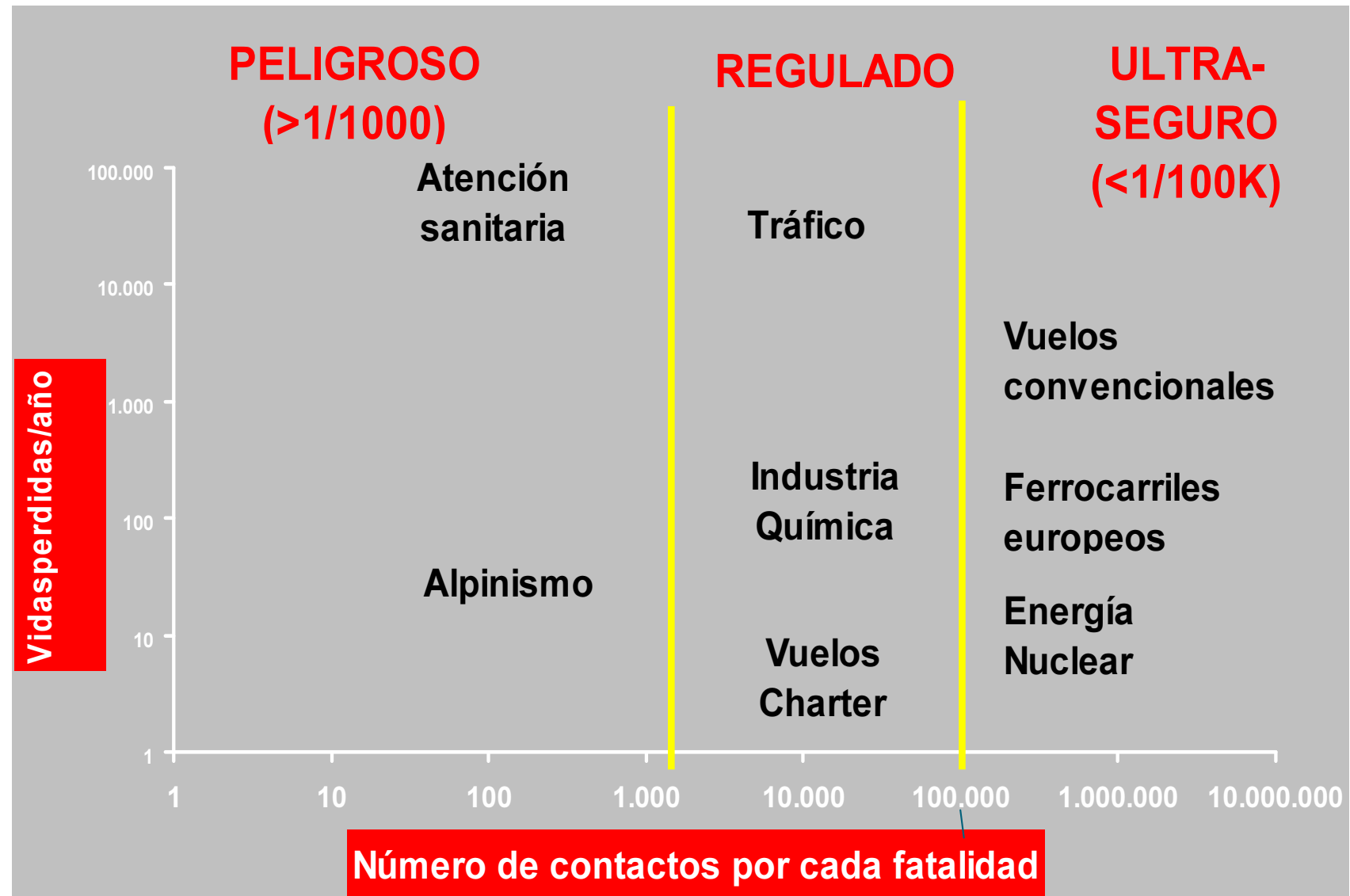
# Errores médicos más comunes que pueden ser prevenidos



# ALCANCE DEL PROBLEMA



# Atención sanitaria. Actividad de riesgo



Lucian Leape, 2001

## AVIACIÓN. ¿Cómo han evolucionado los riesgos?

- ▶ Un pasajero promedio tiene que volar durante 438 años seguidos para tener un accidente con consecuencia de muerte
- ▶ Riesgo de morir en un accidente de aviación es de  $1/8.000.000$
- ▶ Década de los 60-70 el riesgo era de  $1/2.000.000$

## Y ¿ en el caso sanitario?

### Anestesia:

la mortalidad en  
15 años, de  
1/10.000 a  
1/200.000

en pacientes  
de riesgo bajo



Scenarios are challenging  
medically, technically, and  
in terms of teamwork



## PRINCIPALES CAMBIOS EN LA ATENCIÓN SANITARIA que inciden en la Seguridad

- ▶ Avances tecnológicos
- ▶ Atención sanitaria fragmentada. Especialización
- ▶ Multitud de tratamientos diferentes
- ▶ Aumento de los procedimientos invasivos
- ▶ Tratamientos sofisticados sin una infraestructura suficiente para llevar a cabo la actividad
- ▶ Pacientes mas informados y demandantes de resultados
- ▶ Mayor demanda y oferta de pruebas

# Los conceptos básicos



## Riesgo

Probabilidad de que ocurra un incidente.  
(CISP-OMS 2009)

**Incidente** : Acontecimiento o situación imprevista o inesperada que puede producir o no daño al paciente.

Se considera **incidente sin daño** aquél que bien por casualidad o bien por una intervención determinada a tiempo, no ha producido daños, ni pérdidas al paciente; pero que en otras circunstancias podría haberlo producido. **(near miss, EA Potencial)**

El incidente con daño se conoce como **evento adverso**.

# Error



**error**: Es una desviación de la práctica aceptada como correcta, independientemente del efecto que produzca en el paciente.

En la práctica sanitaria el error se puede deber a tres causas:

- realizar acciones innecesarias,
- realizar de forma incorrecta actuaciones necesarias (útiles o indicadas)
- o la omisión de estas actuaciones.

Las dos primeras serían los errores de comisión y la última de omisión.

# El mismo error puede tener diferentes consecuencias.



**Error:**  
**Causes and**  
**consequences are**  
**not linear in their**  
**magnitude**





Modificado de Aranaz y col.

# Errores activos y fallos del sistema



## Errores activos

- Ocurren en el punto de contacto con el paciente.
- Se producen por : fallos de la atención, despistes, distracciones, lapsus, errores de valoración, **incumplimiento de normas establecidas.**

## Factores contribuyentes son:

- falta de entrenamiento o formación, la fatiga, la sobrecarga de trabajo y el estrés son condicionantes que pueden contribuir a su producción.

## Condiciones latentes o fallos del sistema

- Incluyen: circunstancias y fallos que dependen
  - cultura de la organización y el
  - diseño de actividades y procesos etc..
  - Funcionamiento dispositivos, tecnología etc

# Evento adverso



**evento adverso:** Incidente que causa daño a un paciente.

(CISP-OMS 2009)

Un evento adverso es un suceso no deseado e imprevisto que tiene consecuencias negativas perdurables o no para el paciente o la propia institución sanitaria, como consecuencia de la atención sanitaria.

EJEMPLO: La caída de un paciente o la incorrecta administración de medicación que producen un efecto negativo en el paciente.

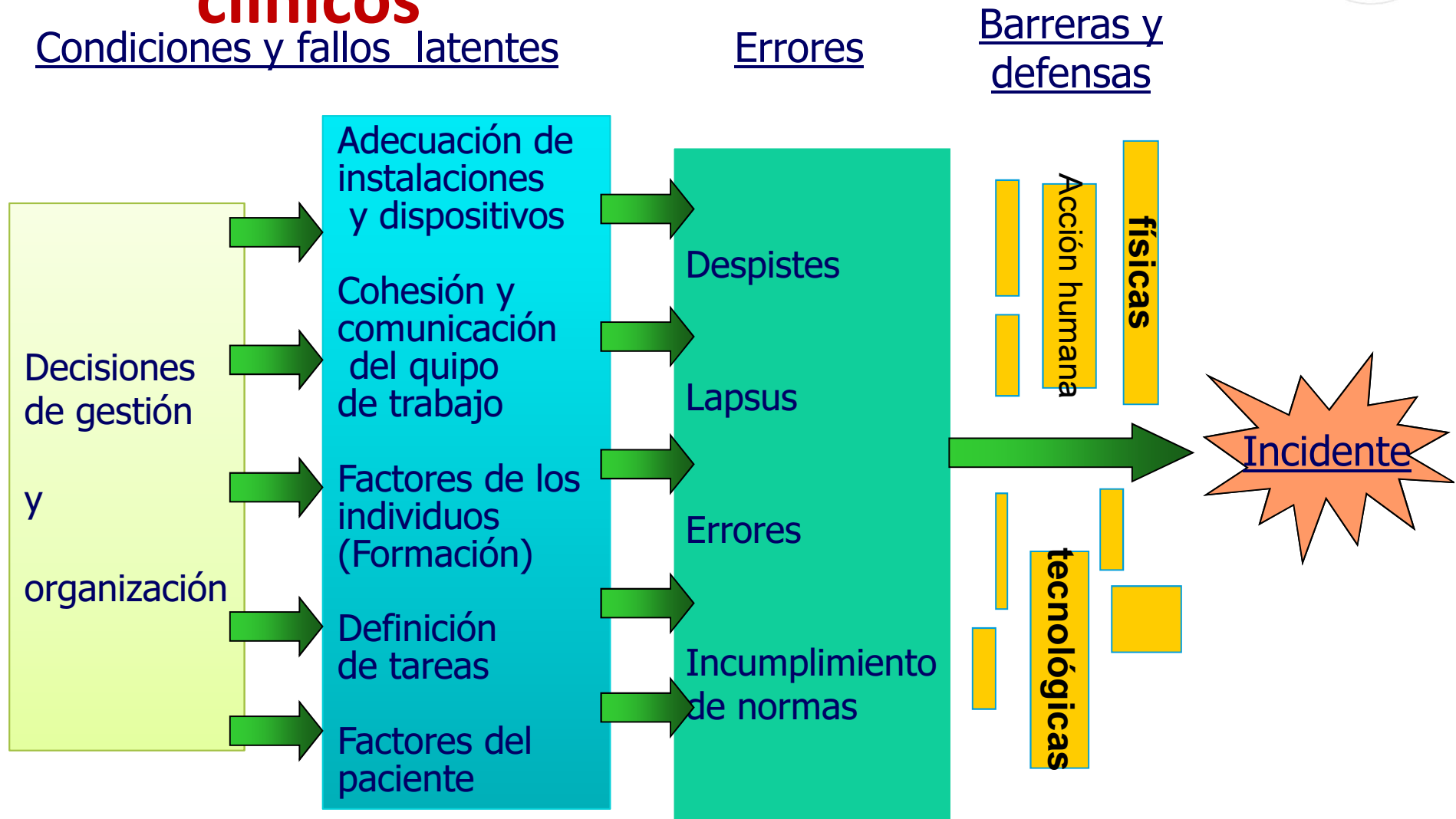
**evento centinela:**

Es un suceso imprevisto que causa la muerte o graves daños físicos o psicológicos, o tiene riesgo de causarlos.

Se llama “centinela” porque su ocurrencia sirve de alarma y obliga a la organización a su evaluación inmediata y a dar una respuesta para controlar la aparición de nuevos casos.

# Análisis sistemático de incidentes

## clínicos



# Origen de los riesgos para los pacientes



## **gestión de riesgos:**

Conjunto de actividades coordinadas destinadas a prevenir y controlar el riesgo en una organización.

Dirigida a evitar eventos adversos que afecten a:

- Personas: pacientes, personal sanitario, directivos y demás trabajadores.
- Instalaciones: edificios, equipos y dispositivos médicos, mobiliario, medio ambiente,...
- Recursos económicos: inversiones, fondos de crecimiento y desarrollo, recursos de investigación,...
- Prestigio y el renombre de la institución y sus profesionales: satisfacción del personal, reputación, propiedad intelectual, relevancia, atracción de clientes,...

# Modelo. Resumen



**El Evento adverso es el concepto principal**

**No existe EA sin daño al paciente**

**El daño es causado por la atención sanitaria y  
no por la patología de base**

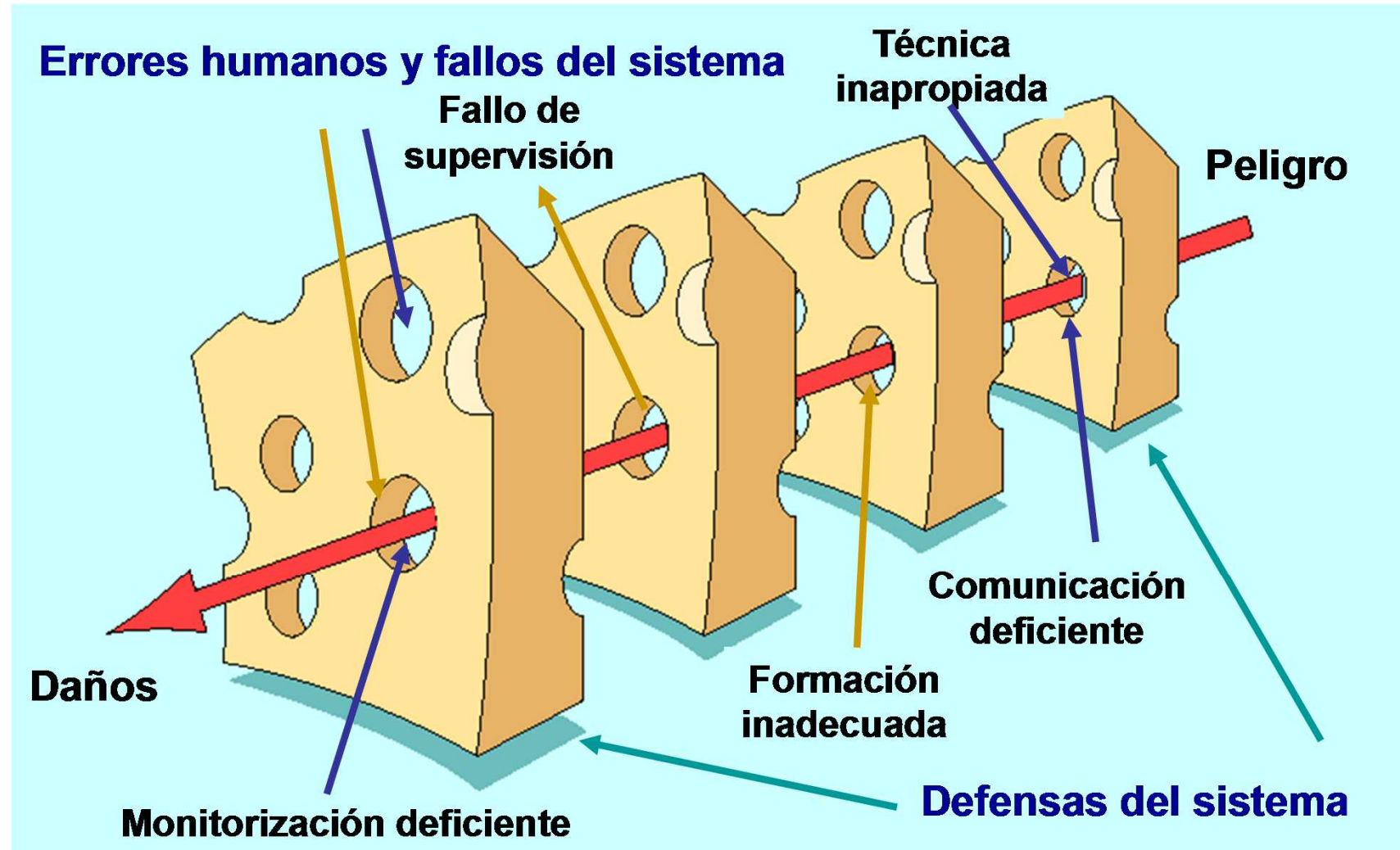
**¿Es un EA evitable? 3 condiciones:**

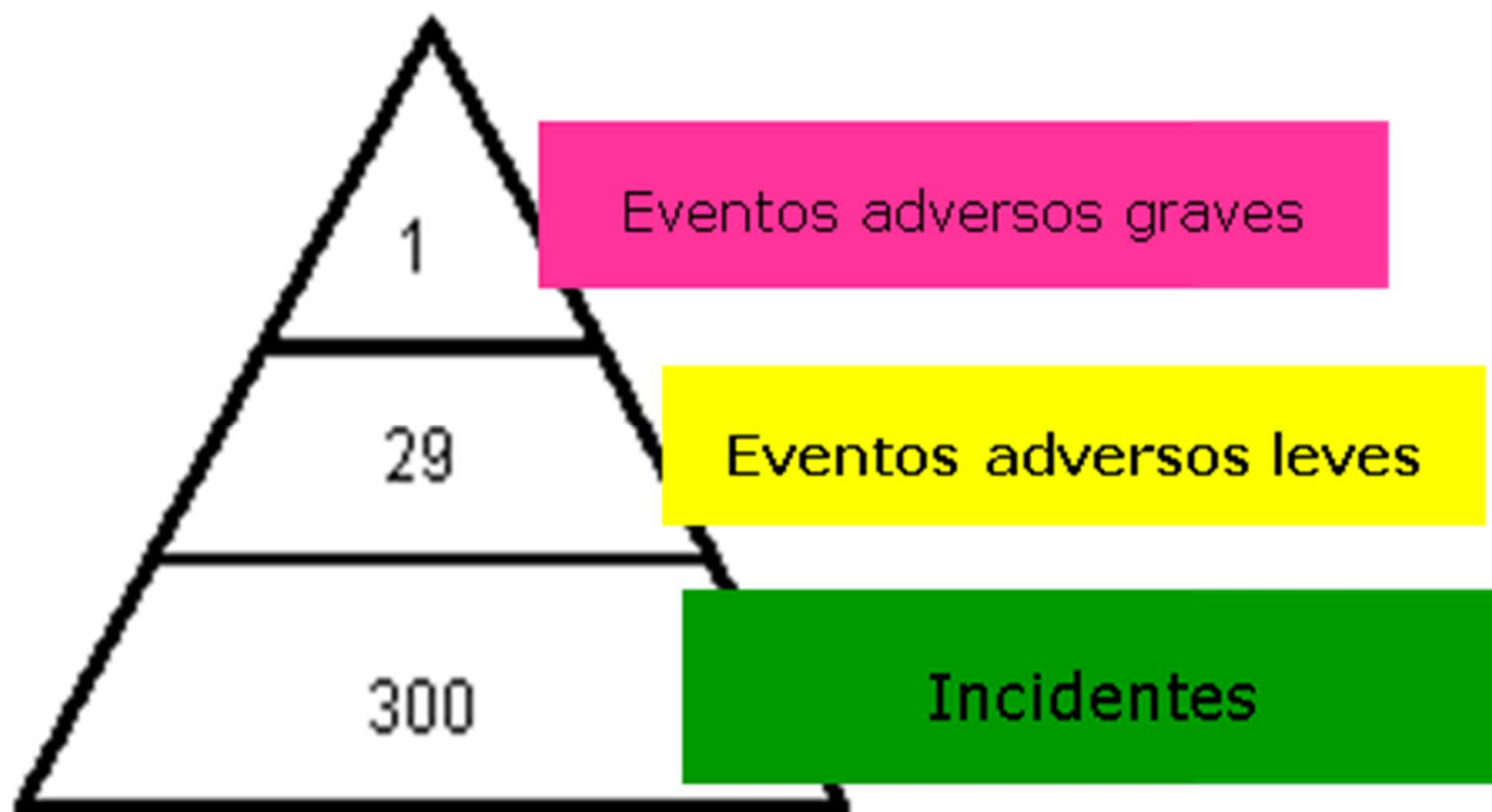
- **Daño en el paciente**
- **Error: la existencia de error es la que condiciona el concepto de evitabilidad.**
- **Relación causal**

**¿Cómo identificamos si la actuación clínica es errónea o no?**

- **Comparando la atención prestada con un referente ( Evidencia Científica)**
- **Si no existe evidencia científica o es contradictoria: Opinión expertos**

## Modelo de Reason: El queso suizo





# MODELO CENTRADO EN LA PERSONA. CULTURA DE LA CULPA



## Las personas cometen ERRORES POR:

- ✓ escasa atención
- ✓ falta de motivación
- ✓ olvidos y descuidos
- ✓ falta de cuidado
- ✓ negligencia
- ✓ imprudencia

## La RESPUESTA ES:

- ✓ miedo
- ✓ medidas disciplinarias
- ✓ amenaza de denuncia
- ✓ culpabilizar

Avergonzar



# MODELO CENTRADO EN EL SISTEMA. CULTURA DE SEGURIDAD



- ▶ **LAS PERSONAS** son falibles y los errores son esperables, incluso en las mejores organizaciones
- ▶ Los **ERRORES** los cometen las personas pero en gran medida son consecuencia de factores del **SISTEMA**

## LA RESPUESTA ES:

- ▶ No se trata de cambiar la condición humana sino de cambiar las condiciones en las que trabajan las personas
- ▶ Una idea central es la de las defensas del **SISTEMA** (**BARRERAS**)
- ▶ Cuando ocurre un efecto adverso lo importante no es quién se equivocó, sino cómo y por qué las defensas fallaron

Lucian L. Leape



# PREVENCIÓN

SE  
P  
E  
R  
S  
I  
G  
U  
E

PREVENCIÓN  
PRIMARIA

PREVENCIÓN  
SECUNDARIA

PREVENCIÓN  
TERCIARIA

PERIODO  
PREPATOGENICO

PERIODO PATOGENICO  
(SUBCLINICO O CLINICO)

ENFERMEDAD  
CLINICA

EVITAR LA ENFERMEDAD

RETARDAR  
LA ENFERMEDAD

REDUCIR  
CONSECUENCIAS

PREVENCIÓN CUATERNARIA

Conjunto de actividades que atenúan o evitan las consecuencias  
de las intervenciones INNECESARIAS o EXCESIVAS del Sistema Sanitario

# LA PREVENCIÓN DE LOS INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (IRSP)



**SE  
PERSIGUE**

## PREVENCIÓN PRIMARIA

IMPLANTAR ELEMENTOS DE MEJORA DE LA SP  
DISMINUIR FACTORES DE RIESGO

CULTURA DE SEGURIDAD  
ENTRENAMIENTO  
EVITAR LO INNECESARIO  
ALTERNATIVAS SEGURAS

## PREVENCIÓN SECUNDARIA

DETECTAR Y ABORDAR PRECOZMENTE LOS IRSP

SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN  
MONITORIZA: INFECCIONES,  
U.PRESION, RAM, ERRORES  
MEDICACIÓN.....

## PREVENCIÓN TERCIARIA

EL IRSP YA HA OCURRIDO.  
MINIMIZAR CONSECUENCIAS

REDUCIR EL IMPACTO SOBRE EL PACIENTE  
RESARCIR EL DAÑOS  
EVITAR QUE SE REPITA

INFORMACION ABIERTA Y PLANIFICADA

ATENCIÓN CLINICA

RESARCIR EL DAÑO

ANALISIS RETROSPECTIVO (ACR)

# ¿Qué perseguimos?



Reducir  
probabilidad  
errores

Aplicar la  
mejor  
evidencia  
sobre  
efectividad y  
seguridad

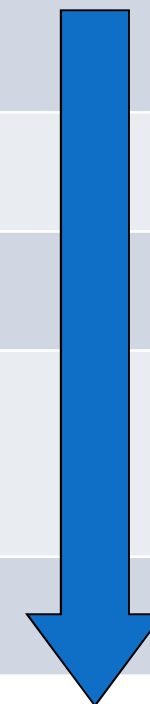
Aumentar  
las barreras  
del sistema

Mejorar la  
capacidad  
de detección

Mitigar el  
impacto  
cuando  
ocurren

# Efectividad de algunas prácticas seguras

| INTERVENCIÓN                              | RESULTADO                     |
|-------------------------------------------|-------------------------------|
| Correcta antibioterapia peri operatoria   | 93% infecciones               |
| Prescripción asistida por ordenador       | 81% errores medicación        |
| Incorporar farmacéuticos equipo           | 67-78 % errores de medicación |
| Equipos de respuesta rápida en hospitales | 15 % PCR                      |
| Correcta Higiene de manos                 | 30 % IRAS                     |





# Visión Internacional de la Seguridad del Paciente

**Eduardo Sierra**

*Médico. Experto en Gestión de riesgos sanitarios  
Responsable de formación área sanitaria*



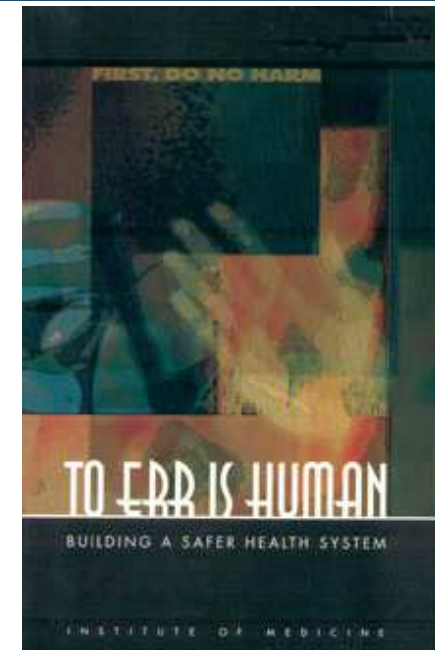
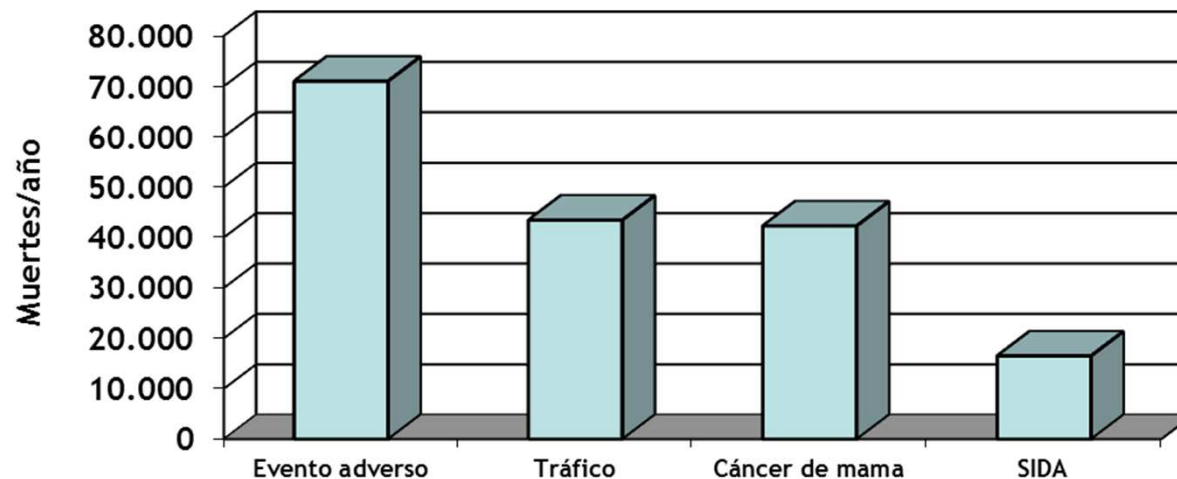
# Índice de la presentación

- ▶ El Informe del IOM : Errar es humano. Construyendo un sistema para la salud seguro.
- ▶ Los estudios Epidemiológicos.
- ▶ La Estrategia de Seguridad del Paciente de la OMS
- ▶ Agencias y organizaciones de referencia en SP

# To err is human, Building a safer health system". Institute of Medicine (IOM),1999



Entre 44.000- 98.000 pacientes/año  
mueren en EEUU por EA prevenibles

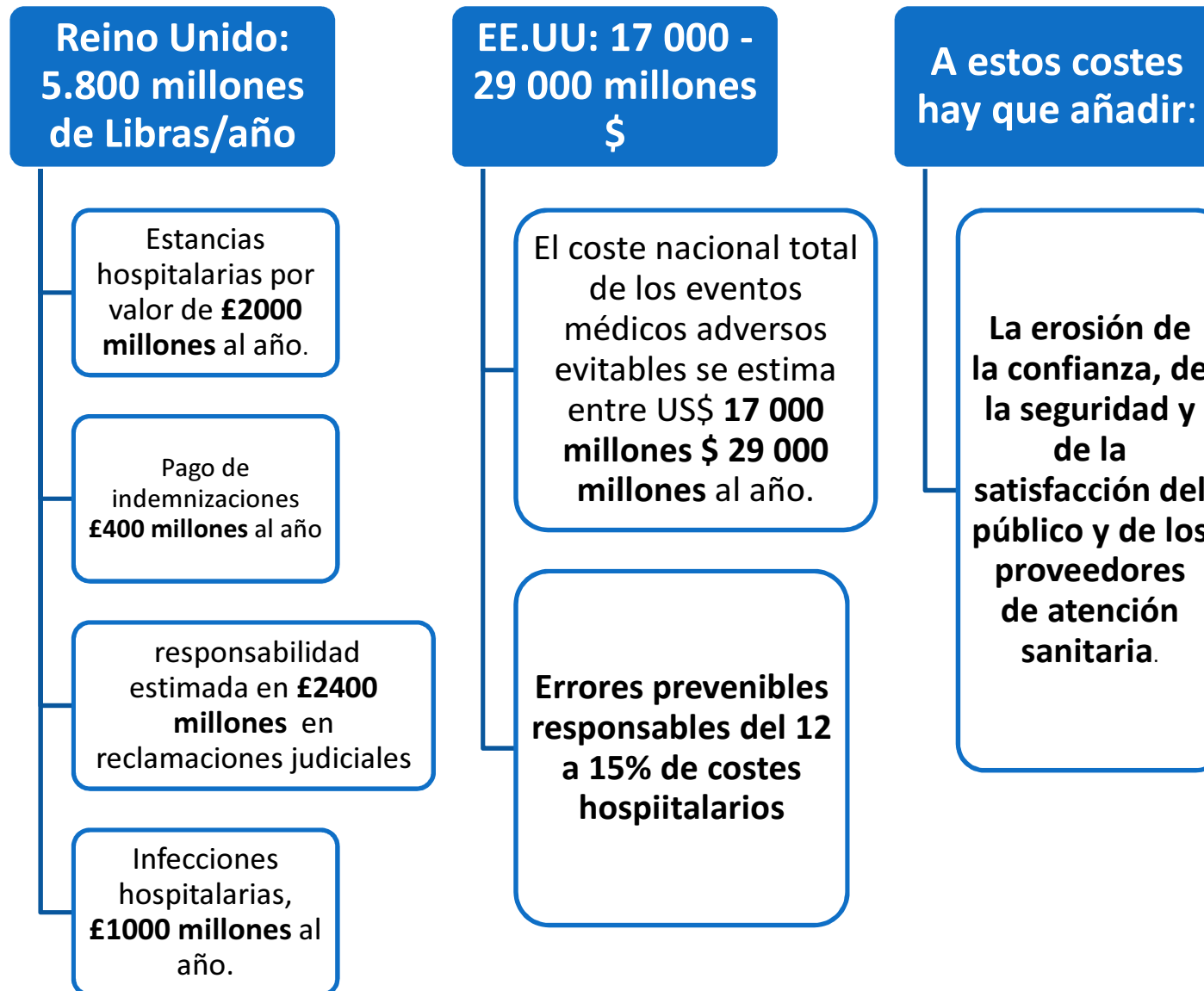


Altamente prevenible  
Alto impacto económico  
= 17-29 mil millones \$

# To err is human, Building a safer health system". Institute of Medicine (IOM),1999



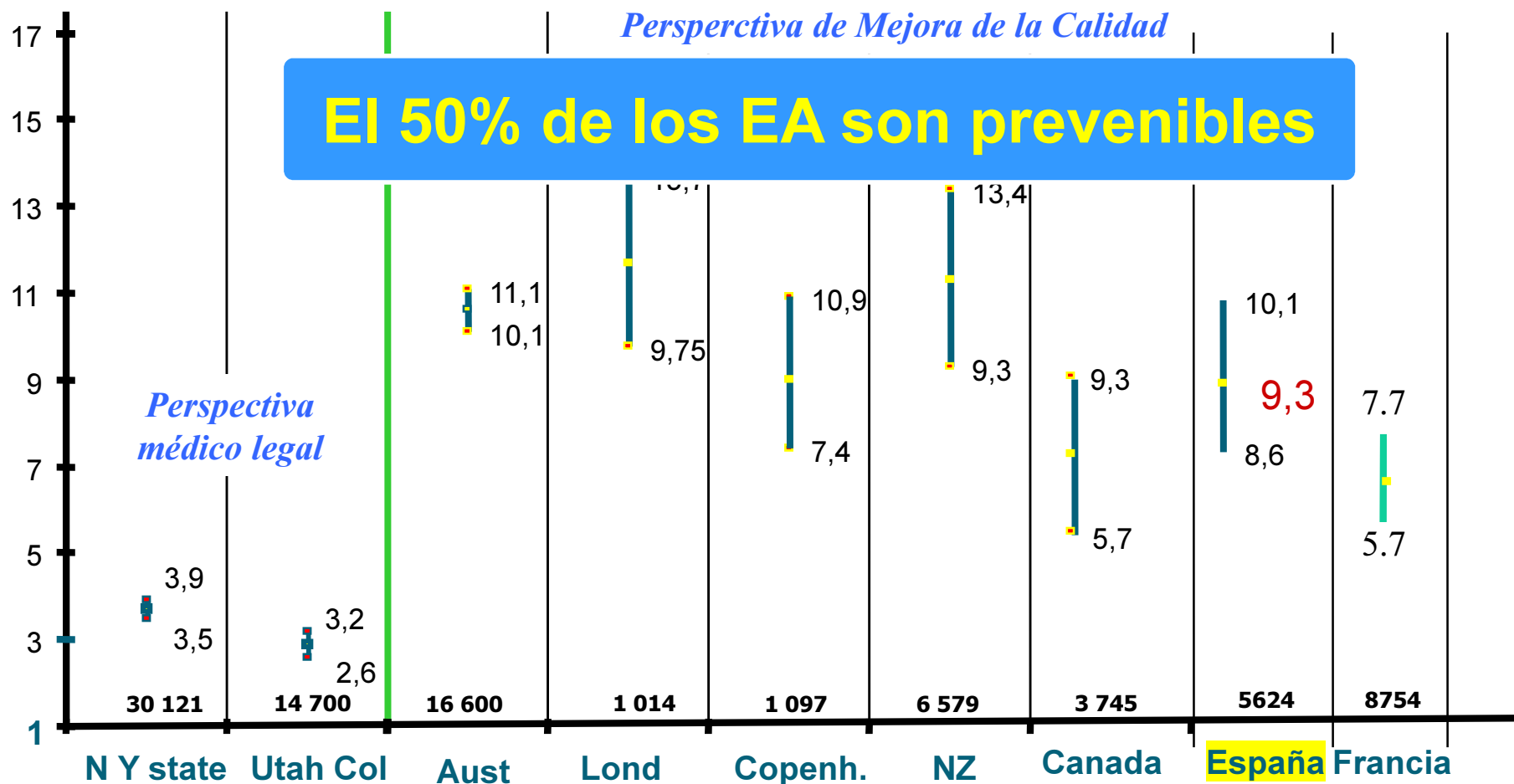
# Costes de los errores y eventos adversos



| ESTUDIO                                                                  | AUTOR Y AÑO<br>REALIZACIÓN | Nº<br>HOSPITALES<br>IMPLICADOS | PACIENTES | % EA |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|-----------|------|
| EE.UU (Estudio de Nueva York) (Estudio de la Práctica Médica de Harvard) | Brennan 1984               | 51                             | 30.195    | 3,8  |
| EE.UU (Estudio de UTAH-COLORADO) (UTCOS)                                 | Thomas 1992                | 28                             | 14.565    | 2,9  |
| AUSTRALIA (Estudio Calidad Atención Sanitaria) (QAHCS)                   | Wilson 1992                | 28                             | 14.179    | 16,6 |
| FRANCIA                                                                  | Michel 2005                | 71                             | 8.754     | 5,1  |
| NUEVA ZELANDA                                                            | Davis 1998                 | 13                             | 6.579     | 11,3 |
| ESPAÑA                                                                   | Aranaz (MSC) 2006          | 24                             | 5.624     | 9,3  |
| CANADÁ                                                                   | Baker 2002                 | 20                             | 3.720     | 7,5  |
| DINAMARCA                                                                | Schioler 2002              | 17                             | 1.097     | 9    |
| REINO UNIDO                                                              | Vincent 1999               | 2                              | 1.014     | 11,7 |

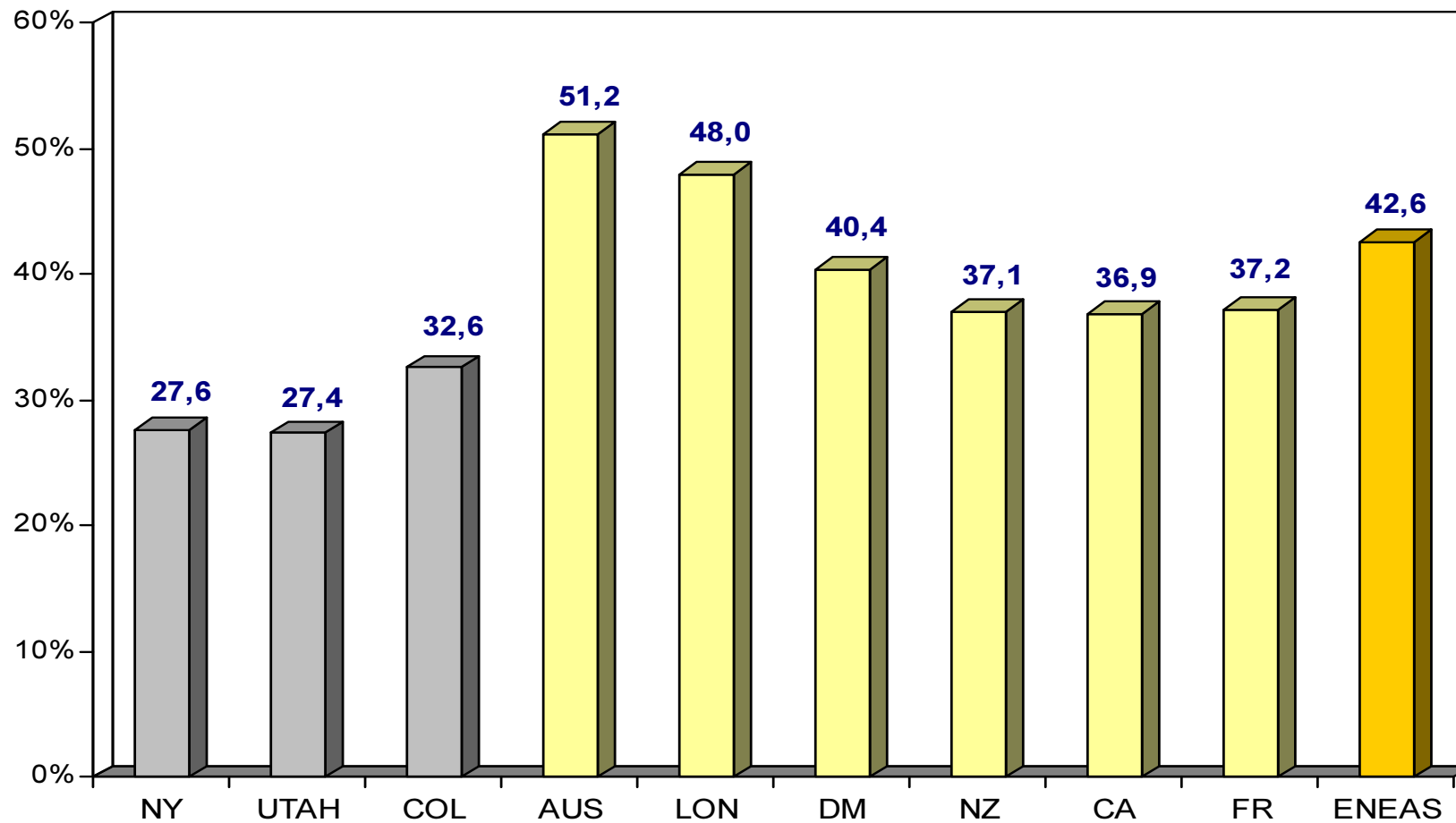
# Frecuencia del problema

Un 10% de pacientes hospitalizados sufren EA relacionado con la asistencia



**Los EA son responsables del 12-15% del Coste hospitalario**

# % de EA evitables



## ***Exitus en pacientes con EA***

| ESTUDIO                                 | <i>Exitus</i><br>(%) | IC 95%      |
|-----------------------------------------|----------------------|-------------|
| Harvard Medical Practice Study          | 13,6                 | 11,6 – 15,7 |
| Utah y Colorado                         | 6,6                  | 4,4 – 9,4   |
| Quality in Australian Health Care Study | 4,9                  | 4,1 – 5,8   |
| London                                  | 8,0                  | 3,5 – 13,9  |
| New Zealand                             | 4,5                  | 3,2 – 6,1   |
| Canada                                  | 20,8                 | 7,8 – 33,8  |
| Denmark                                 | 6,1                  | 2,3 – 12,7  |
| ENEAS                                   | <b>4,4</b>           | 2,8 – 6,5   |

# En resumen: Importancia de la SP/Gestión Riesgos sanitarios



# Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente.

27 de octubre de 2004



## RETOS GLOBALES

- Atención limpia atención segura (2005)
- Cirugía segura salva vidas (2007)
- Resistencia antimicrobiana (2009)

## ÁREAS DE ACTUACIÓN

1

- Reto Global de la Seguridad del Paciente.

2

- Participación del Paciente y del Consumidor.

3

- Desarrollo Taxonómico de la Seguridad del Paciente.

4

- Investigación en el Campo de la Seguridad del Paciente.

5

- Búsqueda de Soluciones para Reducir los Riesgos de la Atención Sanitaria y Mejorar la Seguridad.

6

- Comunicación y Aprendizaje sobre la Forma de Mejorar la Seguridad del Paciente.

# ***“Atención Limpia es Atención Segura”***



- Adoptar y reconocer **un método internacional de vigilancia.**
- Evaluar la **magnitud y naturaleza de las IRAS**
- Soluciones para la mejora de la seguridad y la reducción del riesgo
  - **Manos limpias.**
  - Hábitos limpios.
  - Productos limpios.
  - Entorno limpio.
  - Equipos limpios.
- Apoyarse en **prácticas basadas en evidencias**
- Asegurar que la **sostenibilidad** de toda la acción irá más allá de los dos años del periodo del desafío inicial propuesto.

El lema del Reto Mundial en la Seguridad del Paciente de 2005 a 2006 fue *“Atención Limpia es Atención Segura”* (*Clean Care is Safer Care*).





## LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA SEGURIDAD QUIRÚRGICA DE LOS PACIENTES

| ENTRADA                                                                                                                                                                                                        | PAUSA                                                                                                                                                                                                                               | SALIDA                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>EL PACIENTE HA CONFIRMADO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SU IDENTIDAD</li> <li>• EL LUGAR DEL CUERPO</li> <li>• LA OPERACIÓN</li> <li>• SU CONSENTIMIENTO</li> </ul> | <input type="checkbox"/> <b>CONFIRMAR QUE TODO EL PERSONAL SE HA IDENTIFICADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN</b>                                                                                                                           | <b>LA ENFERMERA CONFIRMA VERBALMENTE CON EL PERSONAL:</b>                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> <b>MARCA EN EL LUGAR DEL CUERPO/NO APLICA</b>                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> <b>EL CIRUJANO, ANESTESISTA Y LA ENFERMERA CONFIRMAN VERBALMENTE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• LA IDENTIDAD DEL PACIENTE</li> <li>• EL LUGAR DEL CUERPO</li> <li>• LA OPERACIÓN</li> </ul> | <input type="checkbox"/> <b>EL NOMBRE DE LA OPERACIÓN REGISTRADA</b>                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> <b>VERIFICAR QUE LOS EQUIPOS Y LA MEDICACIÓN ANESTÉSICA ESTÁN COMPLETOS</b>                                                                                                           | <b>ANTICIPACIÓN DE CASOS CRÍTICOS</b>                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> <b>QUE LOS RECUENTOS DE LOS INSTRUMENTOS, ESPONJAS Y AGUJAS SON CORRECTOS (O QUE NO APLICA)</b>                                 |
| <input type="checkbox"/> <b>EL PULSIOXÍMETRO ESTÁ COLOCADO EN EL PACIENTE Y FUNCIONANDO</b>                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> <b>EL CIRUJANO REPASA:</b> ¿CUÁLES SON LOS PASOS CRÍTICOS O INESPERADOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN, LA PÉRDIDA SANGUÍNEA ANTICIPADA?                                                                     | <input type="checkbox"/> <b>CÓMO SE HAN ROTULADO LAS MUESTRAS (INCLUYENDO EL NOMBRE DEL PACIENTE)</b>                                                    |
| <b>¿TIENE EL PACIENTE?:</b><br><b>¿ALGUNA ALERGIA CONOCIDA?</b>                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> <b>EL ANESTESISTA REPASA:</b> ¿PRESENTA EL PACIENTE ALGUNA PECULIARIDAD QUE SUSCITE PREOCUPACIÓN?                                                                                                          | <input type="checkbox"/> <b>SI HAY PROBLEMAS CON EL EQUIPO QUE REQUIERAN ATENCIÓN</b>                                                                    |
| <input type="checkbox"/> NO<br><input type="checkbox"/> SÍ                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> <b>LA ENFERMERA REPASA:</b> ¿SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD DEL EQUIPO E INSTRUMENTOS (INCLUYENDO LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES)? ¿HAY PROBLEMAS O INQUIETUDES CON EL MATERIAL?                       | <input type="checkbox"/> <b>EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y LA ENFERMERA REPASAN LAS INQUIETUDES CLAVES SOBRE LA RECUPERACIÓN Y EL MANEJO DEL PACIENTE</b> |
| <b>¿DIFICULTAD CON LA VIA RESPIRATORIA O RIESGO DE ASPIRACIÓN?</b>                                                                                                                                             | <b>¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS CON ANTIBIÓTICOS EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS</b>                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> NO<br><input type="checkbox"/> SÍ, Y EL EQUIPO Y LA ASISTENCIA ESTÁN DISPONIBLES                                                                                                      | <input type="checkbox"/> SÍ<br><input type="checkbox"/> NO APLICA                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                          |
| <b>¿RIESGO DE PÉRDIDA DE SANGRE &gt;500 ML (7 ML/KG EN LOS NIÑOS)?</b>                                                                                                                                         | <b>¿SE MUESTRAN LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?</b>                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> NO<br><input type="checkbox"/> SÍ, Y TIENE UNA VIA DE ACCESO INTRAVENOSA ADECUADA Y LOS LÍQUIDOS NECESARIOS PARA REVIVIRLO                                                            | <input type="checkbox"/> SÍ<br><input type="checkbox"/> NO APLICA                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                          |

# Qué problemas aborda este Checklist?



## Paciente, intervención y localización correctas

### Entrada:

- ☐ **EL PACIENTE HA CONFIRMADO**
  - SU IDENTIDAD
  - EL LUGAR DEL CUERPO
  - LA OPERACIÓN
  - SU CONSENTIMIENTO
- ☐ **MARCA EN EL LUGAR DEL CUERPO/NO APLICA**

### Pausa:

- ☐ **EL CIRUJANO, ANESTESISTA Y LA ENFERMERA CONFIRMAN VERBALMENTE:**
  - LA IDENTIDAD DEL PACIENTE
  - EL LUGAR DEL CUERPO
  - LA OPERACIÓN

### Salida:

- LA ENFERMERA CONFIRMA VERBALMENTE CON EL PERSONAL:**
- ☐ **EL NOMBRE DE LA OPERACIÓN REGISTRADA**

- Se producen entre 1500 y 2000 errores de localización quirúrgica cada año en US.<sup>1</sup>
- En una encuesta a 1050 cirujanos, el 21% informó haber tenido un error de localización quirúrgica al menos una vez en su carrera.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Joint Commission, Sentinel Event Statistics, 2006..

<sup>2</sup> Seiden, Archives of Surgery, 2006

# Qué problemas aborda este Checklist?



## Anestesia segura

### Entrada:

- ☐ VERIFICAR QUE LOS EQUIPOS Y LA MEDICACIÓN ANESTÉSICA ESTÁN COMPLETOS
- ☐ EL PULSIOXÍMETRO ESTÁ COLOCADO EN EL PACIENTE Y FUNCIONANDO
- ¿DIFICULTAD CON LA VIA RESPIRATORIA O RIESGO DE ASPIRACIÓN?
  - ☐ NO
  - ☐ SÍ, Y EL EQUIPO Y LA ASISTENCIA ESTÁN DISPONIBLES

Un análisis de 1256 incidentes relacionados con la anestesia general in Australia mostró que el pulsioxímetro colocado en el paciente habría detectado el 82% de las mismas.<sup>1</sup>

### Pausa:

- ☐ **EL ANESTESISTA REPASA:** ¿PRESENTA EL PACIENTE ALGUNA PECULIARIDAD QUE SUSCITE PREOCUPACIÓN?

<sup>1</sup> Webb, Anaesthesia and Intensive Care, 1993.

# Qué problemas aborda este Checklist?



## Minimizar el riesgo de infección

### Pausa:

☐ **LA ENFERMERA REPASA:** ¿SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD DEL EQUIPO E INSTRUMENTOS (INCLUYENDO LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES)? ¿HAY PROBLEMAS O INQUIETUDES CON EL MATERIAL?

**¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS CON ANTIBIÓTICOS EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS**

- ☐ SÍ
- ☐ NO APLICA

- Administrar antibióticos la hora antes de la incisión puede reducir el riesgo de infección quirúrgica en un 50%<sup>1, 2</sup>
- Se falla en la administración a tiempo de los antibióticos en casi la mitad de los pacientes intervenidos.

<sup>1</sup> Bratzler, The American Journal of Surgery, 2005.

<sup>2</sup> Classen, New England Journal of Medicine, 1992.

# Qué problemas aborda este Checklist?



## Trabajo en equipo

### Pausa:

☐ CONFIRMAR QUE TODO EL PERSONAL SE HA IDENTIFICADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN

### Salida:

☐ EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y LA ENFERMERA REPASAN LAS INQUIETUDES CLAVES SOBRE LA RECUPERACIÓN Y EL MANEJO DEL PACIENTE

- La comunicación es una causa raíz en cerca del 70% de los eventos notificados a la Joint Commission.
- La sesión preoperatoria se asoció con un aumento y mejora de la profilaxis antibiótica, y un mantenimiento apropiado de la temperatura intraoperatoria y la glucemia.<sup>2, 3</sup>

<sup>1</sup> Joint Commission, Sentinel Event Statistics, 2006.

<sup>2</sup> Makary, Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 2006.

<sup>3</sup> Altpeter, Journal of the American College of Surgeons, 2007.

# Áreas con Soluciones para la Seguridad del Paciente



**Medicamentos de aspecto o nombre parecidos.**

**Identificación de pacientes.**

**Comunicación durante el traspaso de pacientes.**

**Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto.**

**Control de las soluciones concentradas de electrolitos.**

**Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales.**

**Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos.**

**Usar una sola vez los dispositivos de inyección.**

**Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención a la salud.**

# Identificación inequívoca de pacientes



- ▶ Los errores en la identificación de pacientes ocasionan una gran variedad de incidentes que comprometen la seguridad del paciente.
- ▶ Una identificación incorrecta puede ocasionar errores de diferentes consecuencias para el paciente, que pueden llegar a ser muy graves.
  - Errores en pruebas analíticas, radiológicas...
  - Errores de medicación
  - Errores transfusión
  - Procedimientos de riesgo en persona incorrecta
  - Alta de niños a familias equivocadas

# ***“Soluciones para la Seguridad del Paciente”***



# Organismos e Instituciones trabajando por la Seguridad del Paciente I



Organización  
Panamericana de la  
Salud (OPS) Ibeas

El Consejo de  
Europa

## National Health Service (NHS) de Gran Bretaña

- Agencia para la Seguridad del Paciente NPSA
- *National Reporting and Learning System (NRLS)*
- *Seguridad del Paciente en Siete Pasos*

## Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

- *“Veinte consejos para ayudar a evitar errores médicos”.*
- *Hospital Survey on Patient Safety Culture* extensamente utilizada en hospitales españoles tras su traducción y validación en España por la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad,
- *Indicadores hospitalarios de Seguridad del Paciente.* (*Patient Safety Indicators (PSI)*).

## Otros Organismos e Instituciones trabajando por la Seguridad del Paciente II



- **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)**
  - Proyecto High 5s.
  - Estándares de Seguridad.
  - Eventos Centinelas con Alertas.
  - Programa Speak Up.
- **National Quality Forum (NQF)**
  - 30 prácticas seguras de salud (*Safe Practices for Better Healthcare*)
- **Institute for Healthcare Improvement (IHI) de EEUU**
  - Campaña para Salvar 100.000 Vidas 2004 . (*the "100.000 Lives Campaign"*)
  - *"5 Million Lives Campaign"*

“Para qué repetir los errores antiguos  
habiendo tantos nuevos por cometer”



Bertrand Russell (1872-1970),  
Filósofo, Matemático y Escritor británico



## **CAPÍTULO 2- La Seguridad del Paciente en España**

***Eduardo Sierra***

*Médico. Experto en Gestión de riesgos sanitarios*

# Índice de la presentación



- ▶ La Estrategia de Seguridad del Paciente para el SNS en España
- ▶ El Estudio ENEAS de Eventos Adversos en hospitalización.
- ▶ El Estudio APEAS en Atención Primaria.

## Estrategia de SP para el SNS

Tipo de proceso o estructura cuya aplicación reduce la probabilidad de EA relacionados con la atención sanitaria (AHRQ, 2001)

### PRÁCTICAS SEGURAS

PROFESIONALES

CULTURA

FORMACIÓN

INVESTIGACIÓN

SiNASP

PACIENTES

Plan de Calidad  
para el Sistema  
Nacional de Salud

# INVESTIGACIÓN

## Estudios de SP del SNS



2006

2007

2008

2009-10

### ENEAS

(n=5624)  
9,3% (8,6-10%)

**MEDICAMENTOS**

**INDICADORES  
(NQF)**

### APEAS

(n=96047)  
1,11% (1,05- 1,18)

### EPINE

IN: 7% (6,8-7,2%)

**INDICADORES**  
Validación empírica

**ENVIN** 2008  
IN en UCI 14%

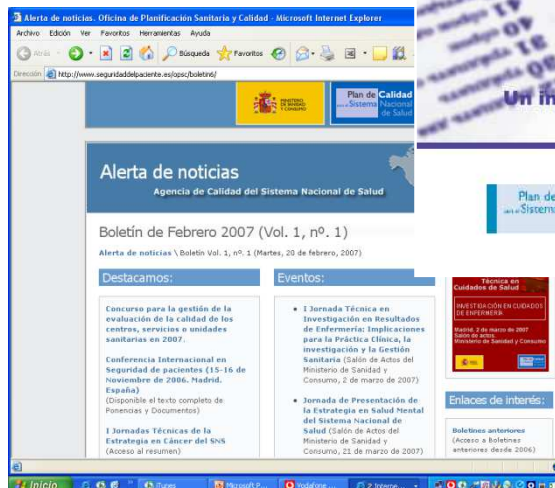
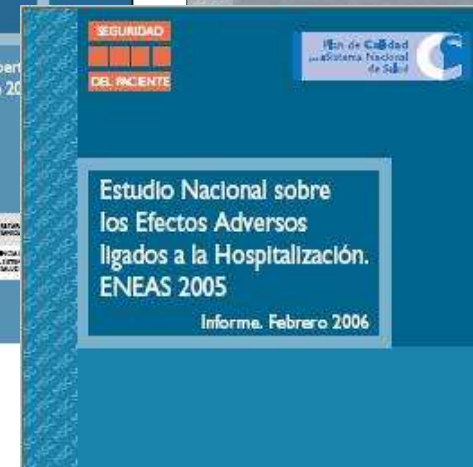
### SYREC (UCI)

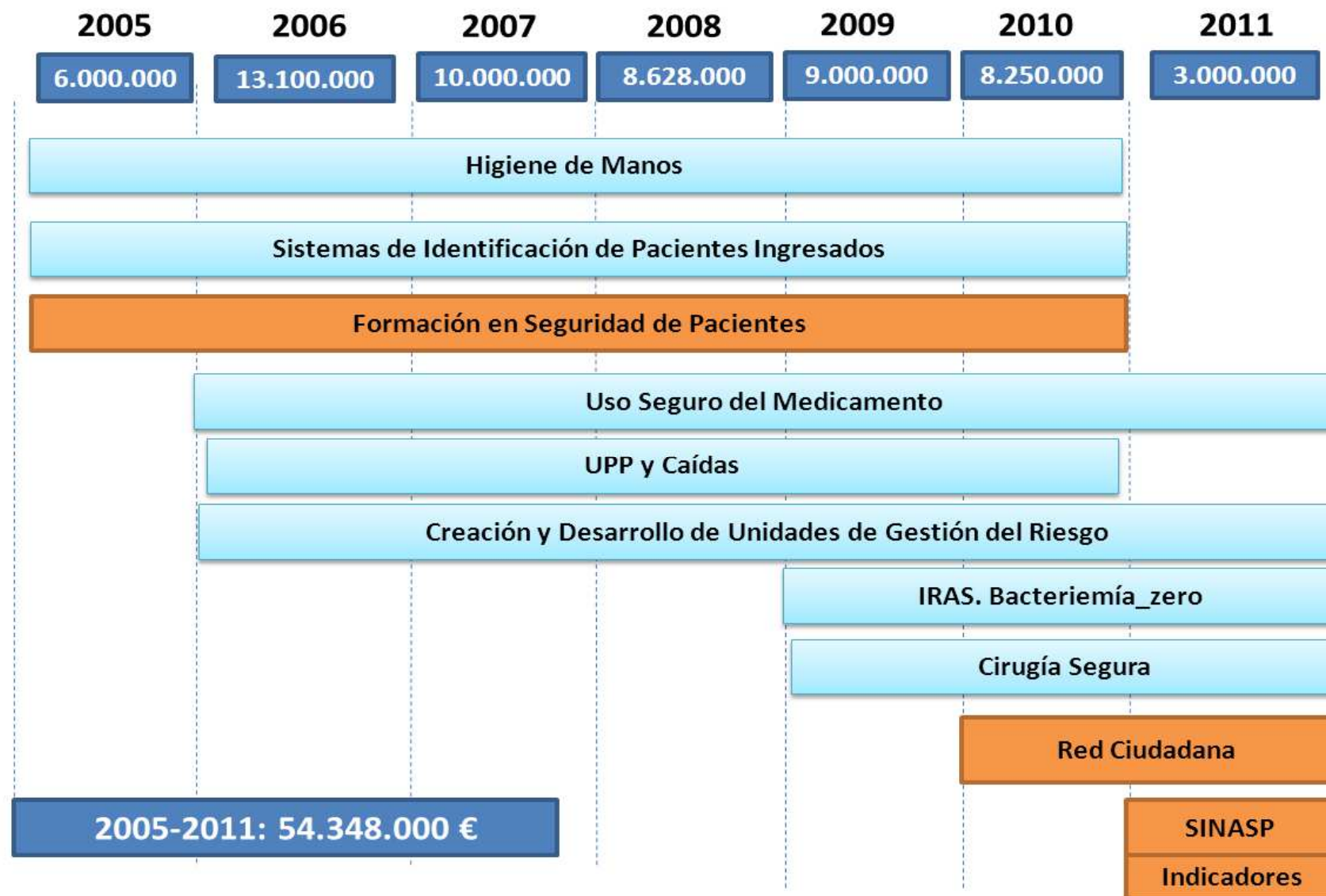
Medicación,  
aparatos, accesos  
y sondas

**EA en**  
-Socio-sanitario  
-Anestesia

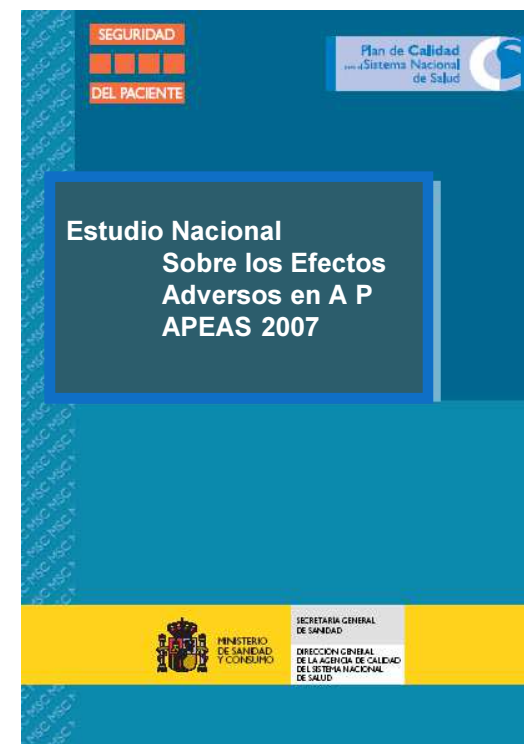
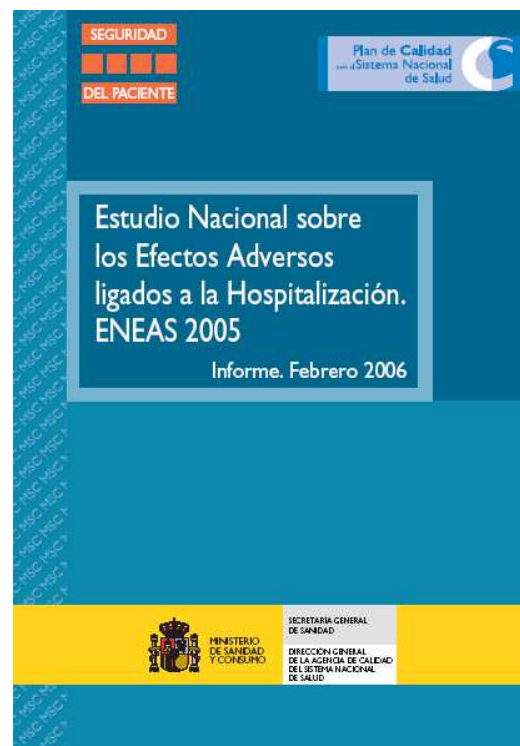
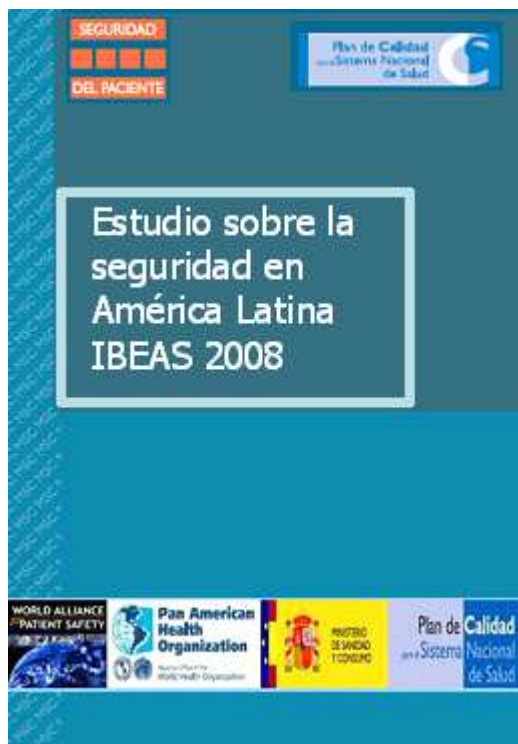
**INDICADORES**  
Validación criterio

# SENSIBILIZACIÓN Y DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN





# ENEAS, IBEAS y APEAS



# ENEAS



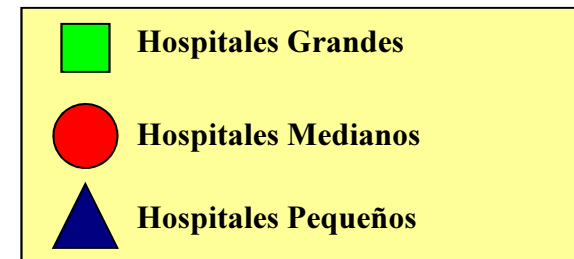
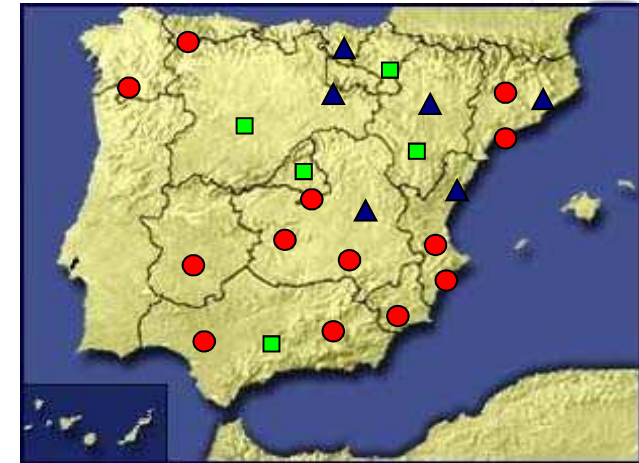
## Estudio de cohortes retrospectivo

### Objetivos: Estimar

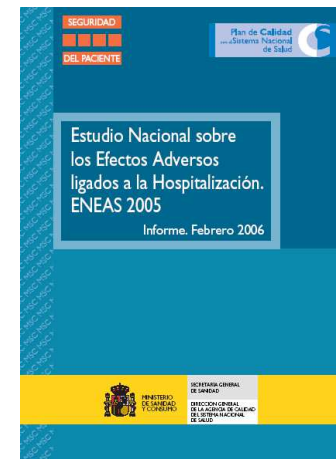
- Incidencia de EAs en hospital.
- Reingresos por EA.
- EAs periodo prehospitalización.
- EAs evitables

### Muestra:

- ▶ Pacientes dados de alta en 1 semana.
- ▶ 24 hospitales (5 Grandes, 13 Medianos y 6 Pequeños)
- ▶ 5.624 pacientes
- ▶ 42.714 estancias hospitalarias.



Estudio dirigido por J. Aranaz y col



## Incidencia de Pacientes con EA

| INCIDENCIA                                                                                 | (%)        | IC 95%            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------|
| Incidencia de Pacientes con EA<br>Asistencia Hospitalaria <sup>(1)</sup>                   | 8,4        | 7,7 – 9,1         |
| <b>Incidencia de Pacientes con EA<br/>Incluyendo la pre-hospitalización <sup>(2)</sup></b> | <b>9,3</b> | <b>8,6 – 10,1</b> |
| Incidencia de Pacientes con EA<br>Hospitalarios incluyendo flebitis <sup>(3)</sup>         | 11,6       | 10,8 – 12,5       |

(1) 473 pacientes con 601 EAs.

(2) 525 pacientes con 655 EAs.

(3) 655 pacientes con 876 EAs.

# Tipos de EA y Evitabilidad



| NATURALEZA DEL PROBLEMA           | Totales (%)       | Evitables (%)      |
|-----------------------------------|-------------------|--------------------|
| Relacionados con la medicación    | 37,4              | 34,8               |
| Relacionados infección nosocomial | 25,3              | 56,6               |
| Relacionados con un procedimiento | 25,0              | 31,7               |
| Relacionado con los cuidados      | 7,6               | 56,0               |
| Relacionados con el diagnostico   | 2,7               | 84,2               |
| Otros                             | 1,8               | 33,4               |
| <b>Total</b>                      | <b>655 (100%)</b> | <b>278 (42,6%)</b> |

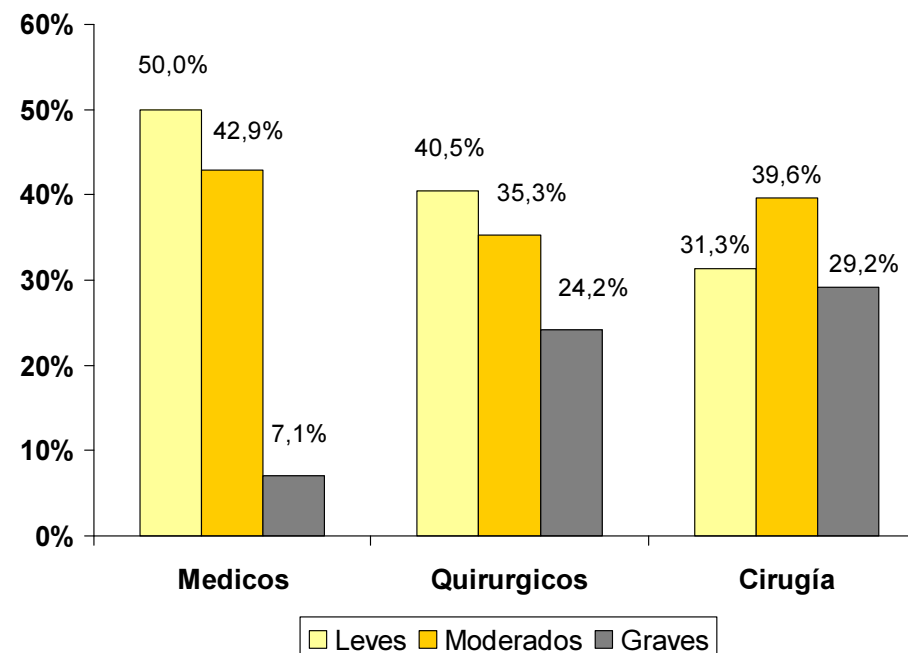
## Incidencia de EA. Hospital y Servicio



|                                |                       | (%)  | IC 95%      |
|--------------------------------|-----------------------|------|-------------|
| Incidencia de pacientes con EA | Hospitales Grandes    | 9,7  | 8,45 – 10,9 |
|                                | Hospitales Medianos   | 7,1  | 6,2 – 8,1   |
|                                | Hospitales Pequeños   | 10,2 | 7,4 – 13,0  |
|                                | Servicios Médicos     | 8,9  | 7,7 – 10,0  |
|                                | Servicios Quirúrgicos | 8,1  | 7,1 – 9,0   |

# Gravedad de los EA

| TIPO      | N   | %   | Evitables (%) |
|-----------|-----|-----|---------------|
| Leves     | 295 | 45  | 43,5          |
| Moderados | 255 | 39  | 42,0          |
| Graves    | 105 | 16  | 41,9          |
| TOTAL     | 655 | 100 | 42,6          |



|              |            |               |
|--------------|------------|---------------|
| EXITUS ENEAS | Media: 4,4 | IC: 2,8 – 6,5 |
|--------------|------------|---------------|

**Efecto Adverso Grave:** Ocasiona *exitus*, incapacidad residual al alta o requiere intervención quirúrgica.

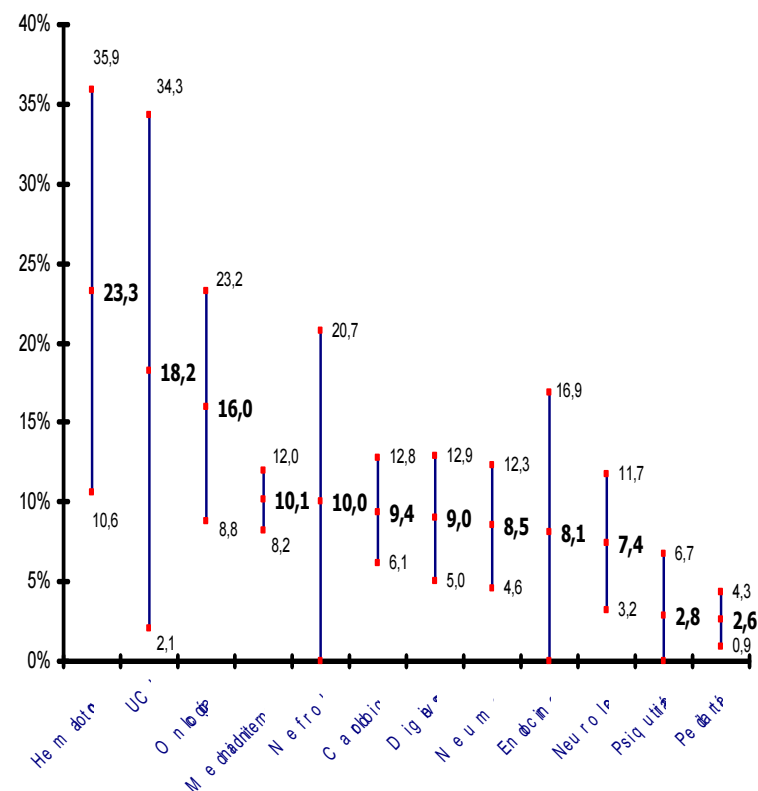
**Efecto Adverso Moderado:** Ocasiona una prolongación de la estancia hospitalaria de al menos 1 día.

**Efecto Adverso Leve:** Lesión o complicación que no prolonga la estancia hospitalaria.

# Incidencia por servicios

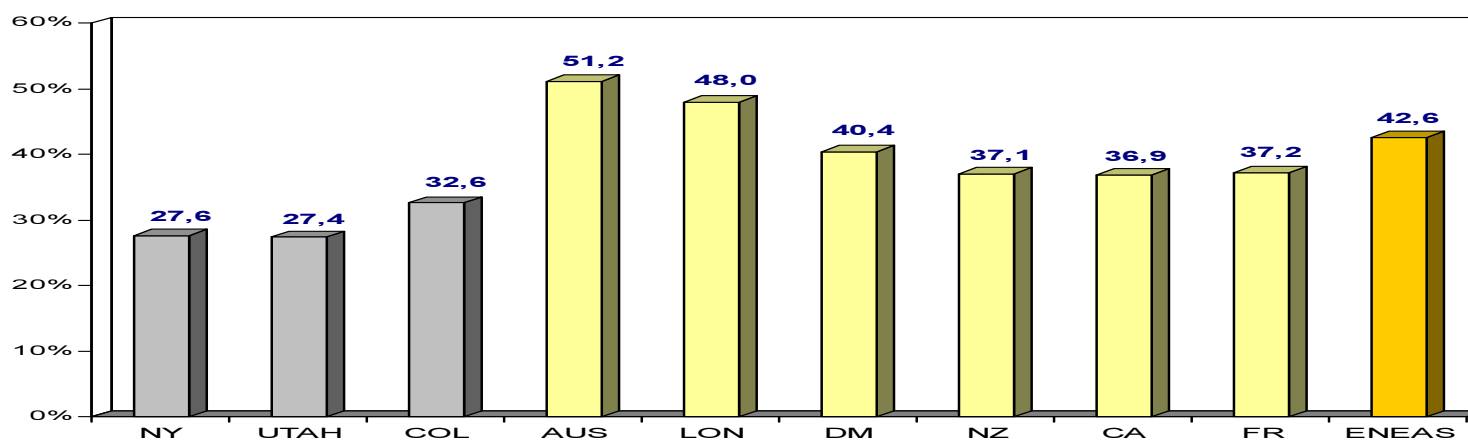


|                       | Servicio                    | EA         | Total        | Incidencia |
|-----------------------|-----------------------------|------------|--------------|------------|
| Servicios Médicos     | Hematología                 | 10         | 43           | 23,3       |
|                       | UCI                         | 4          | 22           | 18,2       |
|                       | Oncología                   | 16         | 100          | 16,0       |
|                       | Medicina interna            | 98         | 969          | 10,1       |
|                       | Nefrología                  | 3          | 30           | 10,0       |
|                       | Cardiología                 | 27         | 286          | 9,4        |
|                       | Digestivo                   | 18         | 201          | 9,0        |
|                       | Neumología                  | 17         | 201          | 8,5        |
|                       | Endocrino                   | 3          | 37           | 8,1        |
|                       | Neurología                  | 11         | 148          | 7,4        |
|                       | Psiquiatría                 | 2          | 71           | 2,8        |
|                       | Pediatría                   | 9          | 342          | 2,6        |
|                       | <b>Total Médicos</b>        | <b>218</b> | <b>2.450</b> | <b>8,9</b> |
| Servicios Quirúrgicos | Cirugía cardíaca            | 9          | 45           | 20,0       |
|                       | Cirugía torácica            | 6          | 30           | 20,0       |
|                       | Cirugía vascular            | 15         | 89           | 16,9       |
|                       | Urología                    | 29         | 279          | 10,4       |
|                       | Cirugía general y digestiva | 76         | 735          | 10,3       |
|                       | Neurocirugía                | 5          | 56           | 8,9        |
|                       | Traumatología               | 53         | 595          | 8,9        |
|                       | Otorrinolaringología        | 10         | 187          | 5,3        |
|                       | Ginecología y obstetricia   | 50         | 980          | 5,1        |
|                       | Cirugía maxilofacial        | 1          | 25           | 4,0        |
|                       | Oftalmología                | 1          | 83           | 1,2        |
|                       | Dermatología                | 0          | 17           | 0,0        |
|                       | Cirugía pediátrica          | 0          | 27           | 0,0        |
|                       | Cirugía plástica            | 0          | 26           | 0,0        |
|                       | <b>Total Quirúrgicos</b>    | <b>255</b> | <b>3.174</b> | <b>8,1</b> |
|                       | <b>TOTAL</b>                | <b>473</b> | <b>5.624</b> | <b>8,4</b> |



# Evitabilidad versus gravedad

| ENEAS        | N          | %          | Evitables (%) |
|--------------|------------|------------|---------------|
| No graves    | 550        | 84         | 42,8          |
| Graves       | 105        | 16         | 41,9          |
| <b>TOTAL</b> | <b>655</b> | <b>100</b> | <b>42,6</b>   |



Foster AJ, Asmis TR, Clark HD, Al Saied G, Code CC, Caughey SC, et al. Ottawa Hospital Patient Safety Study: incidence and timing of adverse events in patients admitted to a Canadian teaching hospital. *CMAJ* 2004;170:1235-40.

# Variables explicativas



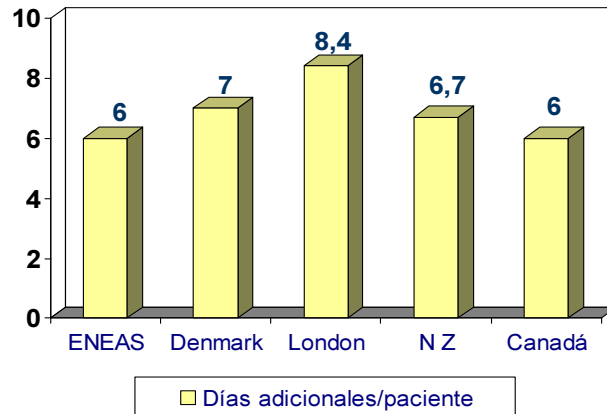
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | OR          | IC95%            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------|
| Categoría de Servicio <sup>a</sup> (médico)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1,23 n.s.   | 0,89-1,72        |
| Edad <sup>c</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1,98        | 1,48-2,64        |
| Estancia hospitalaria <sup>d</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>5,07</b> | <b>3,80-6,76</b> |
| Nº FR intrínsecos <sup>e</sup> (comorbilidad)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1,57        | 1,27-1,94        |
| Nº FR extrínsecos <sup>f</sup> (instrumentación)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>2,30</b> | <b>1,68-3,17</b> |
| <p>n.s.: No significativa.</p> <p>a Categoría de referencia: Servicios Quirúrgicos.</p> <p>c Categoría de referencia: Menores de 65 años.</p> <p>d Categoría de referencia: Menos de una semana.</p> <p>e Categoría de referencia: Ausencia de factores de riesgo intrínsecos.</p> <p>f Categoría de referencia: Ausencia de factores de riesgo extrínsecos</p> |             |                  |

# Impacto económico en la hospitalización



**Hospitalizaciones  
4.500.000/año**

**418.500 EAs (9,3 %)**



**2.511.000 Estancias Adicionales**

**1.054.620 Estancias Evitables (42%)**

**350 € /estancia  
370 millones de euros/año**

# Principales costes tangibles para el SNS y la Sociedad



## Sistema Sanitario:

- Estancias hospitalarias : 370 Millones €/año
- Pago de indemnizaciones: ¿?
- Coste primas seguro: ¿?

## Pacientes

- Perdida capacidad laboral y de ingresos económicos ¿?

## Sociedad

- Incapacidad temporal o total ¿?
- Pensiones ¿?
- Incremento de costes debido a la asistencia a crónicos y discapacitados por EA ¿?

# Conclusiones y Resultados



La incidencia de EA en los Hospitales Españoles es similar a la de los estudios realizados en países americanos, australianos y europeos con similar metodología.

Uno de cada **cinco EA** se origina en la prehospitalización

Las tres causas de EA fueron:

- relacionados con la medicación
- infecciones nosocomiales
- relacionados con problemas técnicos.

# **APEAS. Prevalencia Incidentes/EA Atención Primaria**



## **Estudio Observacional de Prevalencia.**

Estudio cualitativo con los profesionales para identificar causalidad.

Encuesta para conocer las barreras de los Profesionales frente a la seguridad.

**16 CC AA**

**48 Centros de salud**

**452 Profesionales**

**251 Médicos de Familia**

**49 Pediatras**

**152 Enfermeros**

**96.047 Consultas**



# RESULTADOS DE APEAS



|                           | PREVALENCIA |
|---------------------------|-------------|
| EVENTOS ADVERSOS/PACIENTE | 1,011%      |
| EVENTOS ADVERSOS/CONSULTA | 1,118%      |
| INCIDENTES PACIENTE       | 0,782%      |

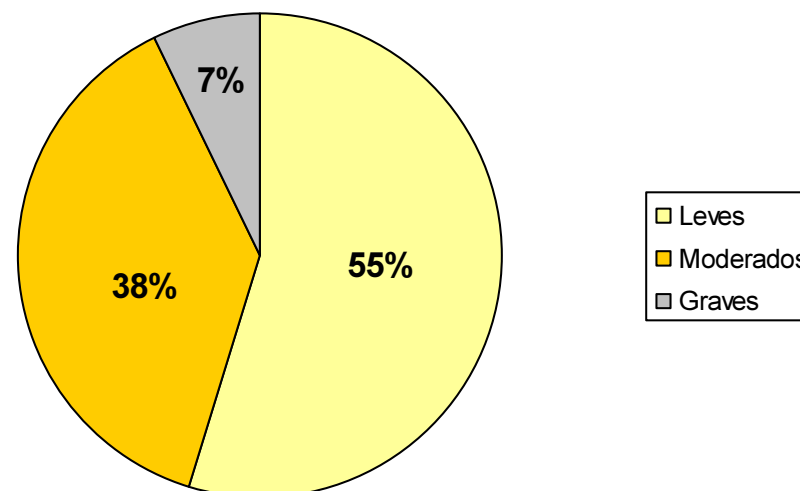
**EA Grave:** Ocasiona *éxitus*, incapacidad residual al alta o requiere intervención quirúrgica.

**EA Moderado:** Ocasiona una estancia hospitalaria de al menos 1 día (grado 2).

Si precisa atención en urgencias o consulta con especialista (grado 1).

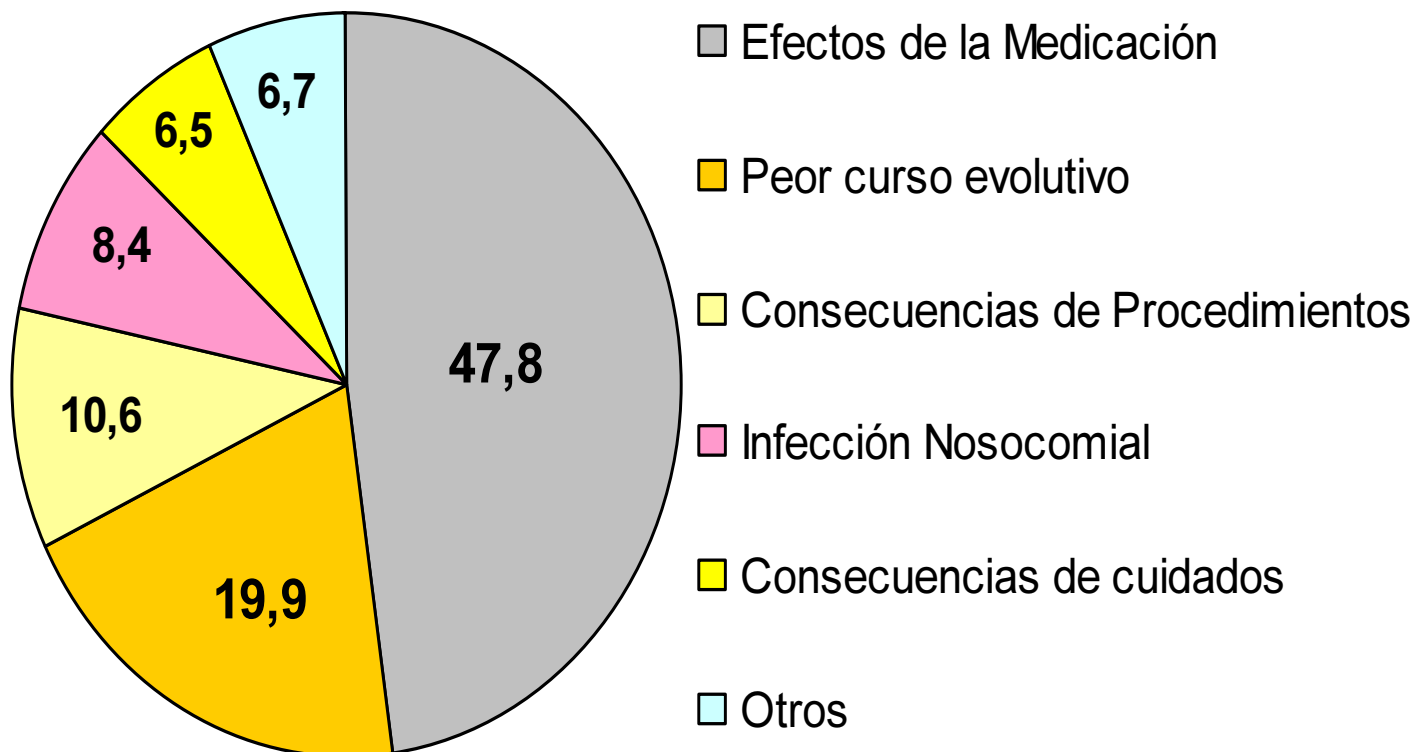
**EA Leve:** Lesión o complicación que no ocasiona nada de lo anterior.

**EA+INCIDENTES/paciente= 18,63 /mil**

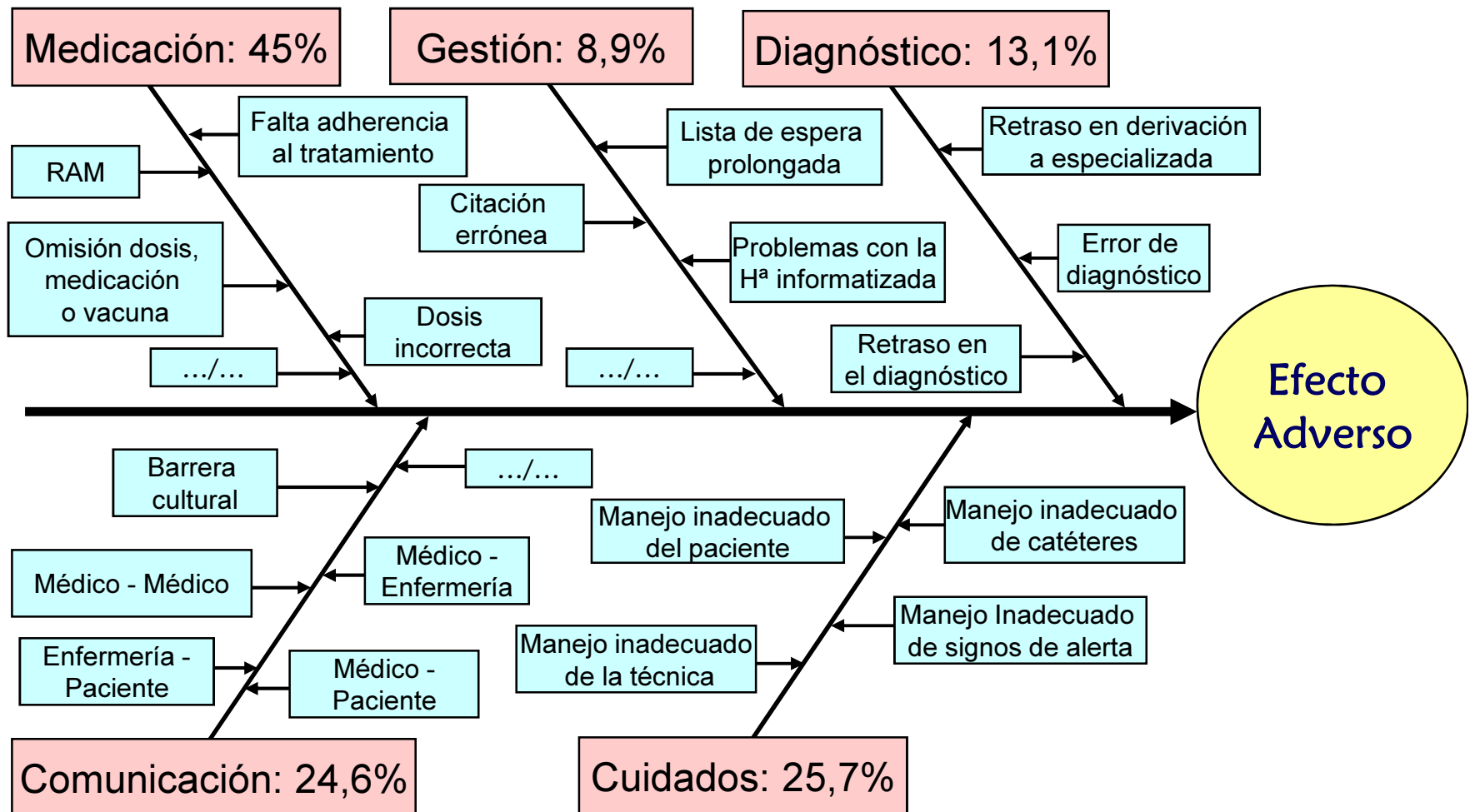


# Naturaleza del EA (%; n = 1108)

## Relacionado con:



# Factores causales

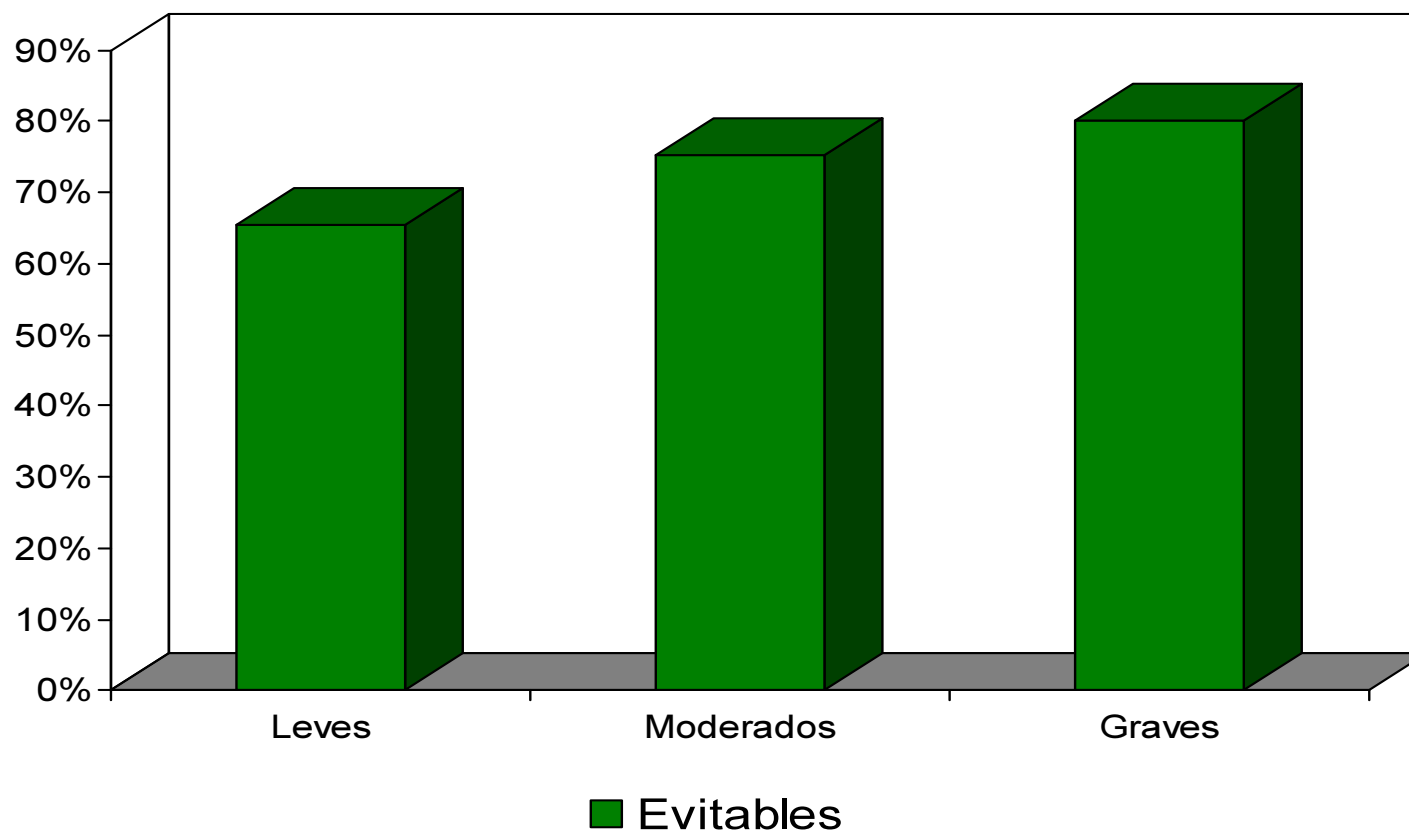


# Atención recibida como consecuencia del EA



| Atención recibida a consecuencia del EA.                                                  | EA  | %    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|
| La atención sanitaria no se vio afectada                                                  | 262 | 23,6 |
| Requirió un nivel más elevado de observación y monitorización en AP                       | 367 | 33,1 |
| Requirió una prueba adicional (radiografía, análisis, ..) en AP                           | 83  | 7,5  |
| Tratamiento médico o quirúrgico adicional en AP (antibióticos, cirugía menor, ...)        | 190 | 17,1 |
| Requirió una nueva consulta o derivación a Atención Especializada o Urgencias sin ingreso | 276 | 24,9 |
| Requirió hospitalización: Tto. de soporte vital (intubación orotraqueal, RCP, IQ)         | 64  | 5,8  |

# EVITABILIDAD





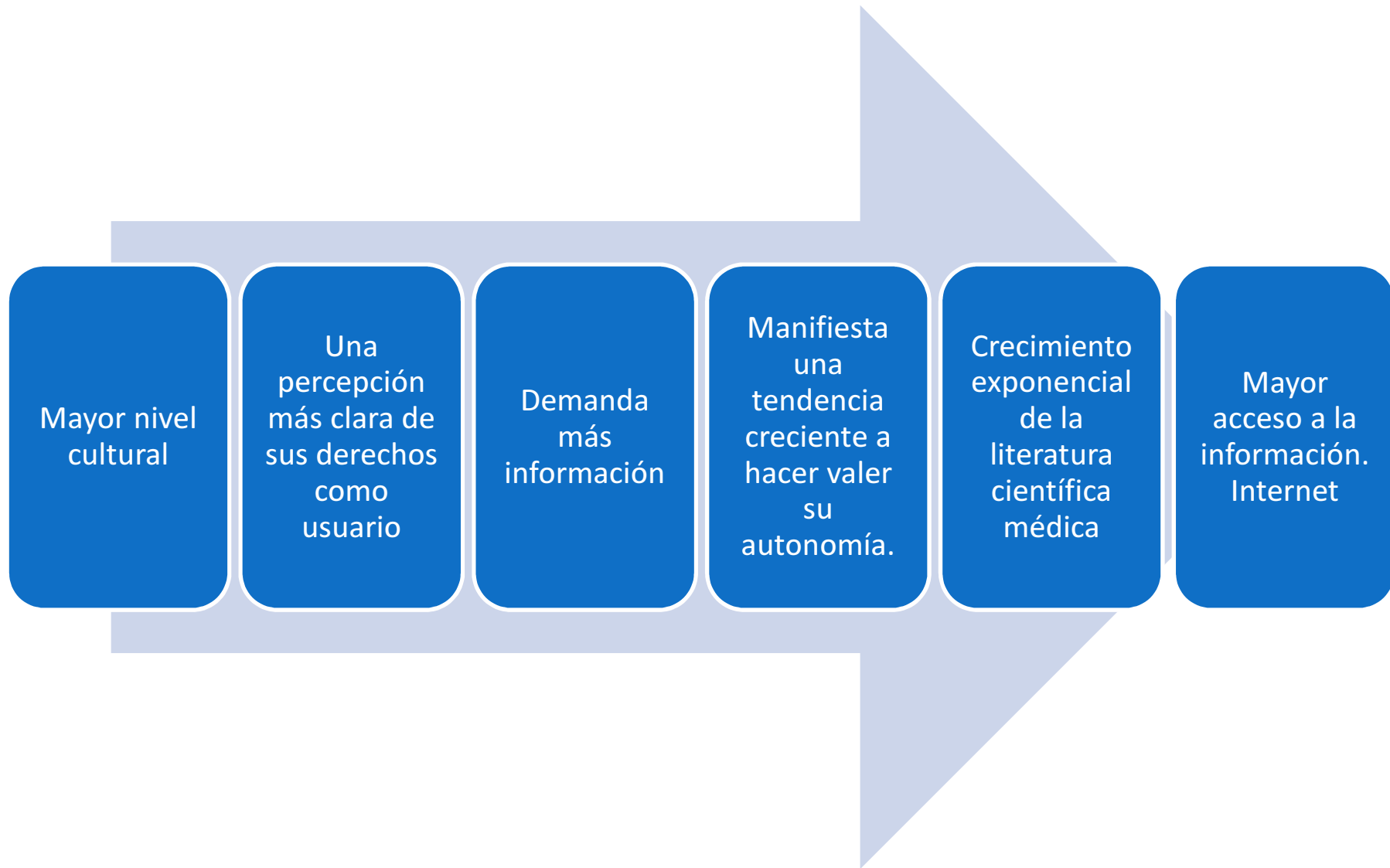
## **Capítulo 3 – Cultura de Seguridad**

# Índice



- ▶ ¿Qué es Cultura de Seguridad?
- ▶ Atención centrada en el paciente
- ▶ El problema de la Comunicación

# Pacientes y Sociedad



# ¿Qué es la cultura de un equipo?



La cultura de un equipo o de una organización está formada por el modelo de **creencias, valores, actitudes, normas, asunciones tácitas y procedimientos arraigados**, que influyen en la forma de actuar de las personas y de trabajar en conjunto



# ¿Qué es Cultura de Seguridad?



*“Una **Cultura de Seguridad** es más que unos directivos dictando unas líneas maestras sobre seguridad. Es un grupo de personas guiadas en su comportamiento por una creencia común en la importancia de la seguridad y el entendimiento compartido de que cada miembro del grupo intentará cumplir las normas de seguridad del grupo, y ofrecerá apoyo a los otros para lograr ese fin”. Helmreich y Merritt 1998*

**National Quality  
Forum (USA 2003)**

**La Cultura de  
Seguridad es la  
primera “buena  
práctica” a  
implantar**

**Debe ser medida en  
las instituciones**

# Principios clave de la Cultura de Seguridad



## Asumir, Reconocer y Rectificar

Tanto las personas como la organización son capaces de reconocer errores, aprender de ellos, y actuar para su rectificación.

## Ser Abierto y Justo

Compartir información con los **pacientes** y sus **familias** abierta y libremente

Dar un tratamiento justo al personal en caso de incidente.

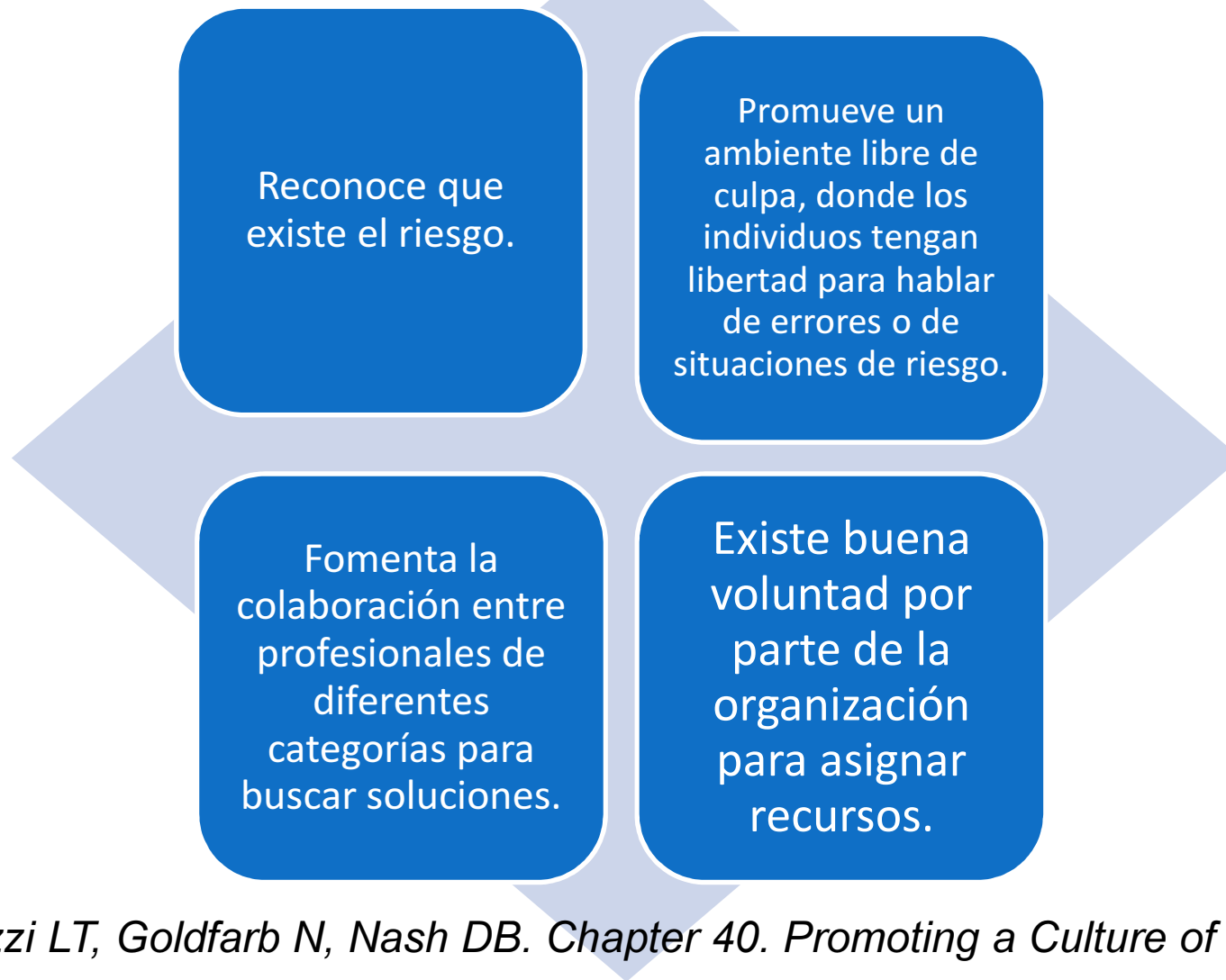
## Enfoque Sistémico

Las causas de los incidentes de seguridad del paciente no pueden ser simplemente vinculadas a las acciones individuales del personal sanitario involucrado

Todos los incidentes están también relacionados con el sistema, especialmente con el diseño de los procesos de trabajo.

**Estudiar qué es lo que falló en el sistema**, ayuda a las organizaciones a aprender lecciones que pueden minimizar las posibilidades de recurrencia del incidente

# ¿Cómo se comporta una organización con Cultura de Seguridad?



# La cultura de Seguridad debe estar presente en...



- ▶ En la **misión, visión y valores** de la organización
- ▶ Cuando se **presta asistencia al paciente**
- ▶ Cuando se establecen objetivos asistenciales y docentes.
- ▶ Se diseñan nuevos procesos y procedimientos y
- ▶ Se adquieren nuevos productos y equipos.

# Instrumentos para Medir la Cultura de Seguridad en las Organizaciones Sanitarias



## **Cuestionario HSOPS** (Hospital Survey On Patient Safety). 2004, AHRQ

- Adaptado y validado para España por la Agencia Calidad del SNS
- Valora 12 dimensiones con 42 preguntas

## **Medical Office Survey On Patient Safety Culture (MOSPS).** 2009. AHRQ

- Adaptado y validado para España por la Agencia de Calidad / SEMFYC
- Diseñado para Atención Primaria

# Dimensiones de la Cultura de Seguridad que Mide el Hospital Survey On Patient Safety para Hospitales



## Resultados de la Cultura de Seguridad

- Frecuencia de eventos notificados.
- Percepción de seguridad.

## A Nivel de Unidad/Servicio

- Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad.
- Aprendizaje organizacional/mejora continua.
- Trabajo en equipo en la unidad/servicio.
- Franqueza en la comunicación.
- Feed-back y comunicación sobre errores.
- Respuesta no punitiva a los errores.
- Dotación de personal.
- Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente.

## A Nivel de Todo el Hospital

- Trabajo en equipo entre unidades/servicios.
- Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades

# Dimensiones de la Calidad asistencial



# Atención centrada en el paciente. Autonomía



## Años 70 Inicio de la **Medicina Basada en la Evidencia**

- Usar la mejor evidencia clínica disponible (investigación y epidemiología clínica)
  - Exactitud y precisión de las pruebas diagnósticas
  - Eficacia y seguridad de alternativas terapéuticas/rehabilitadoras/preventivas
- La maestría individual adquirida por la experiencia, que se manifiesta en
  - Un diagnóstico más efectivo y eficiente
  - Utilización más sensible de los derechos y preferencias de los pacientes en la toma de decisiones clínicas

## Elementos organizativos de la Atención Centrada en el Paciente

- Coordinación entre niveles y servicios
- Acceso a una información comprensible
- Evitar demoras diagnósticas y de tratamiento
- Formar a los profesionales en habilidades en el trato y la información

# Atención centrada en el paciente. Autonomía

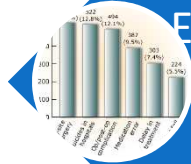


- **Usar la mejor evidencia clínica disponible (investigación y epidemiología clínica)**
  - pruebas diagnosticas
  - Eficacia y seguridad de alternativas terapéuticas
- **La maestría individual adquirida por la experiencia, que se manifiesta en**
  - Un diagnostico mas efectivo y eficiente
  - Derechos y preferencias de los pacientes en la toma de decisiones clínicas

## Elementos organizativos de la Atención Centrada en el Paciente

- Coordinación entre niveles y servicios
- Acceso a una información comprensible
- Evitar demoras diagnósticas y de tratamiento
- Formar a los profesionales en habilidades en el trato y la información

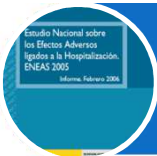
# La Comunicación entre profesionales



En el 70 % de los **eventos centinela** se encontraron fallos en la comunicación, la mitad de estos fallos se produjeron en la transición asistencial (**Joint Commission 2005**)



**Estudio Australia. Eventos adversos evitables graves que produjeron discapacidad. El 11% errores de comunicación y el 6% competencia inadecuada de facultativos. (Wilson 1992)**



**Apeas: 25% Incidentes**



**Transiciones, transferencias asistenciales o traspaso de pacientes (Handoffs)**

- La responsabilidad sobre el paciente cambia de profesional
- Además de informar adecuadamente, **el proceso debe acompañarse de retroalimentación suficiente que permita verificar que ha habido una correcta comprensión de la información.**

# Handoffs :*Momentos Críticos para que se produzcan Fallos de Comunicación*



Ingreso en el hospital desde atención primaria.

Alta del hospital a atención primaria.

Traslado entre hospitales.

Traslado a otra unidad dentro del hospital.

Pero el término es muy amplio e incluye otros cambios de responsabilidad más frecuentes, dentro del hospital, como son:

- ■ Cambios de turno de enfermería.
- ■ Cambios de guardia de los médicos.
- ■ Transferencia de urgencias a una unidad del hospital.
- ■ Transferencia del quirófano a reanimación.
- ■ Cobertura para descansos durante los turnos.



<https://youtu.be/klXGcZjswUw>

## **EL TELÉFONO ESCACHARRADO**

# Técnica de comunicación SBAR (savr)



|          |                       |                                                                                                                                                                                                      |          |                       |
|----------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| <b>S</b> | <b>Situation</b>      | <b>¿Qué esta pasando con el paciente? ¿Hay cambios recientes?</b><br><b>Demanda de atencion por dato objetivo (ej: fiebre) o subjetivo (ej: dolor)</b>                                               | <b>S</b> | <b>Situacion</b>      |
| <b>B</b> | <b>Background</b>     | <b>¿Cual es el contexto?</b><br><b>Motivo de ingreso. Diagnosticos. Antecedentes. Tratamientos</b>                                                                                                   | <b>A</b> | <b>Antecedentes</b>   |
| <b>A</b> | <b>Assessment</b>     | <b>¿Que pienso que puede ser el problema?</b><br><b>Enfermera o medico a cargo del enfermo da su opinion sobre la situacion.</b>                                                                     | <b>V</b> | <b>Valora cion</b>    |
| <b>R</b> | <b>Recommendation</b> | <b>¿Qué debe hacerse proxicamente?</b><br><b>Lo que hay que hacer durante las proximas horas y otras recomendaciones para el cuidado.</b><br><b>Identificar las pruebas pendientes de resultado.</b> | <b>R</b> | <b>Recomen dacion</b> |

## *Ejemplo :Trasmisión de Información con el Método SAVR entre Enfermera de Planta y Médico de Guardia*



- ▶ La enfermera Dolores López, en el turno de tarde de la planta de cirugía general, llama al cirujano de guardia en relación con un paciente.
- ▶ **Introducción:** Dr. Pérez, soy Dolores López enfermera de la planta de cirugía.
- ▶ **Situación:** Le llamo por el paciente de la habitación 147, Sr. Gómez, que se queja de dolor torácico y disnea de aparición brusca. Ha empezado a tener dificultad respiratoria importante.
- ▶ **Antecedentes:** Es un paciente de 68 años, intervenido esta mañana de hernia inguinal derecha. Antecedentes de EPOC.
- ▶ **Valoración:** Tiene dificultad respiratoria importante. Le he puesto oxígeno y un pulsímetro y tiene 88% de saturación de O<sub>2</sub>. Los ruidos respiratorios están disminuidos en el lado derecho. Creo que hay que descartar un neumotórax.
- ▶ **Recomendación:** Creo que debe evaluarlo lo antes posible. ¿Puede venir ahora?



# **AUTONOMIA DEL PACIENTE**

PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN SUS PROPIOS CUIDADOS

## Programa “SPEAK UP”. La actitud de los pacientes frente a la información



**El programa “Hable” está patrocinado por The Joint Commission,  
anima a los pacientes a participar en su propia atención médica**

- ▶ **S**i tiene dudas o preocupaciones, pregunte. Si aún así no entiende, vuelva a preguntar. No dé nada por sentado.
- ▶ **P**reste atención. Asegúrese que recibe el tto que precisa por el personal adecuado a su proceso.
- ▶ **E**ntienda su enfermedad , las pruebas que le hacen y su plan de tratamiento.
- ▶ **A**cuda con un familiar o amigo que se implique e interceda por usted.
- ▶ **K** Conozca los medicamentos que toma. Es el mayor riesgo de EA.
- ▶ **U**tilice un centro sanitario con evaluación externa de la calidad
- ▶ **P**articipe en todas las decisiones sobre su tratamiento.

## **Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**



**Obliga a las Comunidades Autónomas a adaptar su normativa a esta ley**

**Establece un marco de referencia para los derechos y deberes de los pacientes.**

Regula el derecho de voluntades anticipadas, o sea la posibilidad de manifestar en forma de instrucciones previas los criterios asistenciales en caso de no poder expresarlos personalmente en el futuro.

Establece la necesidad del consentimiento informado y sus excepciones.

**Reforma el artículo 10 de la Ley General de Sanidad en el sentido de que define claramente al paciente como titular primero y principal de la información, reconociendo que puede renunciarse a este derecho.**

**Define la información como adecuada y conveniente al proceso y la situación concreta frente al término de “completa” al que aludía la Ley General de Sanidad.**

# ELEMENTOS A TENER EN CUENTA EN LA COMUNICACIÓN



- ▶ **Mostrar interés**
- ▶ **Cortesía**
- ▶ **Tacto**
- ▶ **Empatía**
- ▶ **Lenguaje no verbal**
- ▶ **Mirada**

# La comunicación de los Eventos Adversos “*open disclosure*”



Planificar la información en lugar y tiempo

Adaptarla a la capacidad de comprensión de los interlocutores

Pedir disculpas por lo ocurrido

No demorar la información

Contar lo que realmente ocurrió

Escuchar a pacientes y familiares

Dejar la puerta abierta a posteriores informaciones.



# **Capítulo 4- Las Infecciones relacionadas con la Atención Sanitaria (IRAS).**

***Eduardo Sierra***

*Médico. Experto en Gestión de riesgos sanitarios*

# Índice



- Las Infecciones relacionadas con la Atención Sanitaria (IRAS).
- Programas de Vigilancia, Prevención y Control de la Infección en los Hospitales
- Estudios de Infección Nosocomial a nivel nacional. EPINE. ENVIN-HELICS
- Estudios de Intervención para reducir las IRAS graves: BACTERIEMIA CERO, NEUMONIA CERO
- Higiene de Manos

## Una Infección Relacionada con la Atención Sanitaria (IRAS), también denominada Infección Nosocomial (IN), se define como:

**Aquella infección que afecta a un paciente durante el proceso de asistencia en un hospital u otro centro sanitario, que no estaba presente ni incubándose en el momento del ingreso.**

Incluye también las infecciones que se contraen en el hospital pero se manifiestan después del alta, así como las infecciones ocupacionales del personal del centro sanitario.

***Ducel G et al. Prevención de las infecciones hospitalarias. Guía práctica. OMS 2002.***

# MAGNITUD DE LAS IRAS



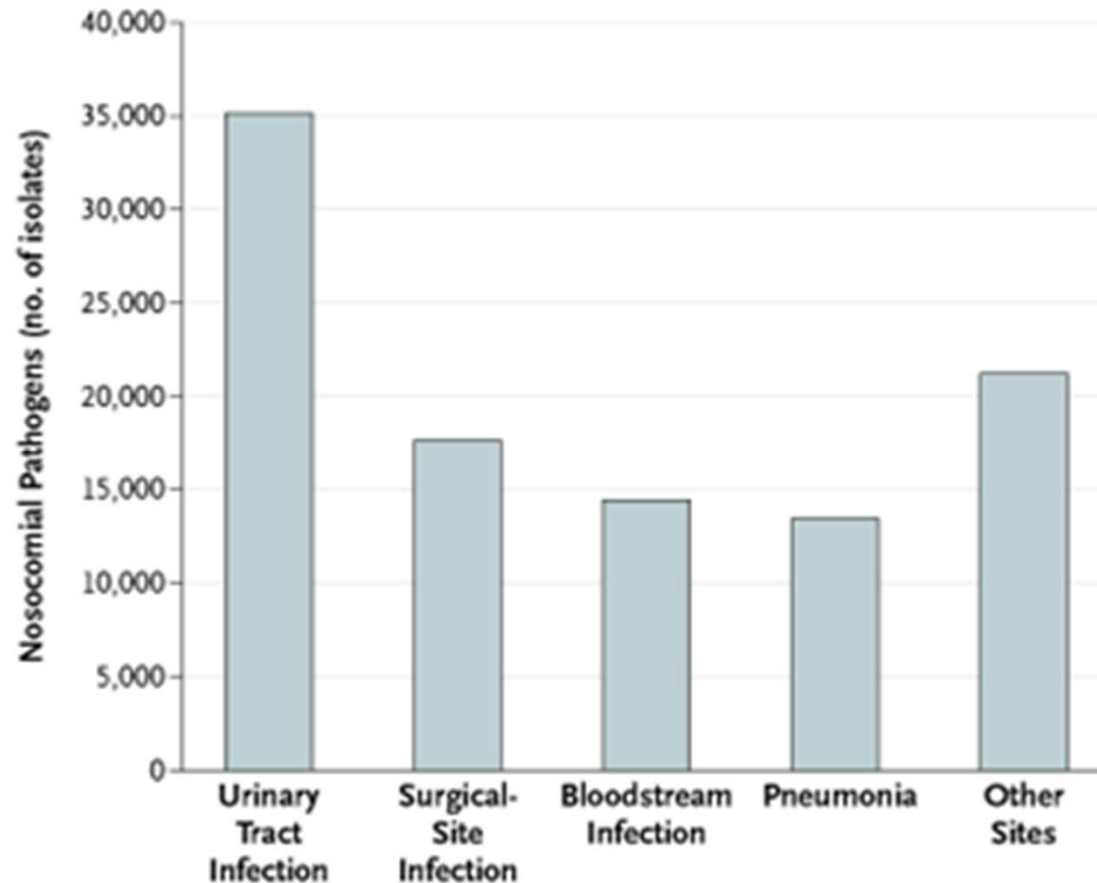
- ▶ Entre el 5% y el 10% de los pacientes ingresados en los hospitales del mundo desarrollado
- ▶ En países en desarrollo puede llegar al 25%

**Estudio de Prevalencia de la Infección Nosocomial en España (EPINE), en los hospitales españoles la tasa de prevalencia en 2011-2014 fue entre 6.28%.-5.6 %**

## ENEAS. Tipos de EA y Evitabilidad

| NATURALEZA DEL PROBLEMA           | Totales (%)       | Evitables (%)      |
|-----------------------------------|-------------------|--------------------|
| Relacionados con la medicación    | 37,4              | 34,8               |
| Relacionados infección nosocomial | <b>25,3</b>       | <b>56,6</b>        |
| Relacionados con un procedimiento | 25,0              | 31,7               |
| Relacionado con los cuidados      | 7,6               | 56,0               |
| Relacionados con el diagnostico   | 2,7               | 84,2               |
| Otros                             | 1,8               | 33,4               |
| <b>Total</b>                      | <b>655 (100%)</b> | <b>278 (42,6%)</b> |

# IRAS más frecuentes



**ITU**  
**Sitio quirúrgico**  
**Sepsis**  
**Neumonía**

**Suponen el**  
**80%**  
**IRAS**  
**En el**  
**MUNDO**

# PROGRAMAS DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN EN LOS HOSPITALES



- ▶ Un sistema de vigilancia de la Infección Nosocomial es un proceso de observación **sistemático y activo, con registro, análisis y difusión** de la infección hospitalaria.
- ▶ El proyecto SENIC (EE.UU 1974-1983), puso en evidencia que con medidas de vigilancia y control era posible reducir las infecciones nosocomiales más de un **30%**, hecho corroborado posteriormente por otros estudios.
- ▶ El objetivo final de todo sistema de vigilancia es **disminuir los niveles de infección nosocomial morbilidad, mortalidad y costes.**

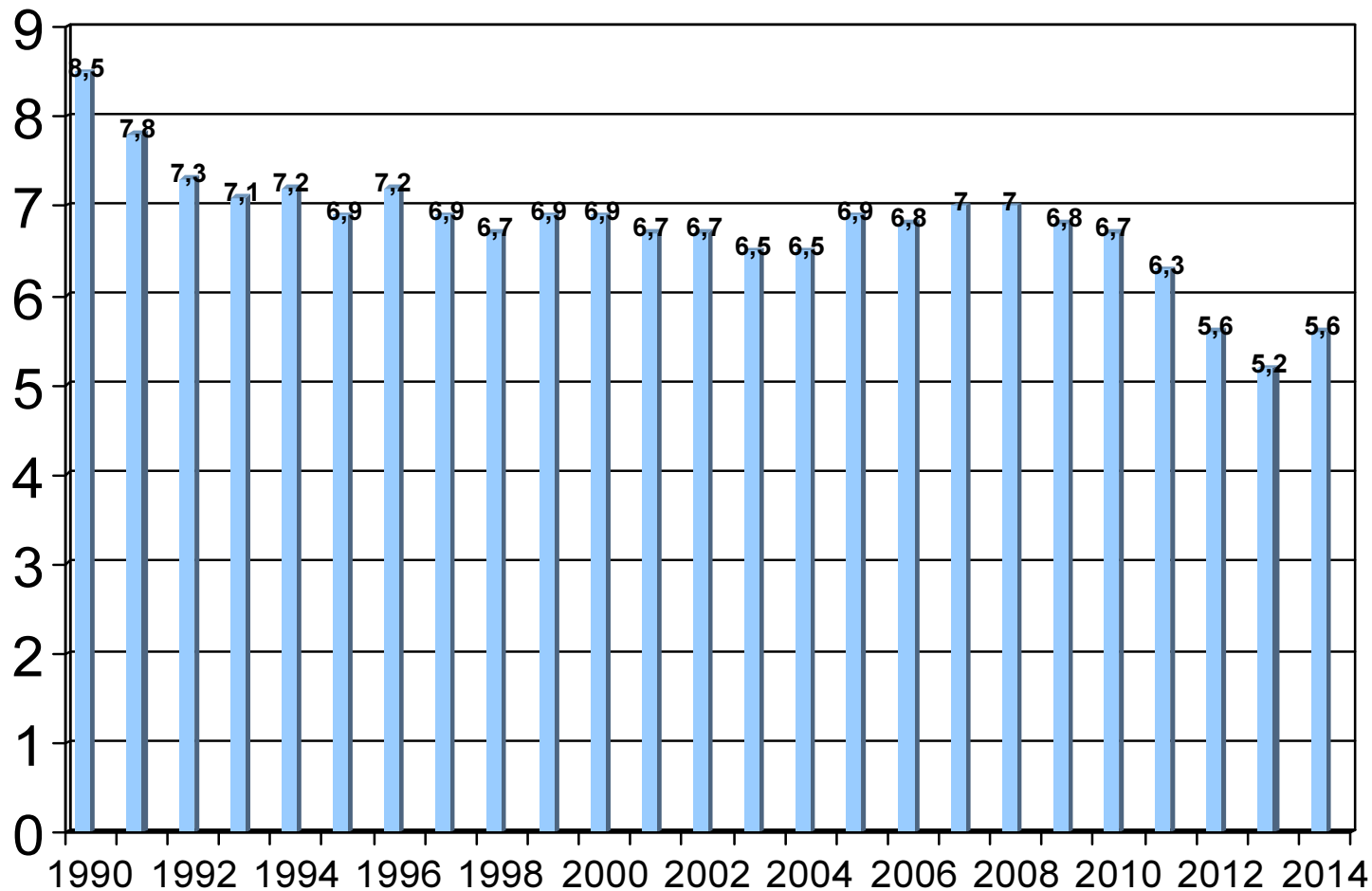
## ***El Sistema de Vigilancia debe Permitir al Hospital***



- ▶ Detectar los brotes de manera inmediata.
- ▶ Conocer los niveles endémicos de infección nosocomial
- ▶ Los microorganismos implicados y las resistencias a los antimicrobianos.
- ▶ Localizar a los pacientes que requieren precauciones para prevenir el riesgo de infección nosocomial.

# LOS ESTUDIOS DE IRAS en España

## EPINE. Evolución Tasa IN en 25 años



## EPINE 2013



### Localización

### Pacientes con infección. %

Urinarias

20.51

Quirúrgicas

29.06

Respiratorias

22.97

Bacteriemias e

13.69

infecciones

asociadas a catéter

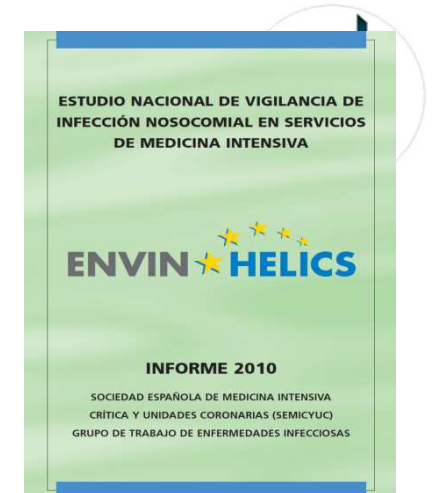
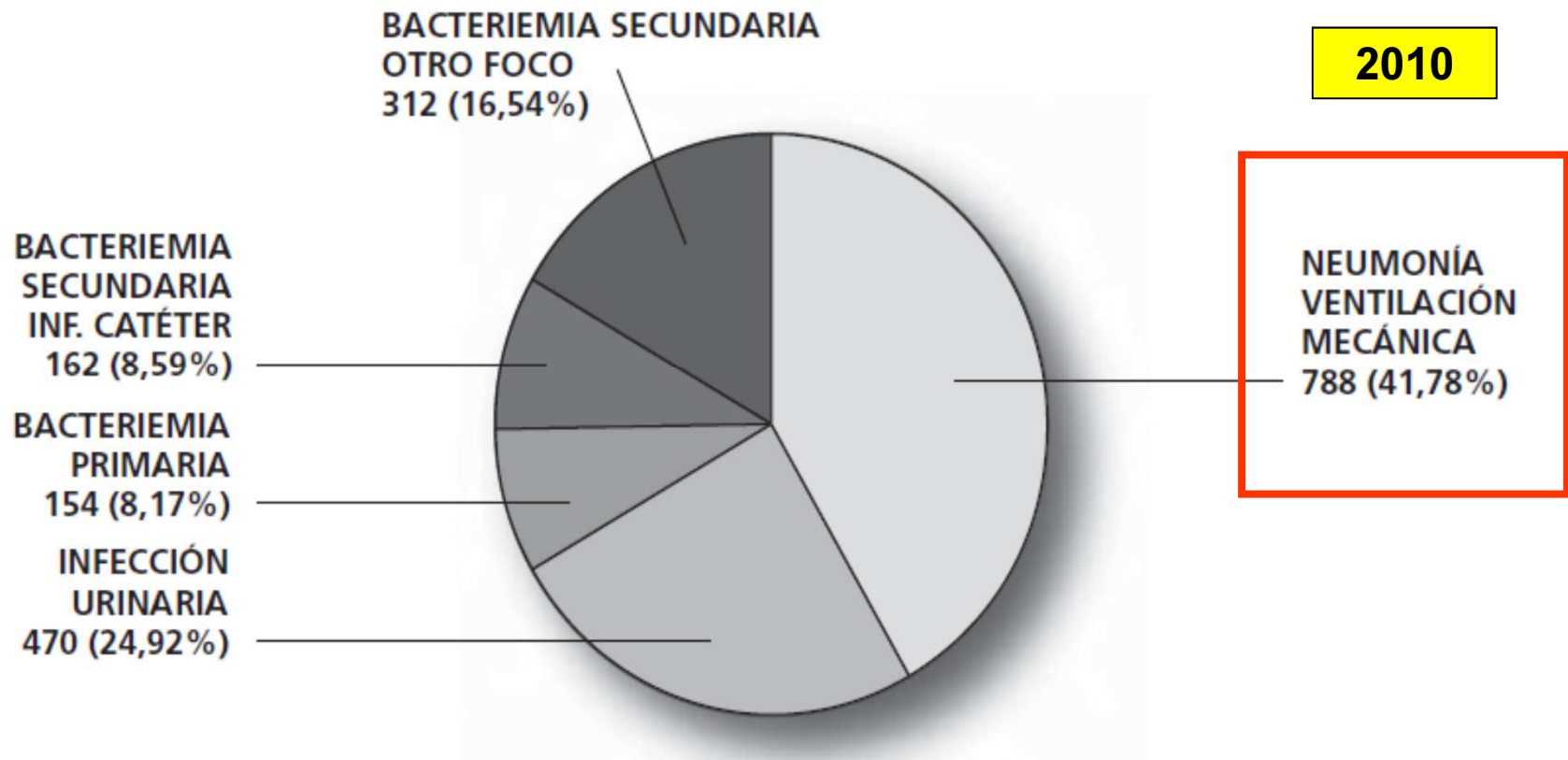
Otras

23.42

localizaciones

# INFECCIONES ADQUIRIDAS EN UCI IRAS ASOCIADAS A INSTRUMENTACIÓN

16.950 PACIENTES  
147 UCI



2010

# ¿Qué es BUNDLE?



- Es un set pequeño y sencillo de practicas generalmente 3 a 5, que cuando se han desarrollado conjuntamente han demostrado clara efectividad

- Es un término o concepto desarrollado por The Institute for Healthcare Improvement (IHI), usado para el cuidado efectivo de un grupo de procesos de alto riesgo para los pacientes

- Los cambios son todos necesarios y suficientes. Si se elimina uno de ellos, no se consigue el mismo resultado.



## STOP-BRC

1. Higiene adecuada de manos
2. Desinfección de la piel con clorhexidina
3. Medidas de barrera total durante la inserción
4. Preferencia de localización subclavia
5. Retirada de CVC innecesarios
6. Manejo higiénico de los catéteres

**Mínimos**

1. Implantación 6 medidas
  - Disponibilidad material
  - Recogida de datos mensual (web)
2. Curso de formación STOP-BRC + Test
3. Lista de verificación en la inserción de CVC

## Plan de seguridad integral

1. Evaluar la cultura de seguridad
2. Formación en seguridad del paciente
3. Identificar errores en la práctica habitual
4. Establecer alianzas con la dirección
5. Aprender de los errores

**Mínimos**

1. Cuestionario AHRQ
2. Curso seguridad de paciente+ Test
3. Objetivos diarios: en papel al menos 4 ítems propuestos
5. Sesión mensual de discusión problemas/errores en manejo de CVC  
(en sesión clínica, con metodología propuesta u otras)



# Proyecto Intervención BZ

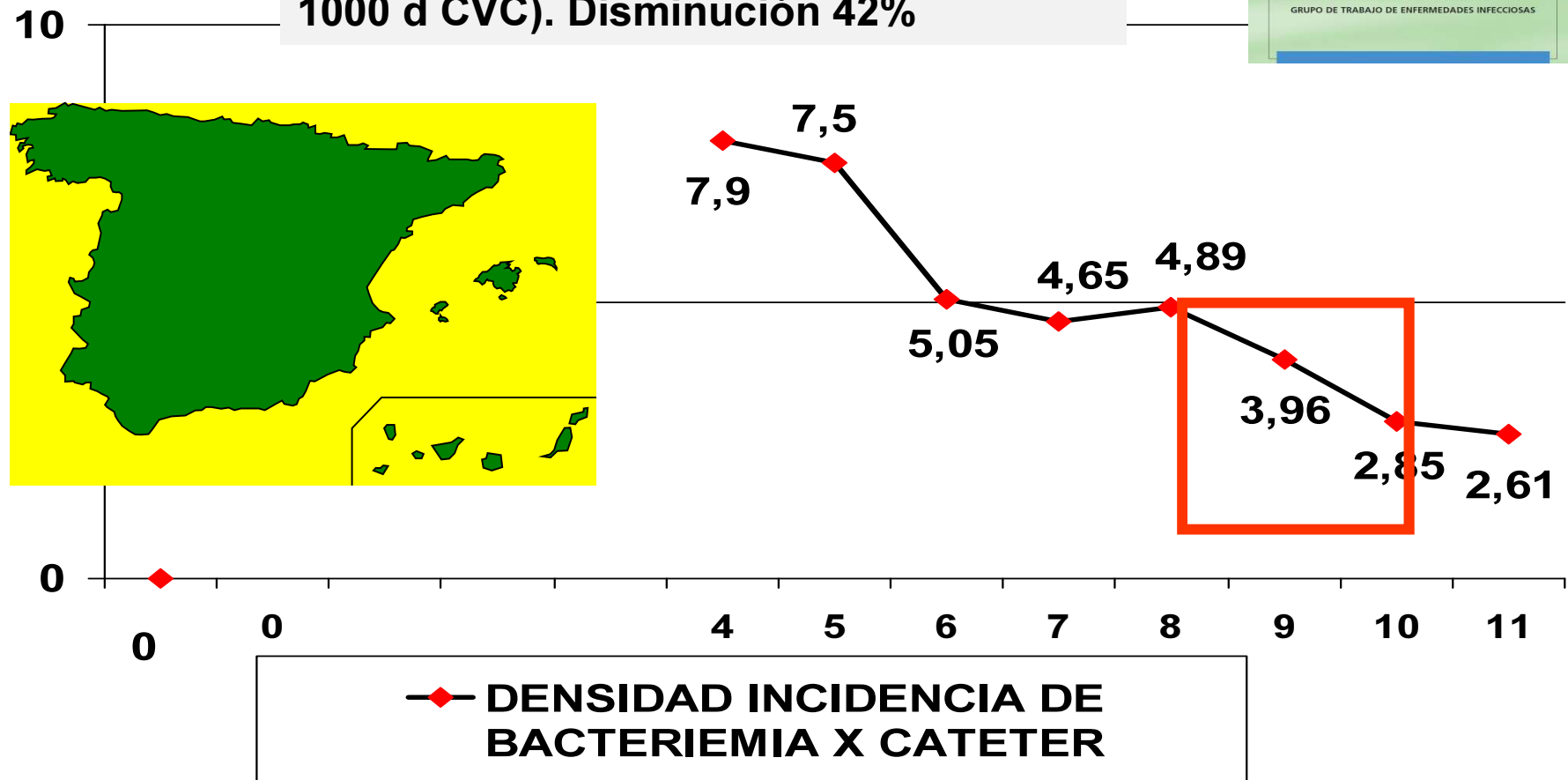
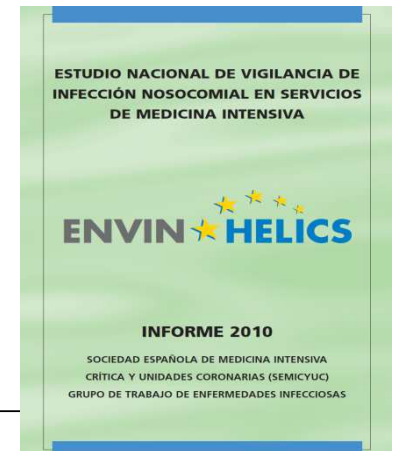


**INTERVENCION DURANTE 18 MESES: Enero 2009- Julio 2010**

- ▶ El objetivo principal del proyecto fue reducir la DI de BRC a <4 episodios por 1000 días de CVC.
- ▶ Los objetivos secundarios eran documentar todos los episodios de bacteriemia,
- ▶ Crear grupos de trabajo con capacidad de liderazgo que puedan seguir programas de prevención de otras infecciones nosocomiales.
- ▶ Reforzar la cultura de la seguridad en el manejo del paciente crítico

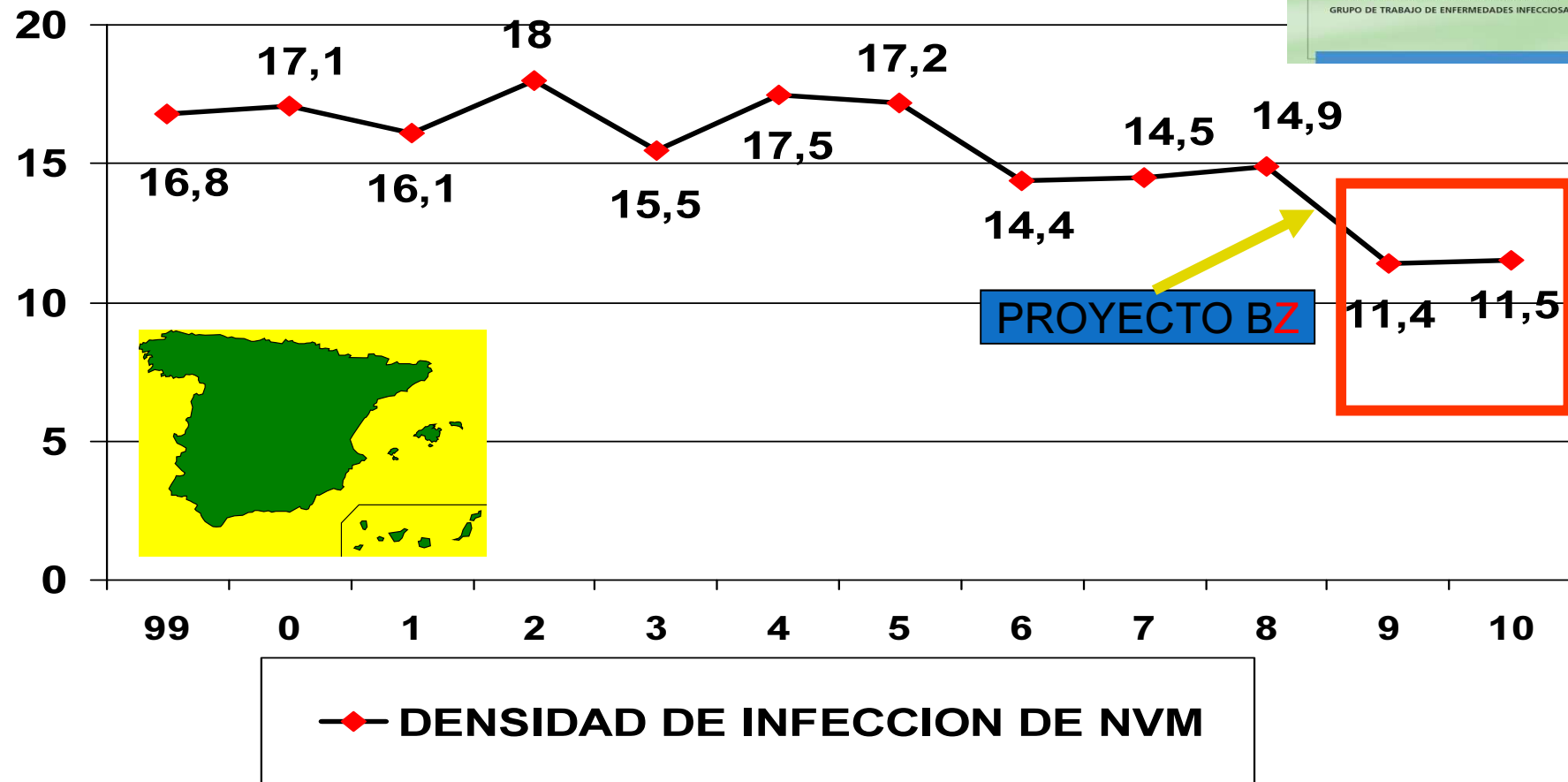
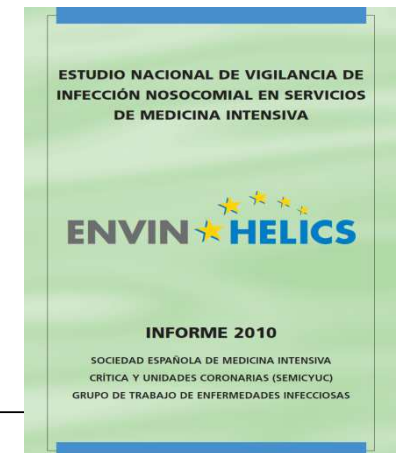
# TASAS DE Bacteriemia por catéter central.

Tasa nacional <4 (2,8 episodios x 1000 d CVC). Disminución 42%





# TASAS DE NVM EN ESPAÑA 1999-2010



ENVIN-HELICS (1999-2010)

# MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA NAV

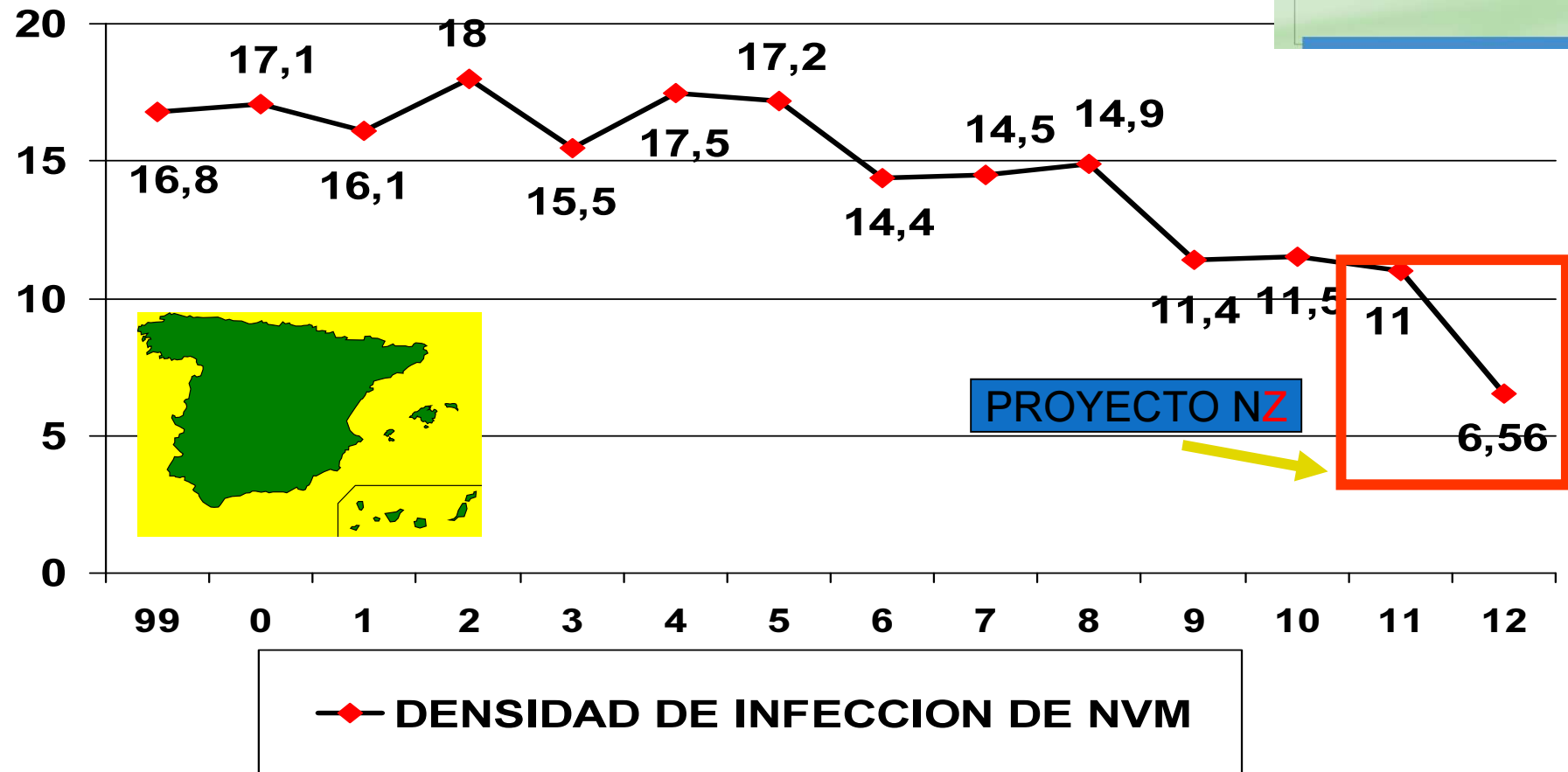
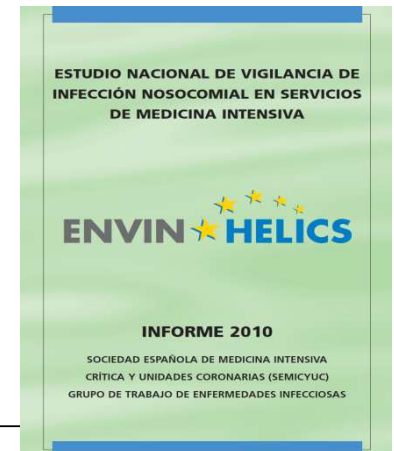


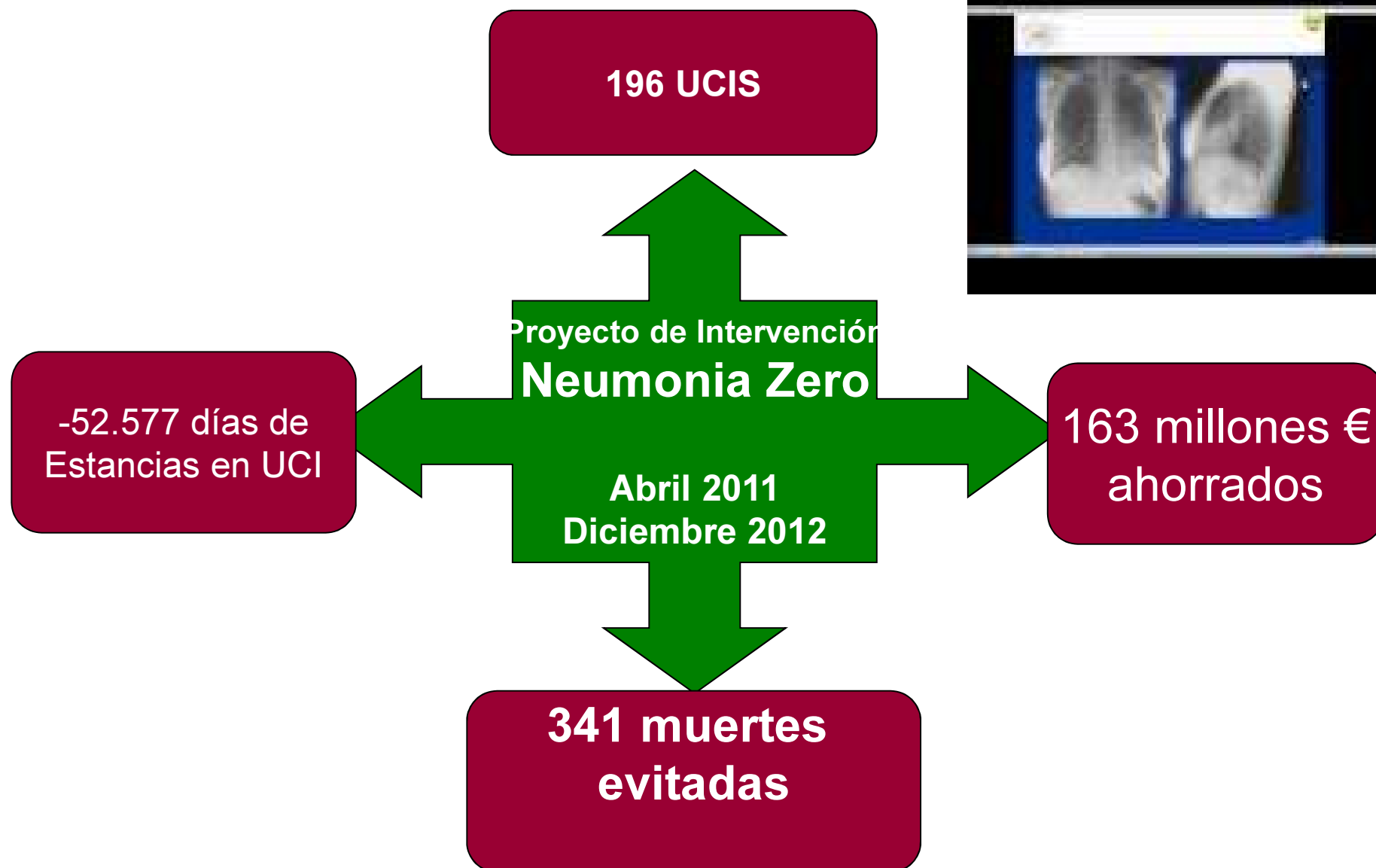
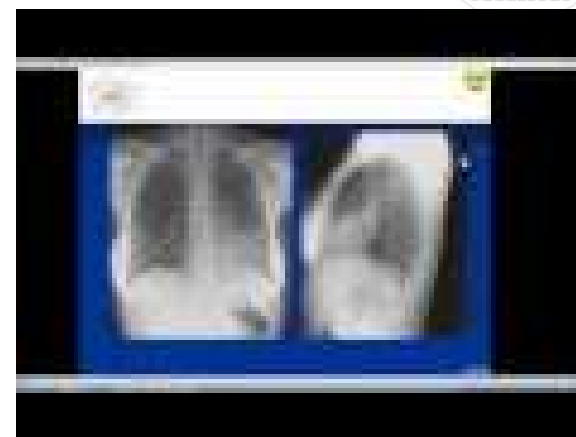
## MEDIDAS BÁSICAS DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO

- 1.- Formación y entrenamiento apropiado en el manejo de la vía aérea
- 2.- Higiene estricta de manos en el manejo de la vía aérea
- 3.- Control y mantenimiento de la presión del neumotaponamiento por encima de 20 cmH<sub>2</sub>O
- 4.- Higiene bucal cada 6-8 horas utilizando Clorhexidina (0,12-0,2%)
- 5.- Evitar, siempre que sea posible, la posición de decúbito supino a 0º
- 6.- Favorecer todos los procedimientos que permitan disminuir de forma segura la intubación y/o su duración
- 7.- Evitar los cambios programados de las tubuladuras, humidificadores y tubos traqueales



# TASAS DE NVM EN ESPAÑA 1999-2012





# HIGIENE DE MANOS



# Tipos de flora en las manos

## FLORA TRANSITORIA: (FLORA CONTAMINANTE )

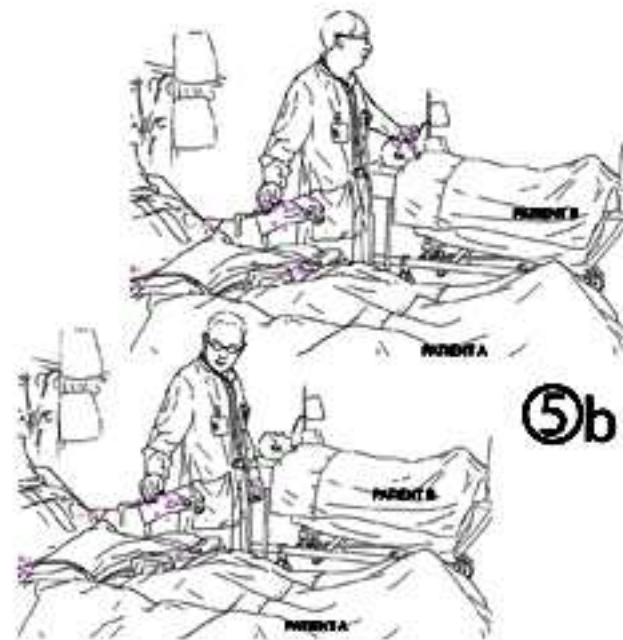
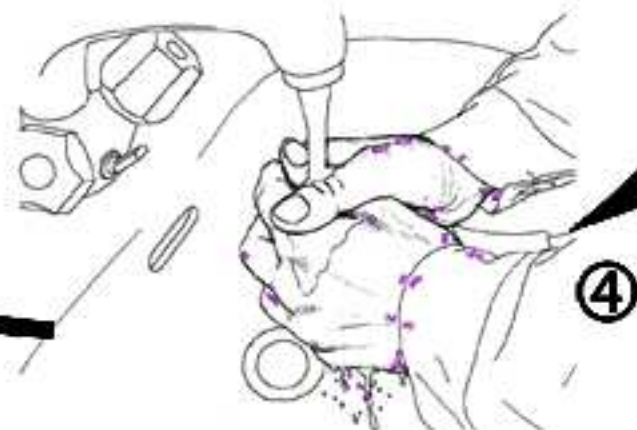
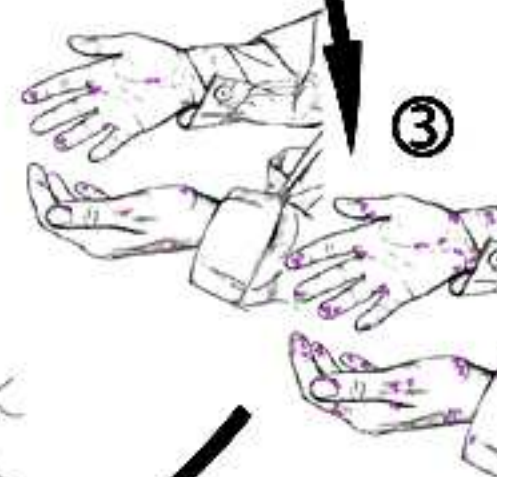
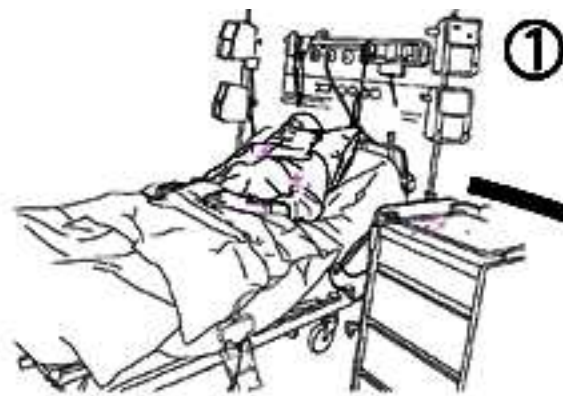
- ▶ De forma temporal o transitoria, que **se adquiere a través del contacto con los pacientes o personal infectados o colonizados o con superficies contaminadas**, de fácil remoción mediante la higiene de las manos.
- ▶ *Escherichia Coli, Pseudomonas, Serratia, y gram. positivos como Staphylococcus Aureus.*
- ▶ *Estos organismos sobreviven en la piel por varios periodos (desde unos minutos hasta varias horas o días). CAUSANTES DE IRAS*

## FLORA RESIDENTE: (FLORA COLONIZANTE)

- ▶ Se aíslan en la mayoría de las personas, se consideran permanentes residentes, y son de difícil remoción por la fricción mecánica.
- ▶ *Entre los organismos considerados como flora residente se tiene a Staphylococcus Coagulasa negativo, Corynebacterium, Acinetobacter, levaduras.*

- Las manos son el vehículo más común de transmisión de los microorganismos patógenos asociados a la atención sanitaria.





# Tipos de Higiene de manos



**1. LAVADO DE  
MANOS HIGIÉNICO**

**2. LAVADO DE MANOS  
ANTISÉPTICO**

**3. HIGIENE MANOS CON  
SOLUCIONES  
HIDROALCOHOLICAS**

**4. LAVADO DE MANOS  
QUIRÚRGICO**

## ¿Qué es el lavado de manos?

**DURACIÓN : 1 minuto**

- Es la eliminación de suciedad y parte de los microorganismos que pueden estar en las manos utilizando agua y jabón no antiséptico.

## LAVADO DE MANOS ¿CUÁNDO?

1. Antes de iniciar la jornada laboral y al finalizarla.
2. Cada vez que las manos estén visiblemente sucias.
3. Antes y después de comer.
4. Después de ir al cuarto de baño.
5. Después de estornudar, sonarse...



# ¿Qué es la Higiene de Manos?



**DURACIÓN : 20  
segundos**

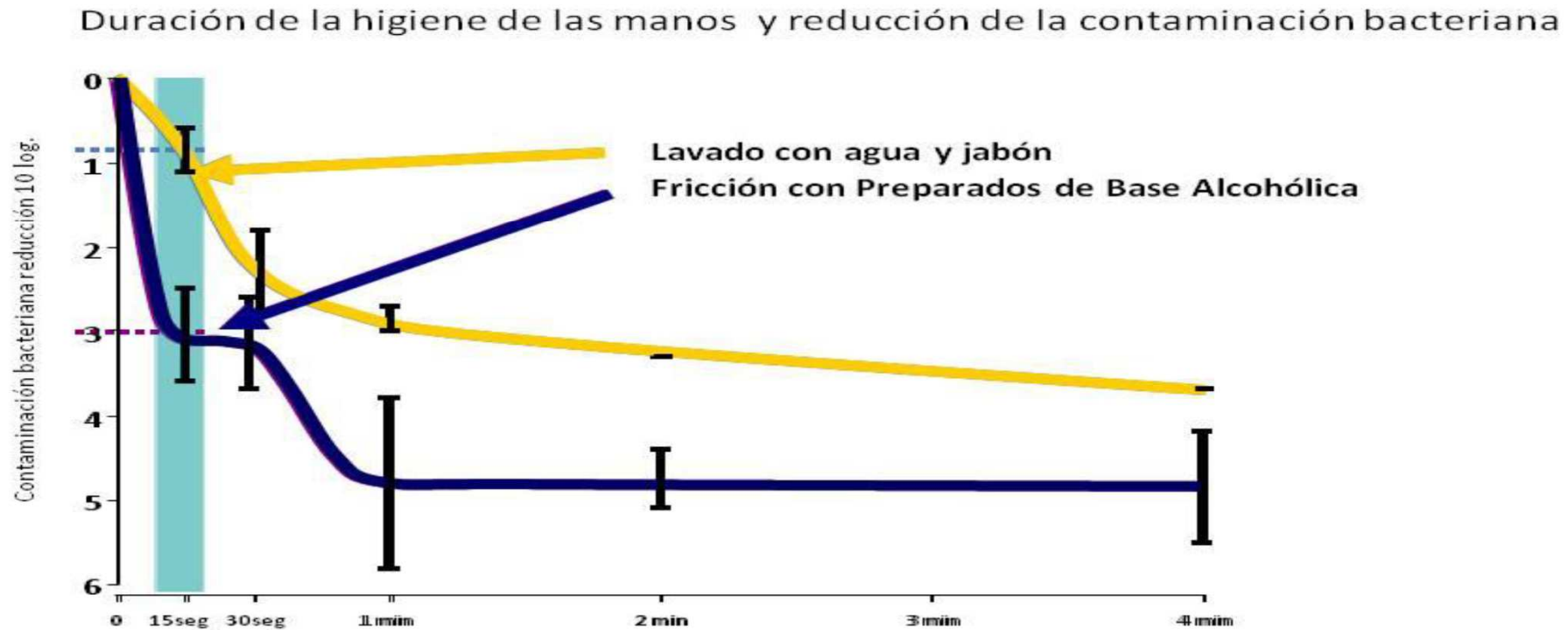
- ▶ Es la eliminación de microorganismos que contaminan las manos.
- ▶ Se consigue utilizando un producto antiséptico (Solución alcohólica o jabón antiséptico).

## **HIGIENE DE MANOS ¿QUIÉN?**



- 1. Los profesionales sanitarios.**
- 2. Las personas cuidadoras o cualquier persona que se implique en el cuidado de un paciente.**

# ¿CÓMO SE PUEDE EVITAR?



Fuente: Pittet and Boyce. *Lancet Infectious Diseases* 2001<sup>7</sup>

**El preparado de base alcohólica es más rápido y más eficaz, siempre que se utilicen sobre manos limpias y secas.**

## 17 estudios demostraron la eficacia de la promoción de la higiene de las manos en la reducción de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria



| Año                           | Autores          | Entorno hospitalario | Resultados significativos                                                                                 | Duración del seguimiento |
|-------------------------------|------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 2000                          | Pittet et al.    | Todo el hospital     | IRAS disminuyeron (41,5%)<br><i>Staphylococcus aureus</i><br>resistentes a la meticilina<br>(87%)         | 5 años                   |
| 2004                          | Won et al.       | UCI neonatal         | Reducción IRAS (de<br>15,1/1.000 días-paciente a<br>10,7/1.000 días-paciente                              | 2 años                   |
| 2005                          | Rosenthal et al. | UCI de adultos       | Reducción (de 47,5/1.000<br>días-paciente a 27,9/1.000<br>días-paciente)                                  | 21 meses                 |
| 2005                          | Johnson et al.   | Todo el hospital     | Reducción (57%) de las<br>bacteriemias por<br><i>Staphylococcus aureus</i><br>resistentes a la meticilina | 36 meses                 |
| P< 0.05 en todos los estudios |                  |                      |                                                                                                           |                          |

# ¿CÓMO LAVAR LAS MANOS CON AGUA Y JABÓN? 40-60seg



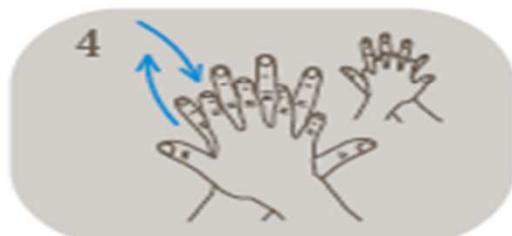
1 Mójese las manos con agua.



2 Deposite suficiente jabón para cubrir toda la superficie de las manos.



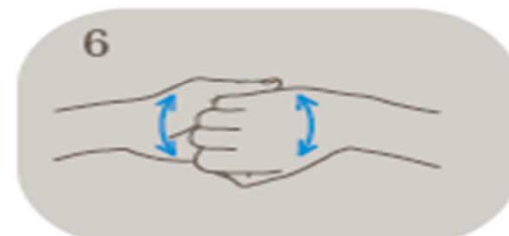
3 Frótese las palmas de las manos entre sí.



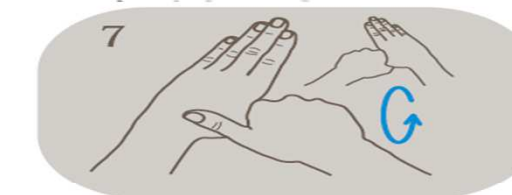
4 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando.



5 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos.



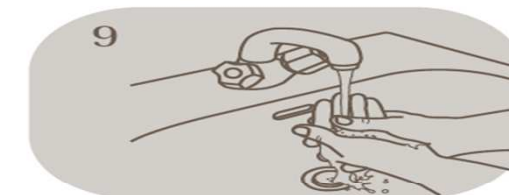
6 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.



7 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa.



8 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.

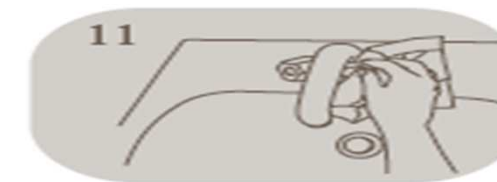


9 Enjuáguese las manos con agua.



10 Séquelas con una toalla de un solo uso.

Evite que sus manos vuelvan a mojarse.



11 Sírvese de la toalla para cerrar el grifo.

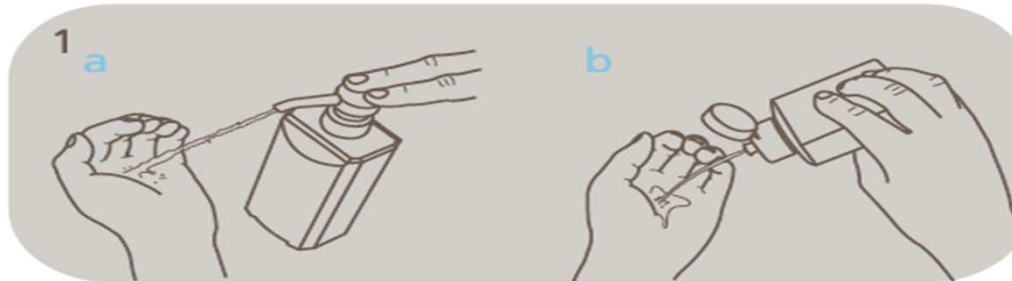
Evite tocar el grifo después de lavarse.



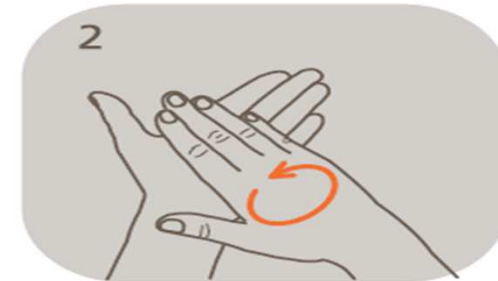
12 ... y sus manos son seguras.

... y sus manos son seguras.

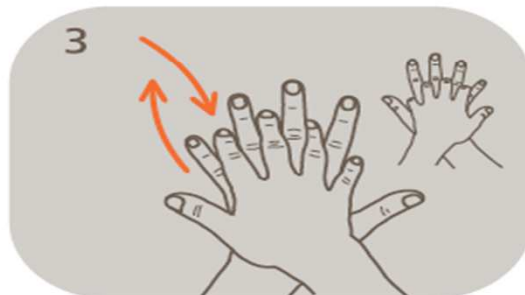
# ¿CÓMO REALIZAR HIGIENE MANOS SOLUCION HIDROALCOHÓLICA? 20-30seg



Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir toda la superficie a tratar.



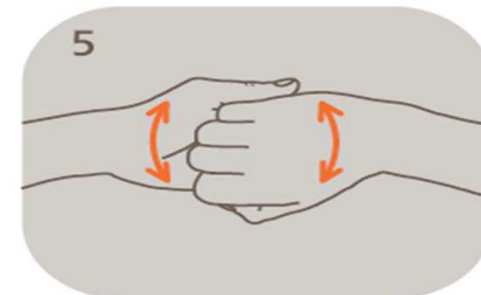
Frótese las palmas de las manos entre sí.



Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa.



Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.



Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.



Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa.



Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.



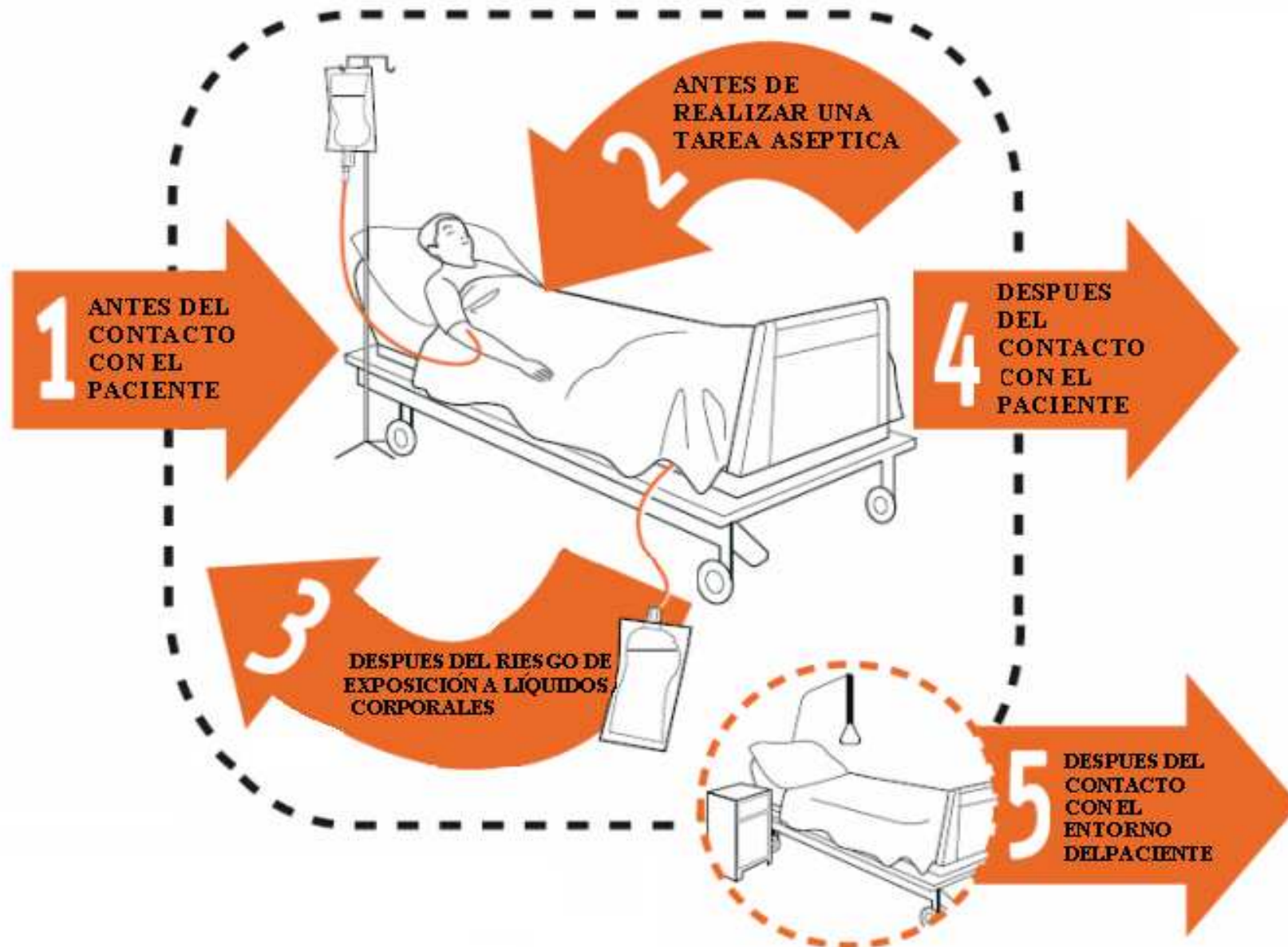
... una vez secas, sus manos son seguras.



<http://youtu.be/1YqFkaE90SE>

HIGIENE DE MANOS. TECNICA

# Los 5 momentos para la HM



# Lavado / Solución hidro alcoholica



- Después de usar el baño
- Cuando las manos se ven sucias
- Después de la exposición a agentes patógenos que forman esporas (ej. C. diff)



Use agua y jabón



Use solución a base de alcohol

# USO DE GUANTES



## ¿Cuándo hay que usar guantes?

- ▶ Antes de un procedimiento estéril
- ▶ Contacto con sangre, fluidos y mucosas.
- ▶ Contacto con paciente aislado o su entorno.

## Hay que quitarse los guantes

- ▶ Cuando ha finalizado el contacto con el paciente y su entorno
- ▶ Cuando se pasa de una zona sucia del paciente a otra zona corporal.
- ▶ Cuando se rompe
- ▶ Cuando hay indicación de higiene de manos

# ¿Qué es la estrategia multimodal de mejoramiento de la higiene de las manos de la OMS?



**Cambio de sistema** Desinfectantes alcohólicos para las manos en el lugar de atención y acceso al abastecimiento continuo de agua salubre, jabón y toallas

**Capacitación y educación del personal**

**Observación de la higiene de las manos y retroalimentación al personal**

**CUMPLIMIENTO  
< 40%**

**Recordatorios en el lugar de trabajo  
(carteles)**

**Establecimiento de un clima de seguridad** Participación individual y apoyo institucional activo

# CONCLUSIONES



- ▶ No olvidar nunca que UNA ATENCIÓN LIMPIA ES UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA.
- ▶ Unas manos limpias previenen sufrimientos y salvan muchas vidas.
- ▶ No es una opción, es un DERECHO BÁSICO de los pacientes a tener una atención de calidad.



# Capítulo 5 – Uso seguro del Medicamento.

***Eduardo Sierra***

*Médico. Experto en Gestión de riesgos sanitarios*

# Índice



- **Contexto del Uso de Medicamentos**
- **Factores de Riesgo en la Producción de Eventos Adversos por Medicamentos**
- **Barreras y Soluciones de Seguridad Frente a Errores de Medicación**

# Algunos datos sobre medicamentos y EA



## *Consumo de Medicamentos y Gasto Farmacéutico*

En 2010 en España, se prescribieron más de **800 millones de recetas médicas**. El gasto farmacéutico del SNS generado por estas prescripciones fue de **12.200 millones de euros**, lo que representa aproximadamente el 20% del gasto total en atención sanitaria.

*Informe Anual del SNS 2010.*

En el estudio español **ENEAS supone el 37,4 %** de todos los Eventos Adversos, considerándose el 34,8 prevenibles o evitables. En España los Errores de Medicación (EM) pueden causar eventos adversos en el **1,4% de los pacientes hospitalizados** y motivan cerca de **5 % de los ingresos hospitalarios**.

(Otero y col.)

# Dos conceptos específicos de la medicación



## ► Error de Medicación (EM)

- Cualquier **incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inadecuada de los medicamentos** cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente/consumidor.
- Se refiere a un **error (u omisión) en cualquier etapa del proceso** desde que un médico prescribe un medicamento hasta que el paciente recibe la medicación.

## ► Reacción Adversa a Medicamentos (RAM)

- Todo **efecto perjudicial y no deseado que se presenta después de la administración de un medicamento** a las dosis normalmente utilizadas en el ser humano para la profilaxis, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o con objeto de modificar una función biológica. **Son inevitables, y derivan del riesgo inherente a la utilización de medicamentos.**

## **Evento Adverso por Medicamentos (EAM)**

Se define como el **daño sufrido por un paciente como resultado de la exposición a un medicamento.**

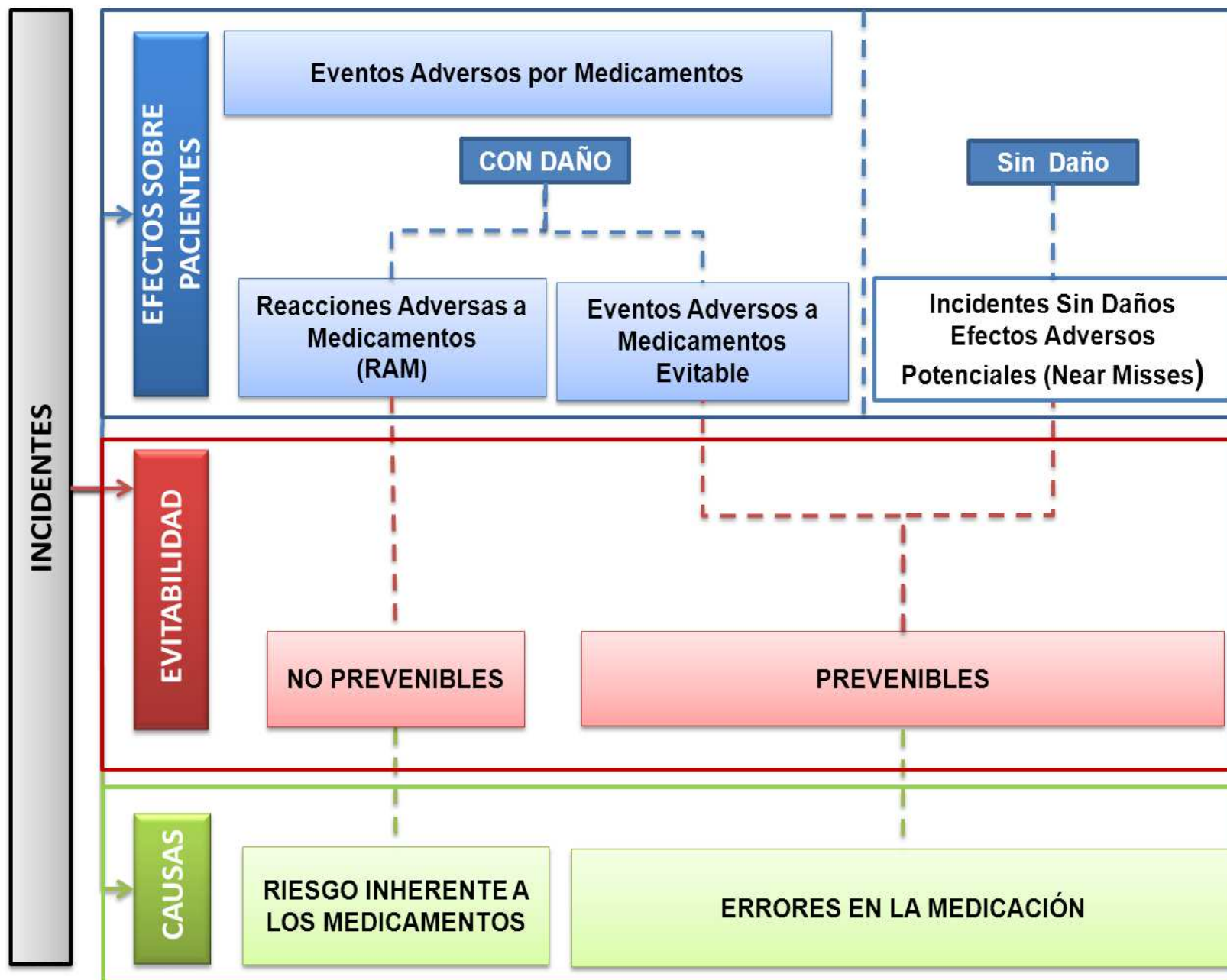
Incluye tanto las reacciones adversas a medicamentos como los errores de medicación.

## **Evento Adverso Prevenible**

Es el **causado por error de medicación.** Supone, por tanto, **daño y error.**

## **Evento Adverso No Prevenible**

Es el que se produce a **pesar de un uso apropiado de los medicamentos, es decir, no se producen por un error** (daño sin error). Se **corresponde con las reacciones adversas a Medicamentos.(RAM)**

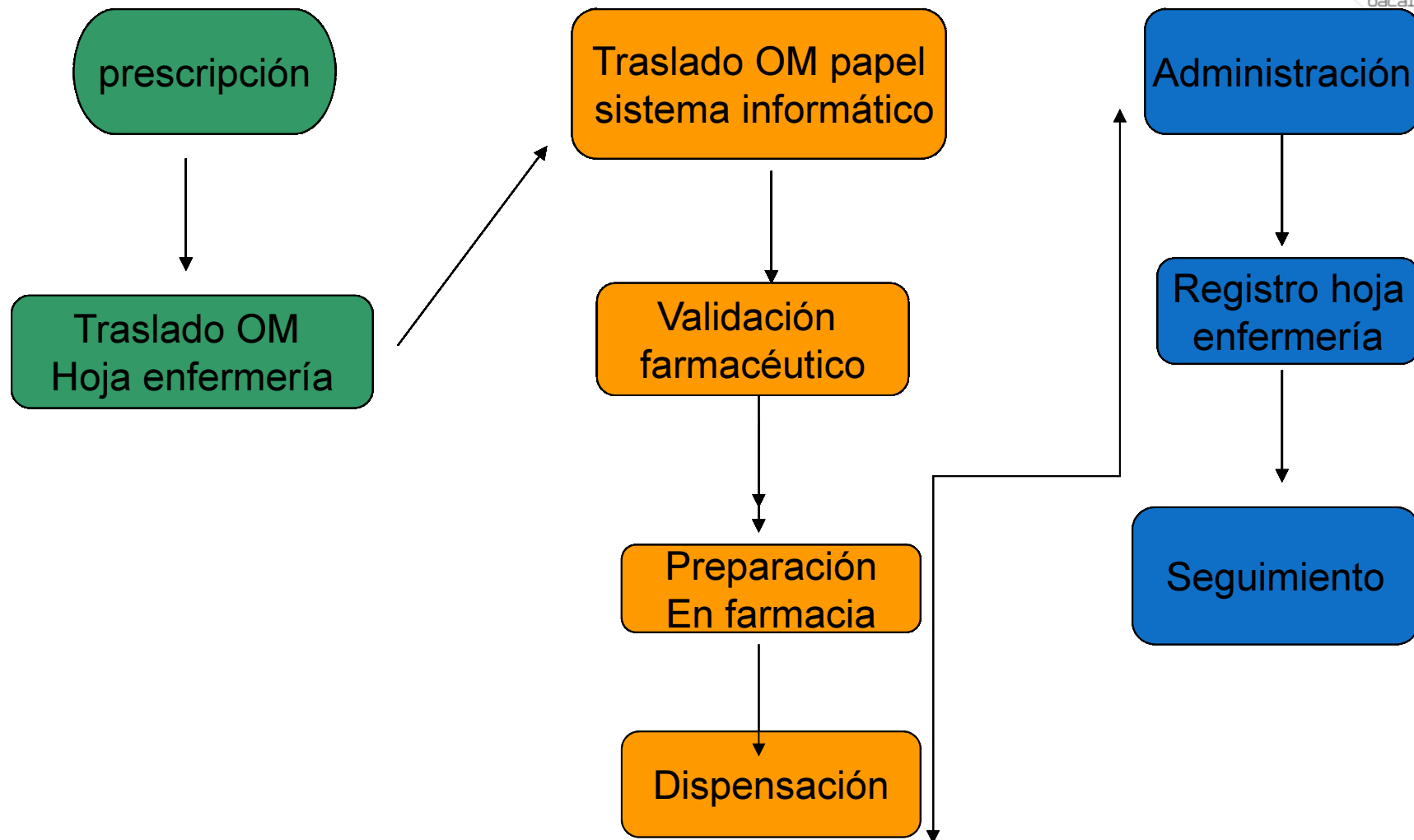


# Análisis de errores/ Incidentes de medicación



1. ¿En qué fase del proceso se produce?
2. Origen dentro de la fase del proceso farmacoterapéutico
3. Gravedad
4. Tipo de errores
5. Causas de los errores de medicación

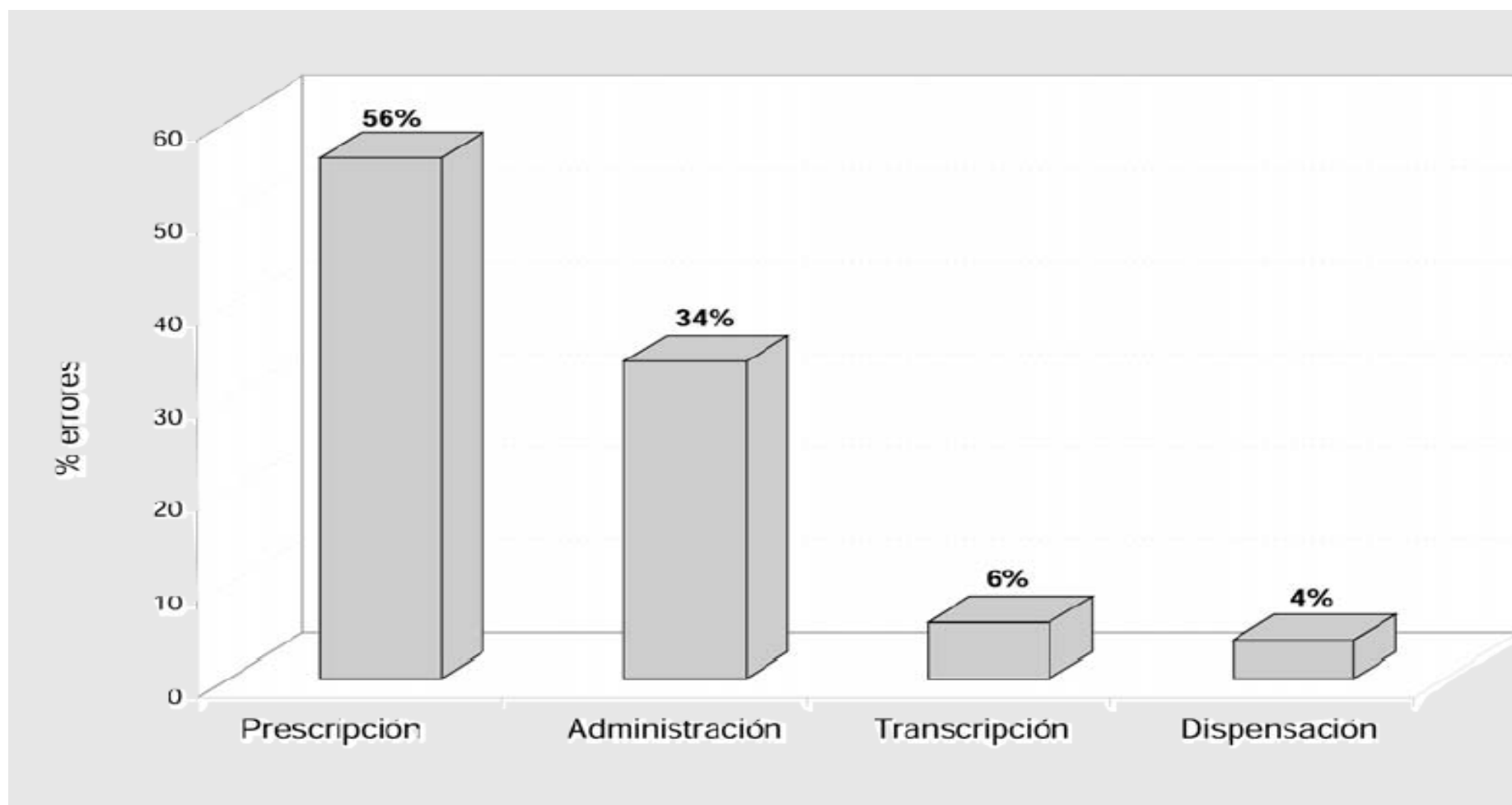
# 1. ¿En qué fase del proceso se originan?



Fases del proceso farmacoterapéutico hospital

# Frecuencia de EA en distintas fases del proceso

ADE prevention study



## 2 ¿Dónde se pueden originar los EA?



| Proceso                           | Subproceso farmacoterapéutico                                                           | Implicación                                                       |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Prescripción</b>               | Evaluar la necesidad y seleccionar el medicamento correcto según patología              | Médico                                                            |
|                                   | Individualizar el régimen terapéutico                                                   |                                                                   |
| <b>Validación</b>                 | Revisar y validar la prescripción: indicación, dosis, interacciones, alergias conocidas | Farmacéutico                                                      |
| <b>Preparación y dispensación</b> | Procesar la prescripción                                                                | Farmacéutico                                                      |
|                                   | Elaborar/preparar los medicamento                                                       |                                                                   |
|                                   | Dispensar los medicamentos con regularidad                                              |                                                                   |
| <b>Administración</b>             | 5 correctos : paciente, medicamento, vía, dosis, momento                                | Enfermera                                                         |
|                                   | Informar al paciente sobre la medicación                                                | Cuidador                                                          |
|                                   | Involucrar al paciente en la administración                                             | Paciente                                                          |
| <b>Seguimiento</b>                | Monitorizar y documentar la respuesta del paciente                                      | Todos los profesionales sanitarios y el paciente o sus familiares |
|                                   | Identificar y notificar las reacciones adversas y los errores de medicación             |                                                                   |

### 3. Gravedad



| CATEGORÍA                   |             | DEFINICIÓN                                                                                                                                          |
|-----------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Error potencial o no error  | Categoría A | Circunstancias o incidentes con capacidad de causar error                                                                                           |
| Error sin daño <sup>1</sup> | Categoría B | El error se produjo, pero no alcanzó al paciente <sup>2</sup>                                                                                       |
|                             | Categoría C | El error alcanzó al paciente, pero no le causó daño                                                                                                 |
|                             | Categoría D | El error alcanzó al paciente y no le causó daño, pero precisó monitorización <sup>3</sup> y/o intervención para comprobar que no había sufrido daño |
| Error con daño              | Categoría E | El error contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó intervención <sup>4</sup>                                                           |
|                             | Categoría F | El error contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó o prolongó la hospitalización                                                       |
|                             | Categoría G | El error contribuyó o causó daño permanente al paciente                                                                                             |
|                             | Categoría H | El error comprometió la vida del paciente y se precisó intervención para mantener su vida <sup>5</sup>                                              |
| Error mortal                | Categoría I | El error contribuyó o causó la muerte del paciente                                                                                                  |

## **4. TIPOS DE ERROR.**

*Clasificación de EM por el ISMP*



1. Medicamento erróneo.
2. Omisión de dosis o de medicamentos.
3. Dosis incorrecta.
4. Frecuencia de administración errónea.
5. Forma farmacéutica errónea.
6. Error de preparación, manipulación y/o acondicionamiento.
7. Técnica de administración errónea.
8. Vía de administración errónea.
9. Velocidad de administración errónea.
10. Hora de administración incorrecta.

# 5. Causas de errores de medicación I



Problemas de interpretación de las prescripciones

- **Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua**
- **Comunicación escrita incorrecta/incompleta/ambigua**
- **Interpretación incorrecta de la prescripción médica**

Confusión en los nombres de los medicamentos

- **Similitud fonética**

Problemas en el etiquetado /envasado /diseño

- **Similitud ortográfica**

Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/preparación/ad ministración

- ▶ **Bombas infusión**
- ▶ **Dispositivo de dosificación**

# 5. Causas de errores de medicación



## II

### Factores humanos

- Falta de conocimiento/formación sobre el medicamento
- Falta de conocimiento/información sobre el paciente
- Lapsus/ Despiste
- Falta de cumplimiento de las normas/procedimientos de trabajo establecidos
- Errores de manejo del ordenador
- Almacenamiento incorrecto de los medicamentos
- Error en el cálculo de la dosis o velocidad de infusión
- Preparación incorrecta del medicamento
- Estrés, sobrecarga de trabajo
- Cansancio, falta de sueño
- Situación intimidatoria



CAMEN ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~

17/10/201

- + Zinta. 50 x 12h w.
- + Pimprenu x 6h w. (si vartinas)
- + P. offeulgar 29 x 6h w.

DAONIL

10/10/01  
10/10/01 x 23.00

Glenn

# Etiquetado/envasado apariencia similar



E.C. 615328 ©  
**Fortecortín® 1 mg**  
Via oral - Comprimidos  
Dexametasona (DCI), 1 mg  
Lote: M-10 Cad.: 10-2005  
MÉRCK Farmos y Químicos, S.A.

E.C. 615328 ©  
**Fortecortín® 1 mg**  
Via oral - Comprimidos  
Dexametasona (DCI), 1 mg  
Lote: M-10 Cad.: 10-2005  
MÉRCK Farmos y Químicos, S.A.

E.C. 615328 ©  
**Fortecortín® 1 mg**  
Via oral - Comprimidos  
Dexametasona (DCI), 1 mg  
Lote: M-10 Cad.: 10-2005  
MÉRCK Farmos y Químicos, S.A.

E.C. 615278 TLD ©  
**Dacortín® 5 mg**  
Via oral - Comprimidos  
Prednisona (DCI), 5 mg  
Lote: R-3 Cad.: 08-2006  
MÉRCK

E.C. 615278 TLD ©  
**Dacortín® 5 mg**  
Via oral - Comprimidos  
Prednisona (DCI), 5 mg  
Lote: R-3 Cad.: 08-2006  
MÉRCK

E.C. 615278 TLD ©  
**Dacortín® 5 mg**  
Via oral - Comprimidos  
Prednisona (DCI), 5 mg  
Lote: R-3 Cad.: 08-2006  
MÉRCK

# Similitud ortográfica / fonética



- ▶ - Cardiovás- Co Diován
- ▶ - Cardurán- Condrosán
- ▶ - Clotiapina- Clozapina
- ▶ - Dalparán- Dafalgán
- ▶ - Decentán- Dercutane
- ▶ - Dorival- Dolvirán
- ▶ - Esmerón- Esmolol
- ▶ - Ferplex- Flurpax
- ▶ - Fondaparinux- Fraxiparina
- ▶ Parizac- Pazital
- ▶ - Paidofebril- Paidoterín
- ▶ - Pentoxifilina- Pectox-lisina
- ▶ - Plasimine- Polaramine
- ▶ - Relpax- Relapaz
- ▶ - Sinequan- Sinogán
- ▶ - Sutril- Sufil
- ▶ - Termalgín- Terbasmán
- ▶ - Tramadol- Tromalyt
- ▶ - Tramadol- Xumadol
- ▶ - Vfend- Venofer



## **Factores Contribuyentes EM asociados a los sistemas de trabajo**

1. Falta de normalización de procedimientos: Protocolos
2. Sistemas de comunicación/ información deficientes: Ej Prescripción escrita y prescripción oral!
3. Rotura de Stock/Desabastecimiento
4. Sistemas de preparación/dispensación deficientes
5. Personal
6. Falta de información a los pacientes sobre la medicación
7. Falta de programas de asistencia para pacientes ambulatorios
9. Factores ambientales
10. Inercia del sistema

# Conciliación de la medicación



- ▶ La Conciliación de la Medicación (*“reconciliation of medication”*) es el proceso formal que consiste en valorar el listado completo y exacto de la medicación previa del paciente con la prescripción médica en un momento determinado. Estos momentos clave son:
  - Ingreso.
  - Alta.
  - Traslado dentro del hospital o cambio de médico responsable.
- ▶ Cuanto más polimedicado esté el paciente , más importante es la conciliación.
- ▶ Si se encuentran discrepancias, duplicidades o interacciones entre los tratamientos crónicos y hospitalarios deben comentarse con el médico y, si procede, modificar la prescripción médica.

# Etapas del Proceso de Conciliación



- ▶ Elaboración de la lista de medicación previa del paciente.
- ▶ Revisión de la lista de medicación activa prescrita.
- ▶ Comparación y detección de discrepancias aparentemente no justificadas que requieren aclaración.
- ▶ Aclaración con el prescriptor.
- ▶ Documentación de los cambios realizados.
- ▶ Elaboración de una lista de «medicación conciliada».
- ▶ Comunicación de la lista conciliada.

## ***EAM por Falta o Incorrecta Conciliación***

### ***Caso 1***

Un paciente epiléptico en tratamiento con levetiracetam 500 mg cada 12 h fue ingresado en un hospital a última hora de la tarde. El médico al ingreso prescribió que se continuara con este tratamiento, pero en la unidad no se administraron las dosis correspondientes a la noche y a la mañana, porque no se disponía del medicamento, el servicio de farmacia estaba cerrado y la enfermera desconocía la indicación de este medicamento y la importancia de no interrumpir su administración. El paciente sufrió una crisis convulsiva, momento en que se descubrió el error.

*Fuente:* [www.ismp-espana.org](http://www.ismp-espana.org). Boletín 39. diciembre 2011

### ***Comentario 1***

Es un error de conciliación al ingreso que llegó al paciente y produjo daño (evento adverso) por omisión. Su medicación antiepiléptica debió ser sustituida por otro antiepiléptico si no se podía administrar el mismo.

## ***Caso 2***

Al ingreso hospitalario de un paciente se sustituyó su tratamiento domiciliario de 40 mg cada 24 h de Uniket retard® (mononitrato de isosorbida) por 20 mg cada 12 h de Mononitrato de isosorbide EFG, para adaptarlo a la guía farmacoterapéutica del hospital. En el alta se prescribió esta última formulación de liberación normal, de la que se le proporcionó medicación para 24 h, y por error se indicó que “continuara igual con su medicación habitual”, que incluía el Uniket retard®. El médico de familia detectó el error al revisar el informe de alta. El paciente presentaba una ligera cefalea, al haber realizado la primera toma de ambos medicamentos.

*Fuente: [www.ismp-espana.org](http://www.ismp-espana.org). Boletín 39. diciembre 2011*

## ***Comentario 2***

Es un error de conciliación al alta. El error llega al paciente y provoca daño (evento adverso leve). El mismo medicamento se prescribe al alta de forma duplicada.

El error es motivado por el desconocimiento de la composición del medicamento y No utilizar los nombres genéricos (se utiliza el genérico en un caso y la marca en otro)



# **Capítulo 6- Los Sistemas de Notificación de Incidentes y Eventos Adversos**

***Eduardo Sierra***

*Médico. Experto en Gestión de riesgos sanitarios*

# Índice



- Los Sistemas de Información en Seguridad del Paciente
- Importancia de los Sistemas de Notificación y Aprendizaje de Incidentes y Eventos Adversos.
- Gestión de la Información.
- Barreras a la implantación.

# Sistemas de Información de EA



## ACTIVOS

La iniciativa es del propio plan de Calidad del Centro

**PROACTIVO. Información CUANTITATIVA**

### ► INDICADORES

- Mortalidad
- Infección
- EA medicación
- Transfusiones
- Caídas
- Úlceras presión

### ► OBSERVACIÓN DIRECTA

- Rondas de seguridad (walkrounds)
- Ej: cumplimentación higiene manos

### ► Briefing.

- Acto formal de comunicación del equipo
  - Checklist

## PASIVOS

Las personas implicadas informan

**REACTIVA. Información CUALITATIVA**

### ► Dependiente de pacientes

- Reclamaciones, Quejas

### ► Dependiente de profesionales

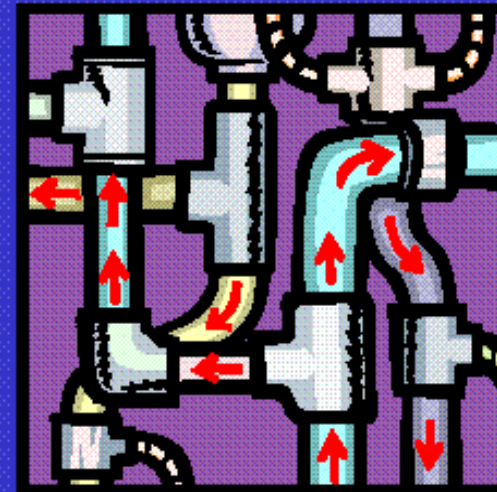
Sistemas de Notificación de Incidentes y Eventos Adversos

# MODELOS PARA AFRONTAR LOS PROBLEMAS DE SEGURIDAD

## Human Error



MODELO CENTRADO EN  
LA PERSONA



MODELO CENTRADO EN  
EL SISTEMA

Reason, J. (2000) "Human error: models and management", BMJ, 320 768-770

# Análisis de un Evento adverso: errores y fallos del sistema

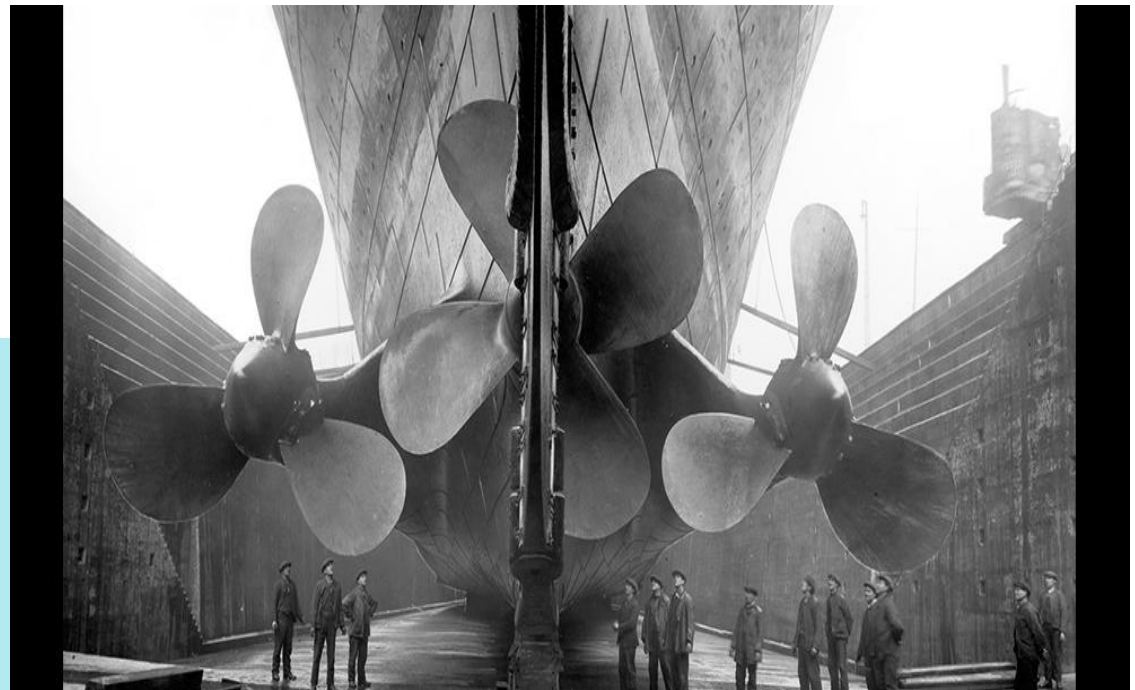


## El Titanic — 10 abril 1912: Un Desastre

El mejor, mas lujoso y seguro transatlántico de su época naufragó en su primer viaje

### Por qué

- A. Por múltiples fallos del sistema (condiciones latentes)
- B. Por algún error humano



## Condiciones latentes del Titanic

- ✓ Se dimensionan mal los recursos necesarios
- ✓ No se valora adecuadamente el riesgo de naufragio



Inadecuado  
número de  
botes  
salvavidas

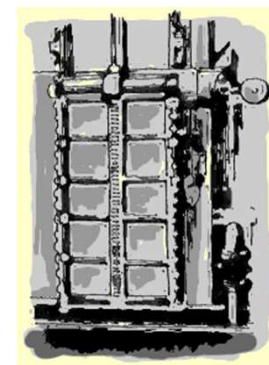


## Condiciones latentes del Titanic

Fallos en el  
diseño del  
buque



No existencia de  
mamparas  
transversales de  
contención



## Condiciones latentes del Titanic

- ✓ Falta de formación
- ✓ Proceso “evacuación del buque” mal diseñado

No realización de simulacros para entrenar a la tripulación



## Condiciones latentes del Titanic

- ✓ Insuficiente formación
- ✓ Ausencia de supervisión

No formación de los oficiales para la tecnología del barco



## Condiciones latentes del Titanic

Ausencia de cultura  
de seguridad.

Prevalece en el  
diseño el lujo a  
la seguridad

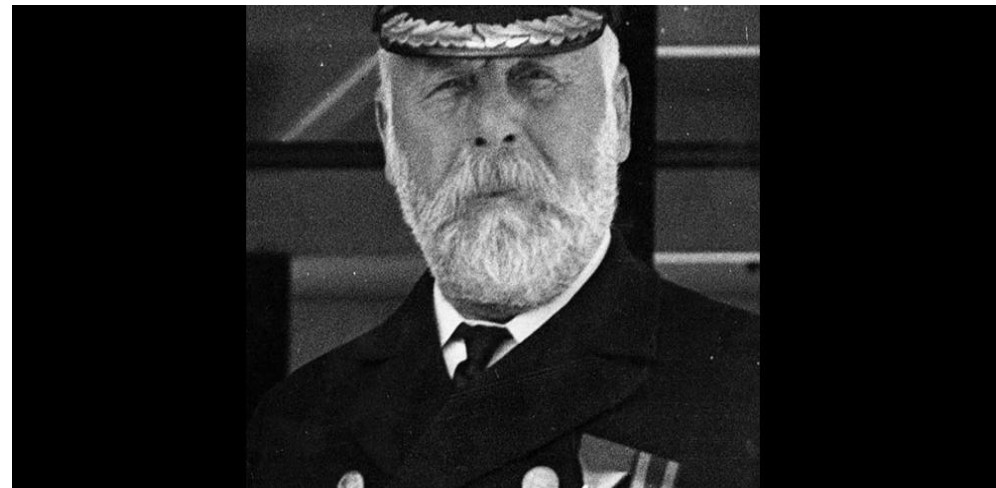
Solamente  
un canal  
de radio



## Y un error humano

Sin necesidad alguna, y  
solamente por  
arrogancia

Capitán Smith



La velocidad del buque  
era excesiva para las  
condiciones de la mar

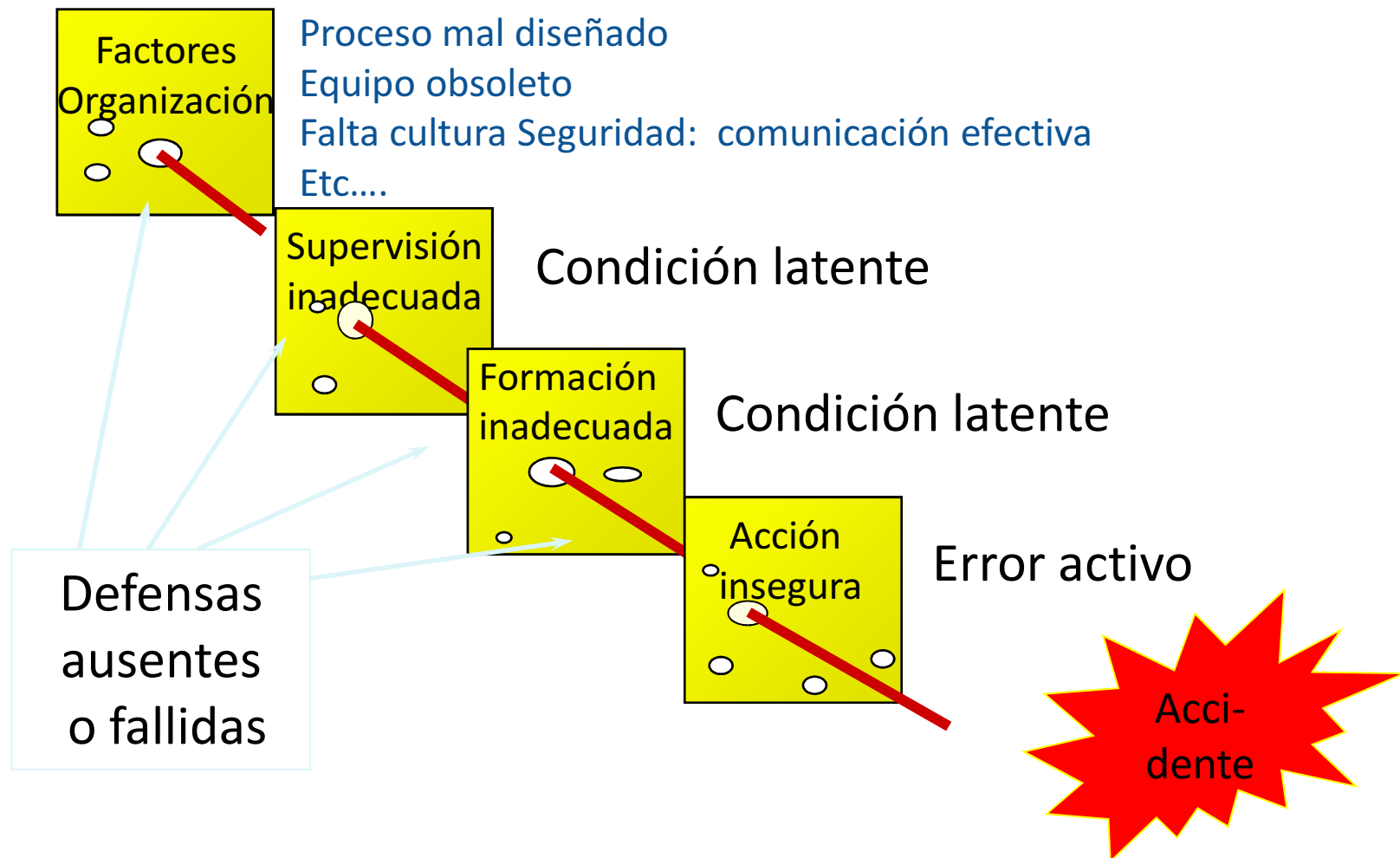
## El Titanic – Fue un Desastre

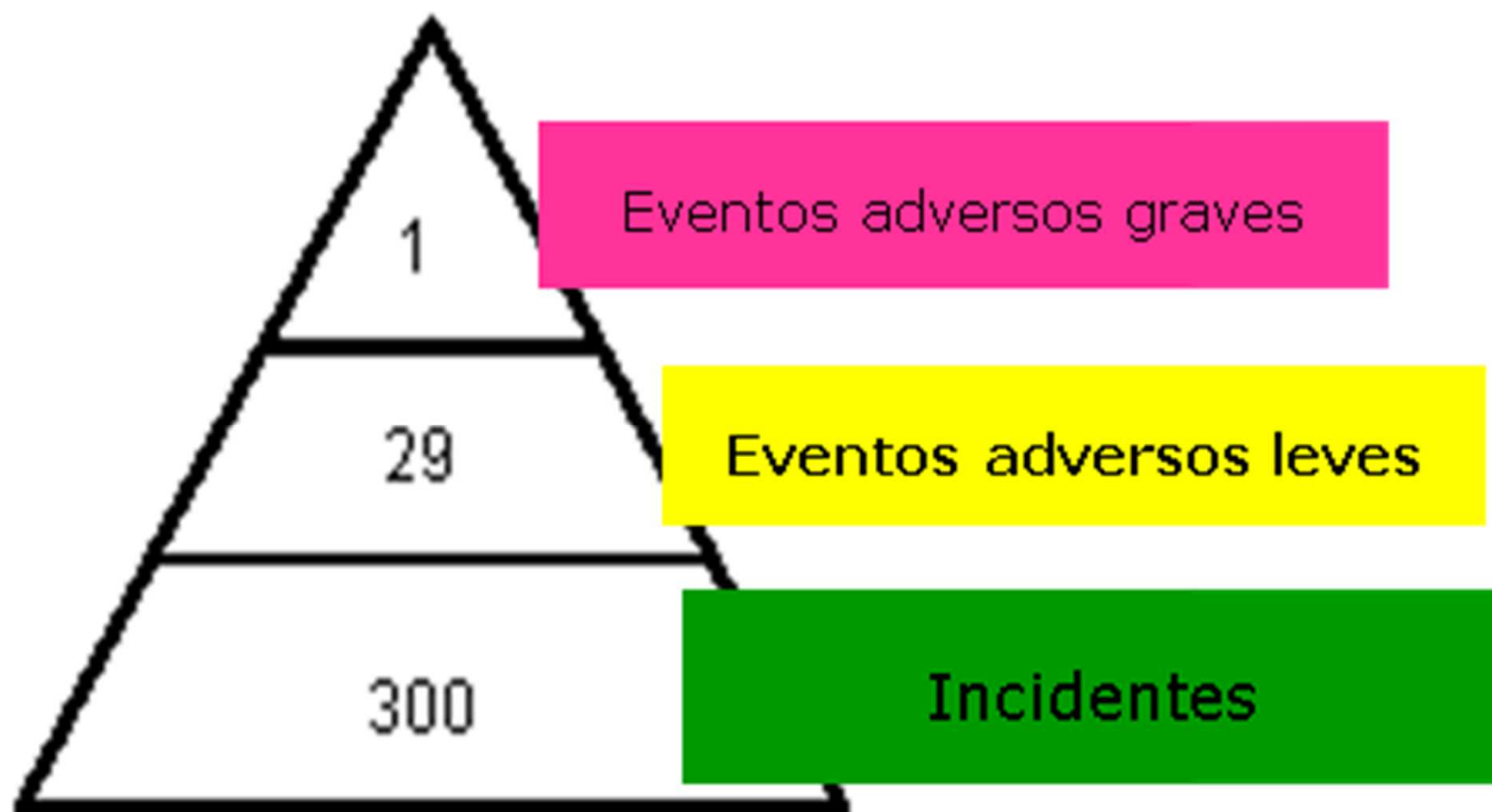
El mejor, mas  
lujoso y seguro  
transatlántico...





## REASON'S "SWISS CHEESE" MODEL





# Qué es y para qué sirve un S. Notificación



- ▶ Herramienta que permite la **recolección de datos** sobre Incidentes producidos en el ámbito sanitario, a partir de los cuales se puede **mejorar la seguridad** de los pacientes.
- ▶ **Aprender** de las experiencias.
- ▶ Contribuir a la mejora del **clima de seguridad** dentro del ámbito de trabajo.
- ▶ Una vez investigados, la identificación de **factores latentes en el sistema** permitirá **rediseñar** esos sistemas para hacerlos mas seguros
- ▶ La finalidad de los sistemas de notificación no es tanto el registro de incidentes sino un **sistema para aprender y compartir lecciones aprendidas**

# Tipos de Sistemas de Notificación

- ▶ Notificación voluntaria/ obligatoria
- ▶ Solo INCIDENTES sin daño / Incidentes y Eventos Adversos
- ▶ Generales / Específicos
- ▶ Solo notifican Profesionales sanitarios/ Profesionales y Pacientes



| <b>SISTEMA NOTIFICACIÓN</b>                                | <b>PAIS</b>      | <b>TIPO EVENTOS</b>                     | <b>CARACTERÍSTICAS del Sistema de Notificación</b>                              | <b>OBJETIVOS/ DIFUSION</b>                                    |
|------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <b>National Reporting and Learning System (NRLS)</b>       | Gran Bretaña NHS | Incidentes<br>Todo tipo EA              | Voluntario, anónimo y confidencial. Pueden notificar pacientes                  | Mejorar la SP a través del aprendizaje                        |
| <b>Sentinel Events reporting program (JCAHO)</b>           | EEUU             | eventos centinela                       | Voluntario. Confidencial. Notifican hospitales                                  | Prevenir eventos centinela. Siempre ACR y elaboración Alertas |
| <b>MedWatch (FDA)</b>                                      | EEUU             | EA por medicamentos                     | Gubernamental. Confidencial no anónimo. Para profesionales y pacientes          | EA medicamentos y RAM                                         |
| <b>National Nosocomial Infection Survey (NNIS) del CDC</b> | EEUU             | EA por IRAS                             | Gubernamental. Confidencial. Notifican hospitales asociados                     | Incidencia y epidemiología de la I. Nosocomial (IRAS)         |
| <b>Medication Error Reporting Program(MER)/ ISMP)</b>      | EEUU             | Errores de medicación y EA medicamentos | Anónimo y confidencial. Notifican centros sanitarios, profesionales y pacientes | Aprendizaje. Elaboración informes y alertas                   |
| <b>Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS)</b>      | EEUU             | EA relacionados con vacunas             | Voluntario, confidencial. Notifican profesionales, fabricantes y pacientes      | Detectar EA uso vacunas. Informes y alertas                   |
| <b>Australian Incident Monitoring System(AIMS)</b>         | Australia        | Incidentes y EA de todo tipo            | Voluntario. Anónimo y confidencial<br>No punitivo. Notifican profesionales.     | Aprendizaje. Análisis por expertos. Boletines y Alertas       |
| <b>National Reporting System</b>                           | Dinamarca        | EA de todo tipo y EA centinela          | Obligatorio. Notifican profesionales sanitarios                                 | ACR. Boletines, alertas. Informe anual                        |
| <b>Sistema de notificación holandés</b>                    | Holanda          | EA y EA centinela                       | Voluntario pero obligatorio para EA graves. Notifican                           | Análisis de datos e Informes.                                 |

# Principales Sistemas de Notificación en España



Sistema Español de Farmacovigilancia. Agencia Española de Medicamentos y productos sanitarios:

<http://www.aemps.es/profHumana/farmacovigilancia/home.htm>

Sistema de Notificación del Instituto para el Uso Seguro del Medicamento:

<http://www.ismp-espana.org/>

Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación:

<http://www.sensar.org/>

Portal SiNASP. Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente.

<https://www.sinasp.es/>

# Características que debe cumplir un Sistema de Notificación



- A. **No punitivo:** Los comunicadores no tienen miedo a sufrir represalias o que las sufran otros como consecuencia de las comunicaciones. En algunos países como Dinamarca la ley protege explícitamente a los comunicadores.
- B. **Confidencial:** Las identidades del paciente, el comunicador y la institución nunca son reveladas.
- C. **Independiente:** El sistema de comunicación es independiente de cualquier autoridad con poder para sancionar al comunicador o a la institución.
- D. **Análisis por expertos:** Las comunicaciones son analizadas por expertos que comprenden las situaciones clínicas y están formados para reconocer las causas sistémicas subyacentes.
- E. **Diligente:** Las comunicaciones se analizan con premura y rápidamente se difunden recomendaciones a quienes necesitan conocerlas, especialmente cuando se identifican riesgos serios.
- F. **Orientado al sistema:** Las recomendaciones se dirigen a cambiar sistemas, procesos o productos, en lugar de orientarse al rendimiento individual.
- G. **Receptivo:** La agencia que recibe las comunicaciones es capaz de difundir las recomendaciones.

Según Leape

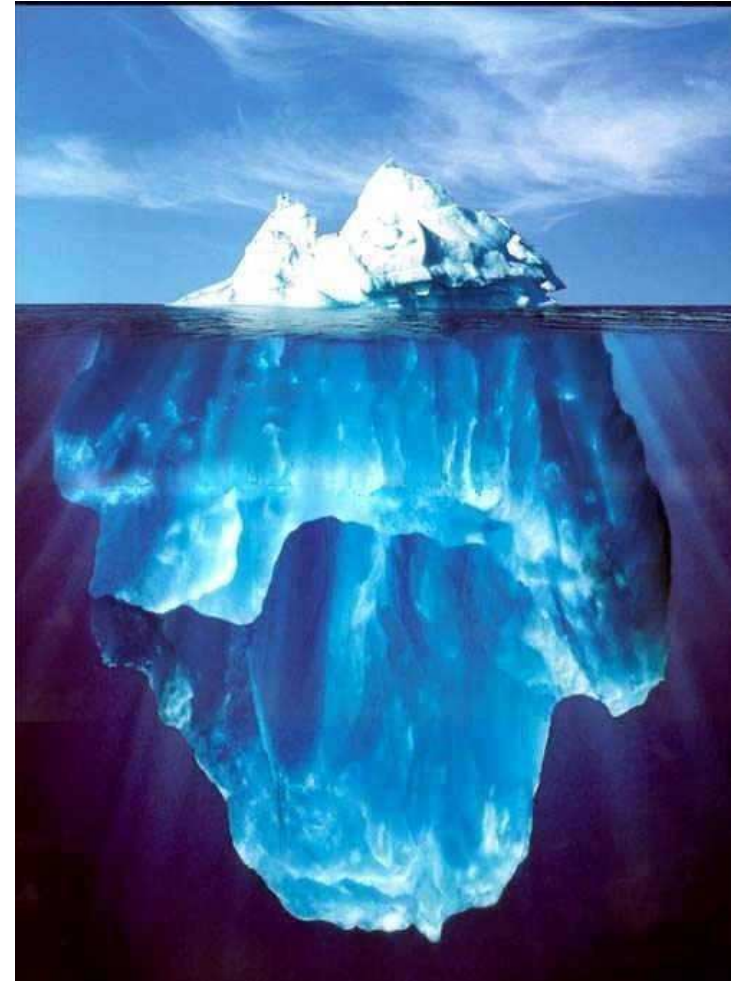
# Principales problemas en los sistemas de notificación



## ► 1. Infranotificación

Sólo se notifican el 5-50% de los eventos adversos que se producen

## ► 2. Excesiva preocupación por contar y clasificar notificaciones sin suficiente énfasis en buscar soluciones y ponerlas en practica



## Barreras a la Notificación

- ▶ Aumento de la carga de trabajo. Aunque el tiempo dedicado a la notificación suele ser breve, puede ser una barrera.
- ▶ Percepción de carencia de un beneficio
- ▶ Miedo a culpabilizar a otros. Notificar puede ser percibido como “delatar a otros” o como un modo de traspasar la culpa a otros entre miembros de un equipo.
- ▶ Miedo al incremento del riesgo médico-legal.
- ▶ Sentimiento de culpabilidad, sobre todo en profesionales en formación.

# CCAA adheridas a SiNASP



Castilla la  
Mancha

Murcia

Galicia

Cantabria

Extremadura

Canarias

Aragón

Navarra

## Secuencia de procesos



Detección

Notificación

Clasificación

Análisis

Feedback

# Notificación

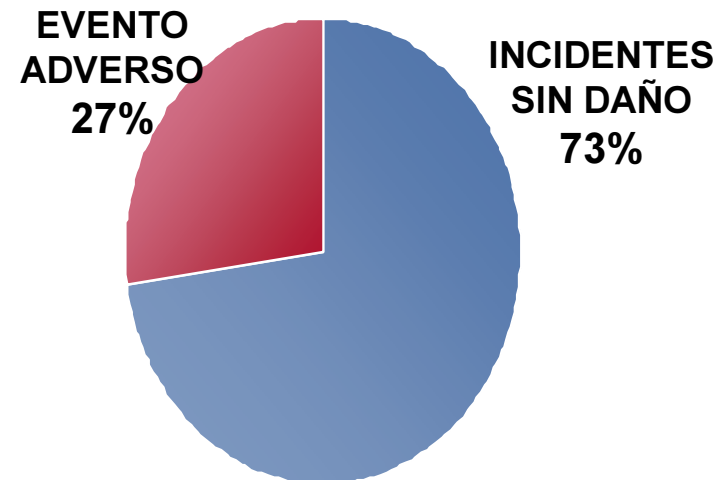
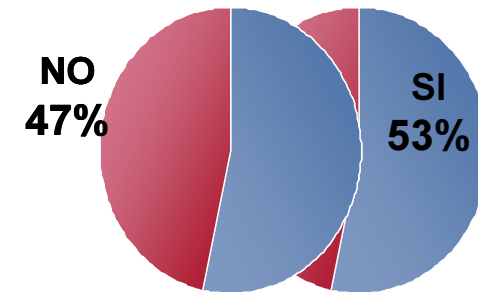
- ▶ Describir hechos objetivos evitando opiniones personales.
- ▶ No incluir datos identificativos de pacientes ni de profesionales: nombres, nº historia etc
- ▶ Ser preciso en la descripción de los campos abiertos. Pero no olvidar detalles importantes

# Notificación

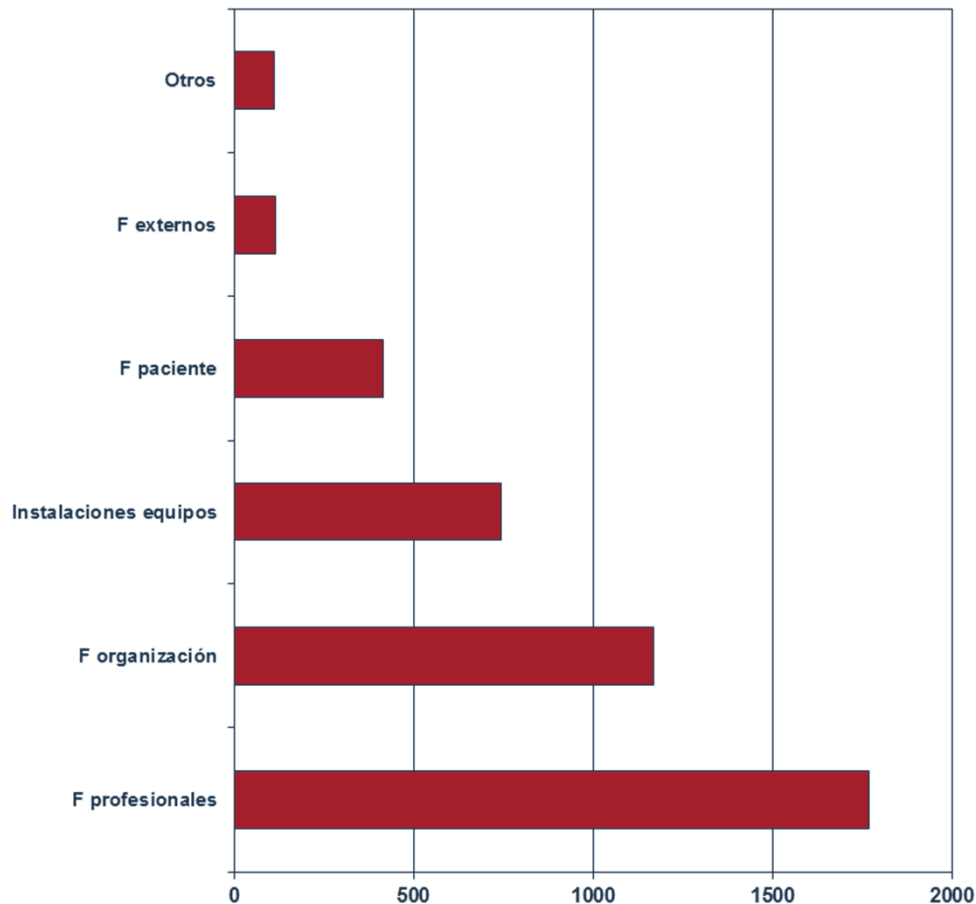


## Qué se notifica:

- **Incidentes relacionados con la seguridad que no llegaron al paciente:** circunstancia o incidente con capacidad de causar error. Podría haber causado daño pero no lo llegó a causar, bien por suerte o bien porque fue interceptado antes de llegar al paciente. Ej: **prescripción con letra ilegible**
- **Incidentes sin daño:** incidentes que no llegaron a causar daño (aunque sí que llegaron al paciente).



# SiNASP 2013. Factores contribuyentes



## ► FACTORES PROFESIONALES 40,93%

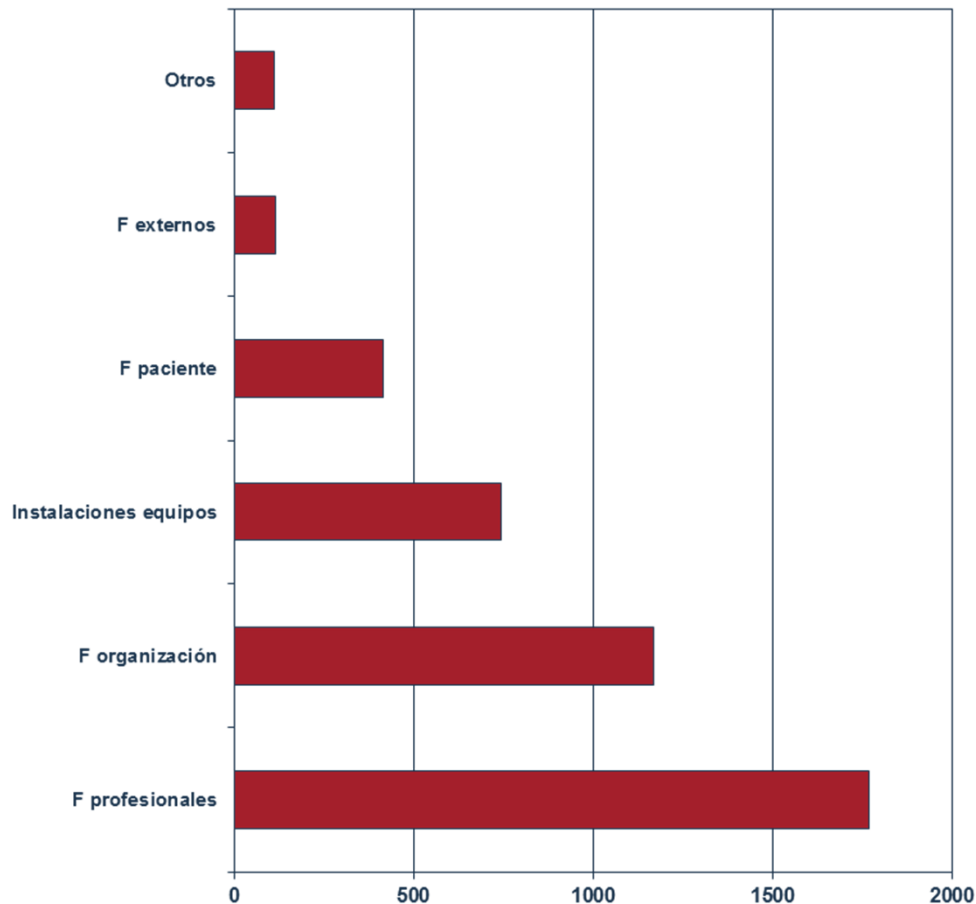
► Formación / conocimiento /  
competencia de los profesionales  
20.92%

► Comportamiento / conducta de los  
profesionales 14.43%

► Problemas de comunicación  
10.86%

► Factores estresantes / emocionales  
/ fatiga 6.93%

# SiNASP 2013. Factores contribuyentes



► **FACTORES DE LA ORGANIZACIÓN.**  
**27,03 %**

► Normas / procedimientos / protocolos de trabajo (falta o inadecuación) 17.05%

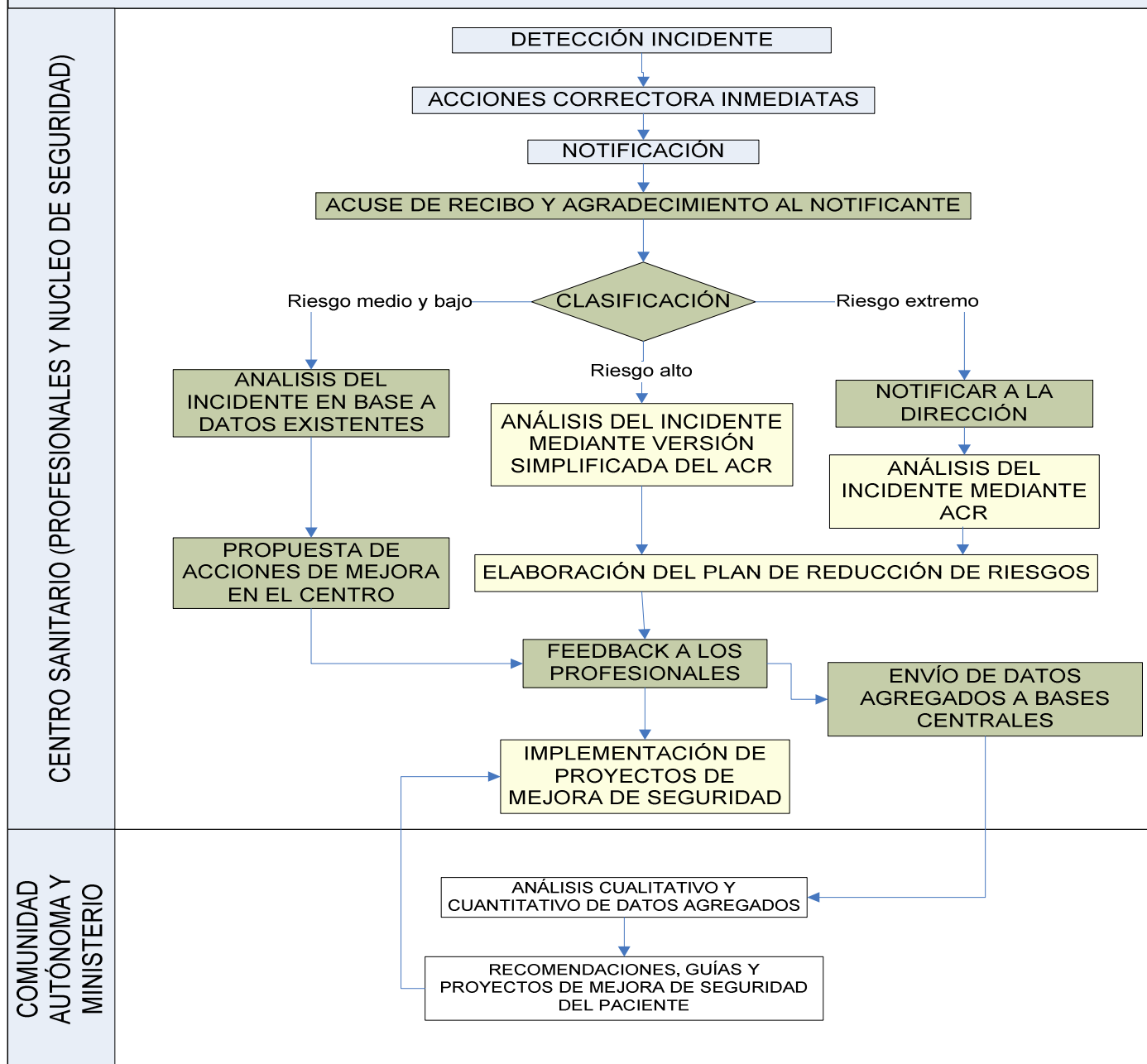
► Recursos humanos insuficientes / carga de trabajo 7.51%

► Cultura de la organización 6.44%

► Problemas en el trabajo en equipo 5.79%

# SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

## PROCESO DE GESTIÓN DE NOTIFICACIONES



# Clasificación



## Matriz del “Severity Assessment Code” (SAC).

- ▶ Cuantificación del nivel de riesgo asociado a un determinado incidente.
  
- ▶ Valora dos variables:
  - 1. Gravedad de los resultados del incidente en el paciente
  - 2. La frecuencia de aparición de un incidente

# Clasificación

**(SAC): Gravedad de los resultados en el paciente:**

► **Lo valora el notificante**

► Posibilidad de modificación posterior

► **Categorías:**

- Llegó al paciente, pero no le causó daño
- Alcanzó al paciente y no le causó daño, pero precisó monitorización y/o intervención para comprobar que no había sufrido daño
- Contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó intervención
- Contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó o prolongó la hospitalización
- Contribuyó o causó daño permanente al paciente
- Comprometió la vida del paciente y se precisó intervención para mantener su vida

# Ejemplos: Gravedad de los resultados para paciente



|                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Administración de Vincristina por vía intratecal                                                                                                                             | 7. El incidente contribuyó o causó la muerte del paciente                                                                                     |
| Dificultad en la intubación en quirófano, precisándose un tubo de menor calibre que al no estar disponible en el lugar, genera hipoxia severa y disociación electromecánica. | 6. El incidente comprometió la vida del paciente y se precisó intervención para mantener su vida                                              |
| Error en lateralidad en intervención de rodilla.                                                                                                                             | 5. El incidente contribuyó o causó daño permanente al paciente                                                                                |
| Traumatismo craneal y facial por caída de la cama en un paciente desorientado que precisó sutura de heridas y observación, por lo que retrasó el alta.                       | 4. El incidente contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó intervención                                                           |
| Se le administró un betabloqueante por error en la identificación del paciente, que le produjo hipotensión y prolongó la hospitalización sin secuelas                        | 3. El incidente contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó o prolongó la hospitalización                                          |
| Se administra una dosis excesiva de heparina por error, precisando monitorización de la coagulación por posible sangrado que finalmente no se produjo.                       | 2. El incidente alcanzó al paciente y no le causó daño, pero precisó monitorización y/o intervención para comprobar que no había sufrido daño |
| Se realiza una Rx de tórax a un paciente que no precisa por error en la identificación del paciente                                                                          | 1. El incidente llegó al paciente, pero no le causó daño                                                                                      |

# Clasificación



(SAC): **2. Frecuencia de aparición del incidente:**

► Lo valora el Núcleo de Seguridad

► Categorías:

- **Frecuente:** es lógico esperar que el incidente ocurra de nuevo inmediatamente o en un periodo de tiempo breve (probablemente ocurra la mayoría de las semanas o meses).
- **Probable:** es esperable que ocurra en muchas circunstancias (probablemente ocurra varias veces al año).
- **Ocasional:** es posible que vuelva a ocurrir en algún momento (podría ocurrir una o dos veces al año)
- **Poco frecuente:** podría ocurrir en algún momento (quizás en un plazo de entre dos y cinco años).
- **Muy infrecuente:** es poco probable que vuelva a ocurrir, ocurriría sólo bajo circunstancias excepcionales, (quizás en un plazo de entre 5 y 30 años)

| <b>SAC (Severity Assessment Classification) adaptado</b> |                                                                                                                                                      | <b>Frecuente</b> | <b>Probable</b> | <b>Ocasional</b> | <b>Poco frecuente</b> | <b>Muy infrecuente</b> |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------------|------------------------|
| <b>Catastrófico</b>                                      | <b>7. El incidente contribuyó o causó la muerte del paciente</b>                                                                                     | <b>Extremo</b>   | <b>Extremo</b>  | <b>Extremo</b>   | <b>Extremo</b>        | <b>Alto</b>            |
| <b>Crítico</b>                                           | <b>6. El incidente comprometió la vida del paciente y se precisó intervención para mantener su vida</b>                                              | <b>Extremo</b>   | <b>Extremo</b>  | <b>Alto</b>      | <b>Alto</b>           | <b>Moderado</b>        |
|                                                          | <b>5. El incidente contribuyó o causó daño permanente al paciente</b>                                                                                | <b>Extremo</b>   | <b>Extremo</b>  | <b>Alto</b>      | <b>Alto</b>           | <b>Moderado</b>        |
| <b>Moderado</b>                                          | <b>4. El incidente contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó intervención</b>                                                           | <b>Alto</b>      | <b>Alto</b>     | <b>Alto</b>      | <b>Moderado</b>       | <b>Moderado</b>        |
|                                                          | <b>3. El incidente contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó o prolongó la hospitalización</b>                                          | <b>Alto</b>      | <b>Alto</b>     | <b>Alto</b>      | <b>Moderado</b>       | <b>Moderado</b>        |
| <b>Menor</b>                                             | <b>2. El incidente alcanzó al paciente y no le causó daño, pero precisó monitorización y/o intervención para comprobar que no había sufrido daño</b> | <b>Moderado</b>  | <b>Moderado</b> | <b>Moderado</b>  | <b>Bajo</b>           | <b>Bajo</b>            |
| <b>Mínimo</b>                                            | <b>1. El incidente llegó al paciente, pero no le causó daño</b>                                                                                      | <b>Moderado</b>  | <b>Bajo</b>     | <b>Bajo</b>      | <b>Bajo</b>           | <b>Bajo</b>            |

# Clasificación



(SAC): Niveles de riesgo:

- ▶ Riesgo extremo (SAC 1)
- ▶ Riesgo alto (SAC 2)
- ▶ Riesgo moderado (SAC 3)
- ▶ Riesgo bajo (SAC 4)

|          |          |          |          |          |
|----------|----------|----------|----------|----------|
| Extremo  | Extremo  | Extremo  | Extremo  | Alto     |
| Extremo  | Extremo  | Alto     | Alto     | Moderado |
| Extremo  | Extremo  | Alto     | Alto     | Moderado |
| Alto     | Alto     | Alto     | Moderado | Moderado |
| Alto     | Alto     | Alto     | Moderado | Moderado |
| Moderado | Moderado | Moderado | Bajo     | Bajo     |
| Moderado | Bajo     | Bajo     | Bajo     | Bajo     |

# Gestión e investigación



| Clasificación | Sistema de gestión e investigación del incidente                                                                                                                                                           |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SAC 1         | <b>Riesgo extremo:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>► Investigación del incidente mediante un ACR.</li><li>► Notificar a los líderes de la organización.</li></ul>                                |
| SAC 2         | <b>Riesgo alto:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>-Investigación mediante versión simplificada de ACR o método similar</li><li>-Notificar el evento a los líderes de la organización.</li></ul>    |
| SAC 3         | <b>Riesgo medio y bajo:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>-Seguimiento con datos agregados</li><li>-Mecanismos para reducir su riesgo y determinar las responsabilidades para la mejora.</li></ul> |
| SAC 4         |                                                                                                                                                                                                            |

# El aprendizaje: Feedback a los profesionales



- ▶ **Feedback más frecuentes:**
- ▶ Email a los notificantes confirmando la recepción de la notificación y agradeciendo.
- ▶ Informar al notificante si se realiza una investigación en profundidad del incidente.
- ▶ Difundir resultados de los análisis:
  - Informes periódicos de datos agregados
  - Alertas de seguridad, centradas la mejora de algún aspecto específico
  - Estudios de casos, que presenten la “historia de un paciente”
  - Informes centrados en estrategias de reducción de riesgos
  - Reuniones o presentaciones en áreas concretas del centro



## **Capítulo 7- Gestión de Riesgos: Visión proactiva y reactiva de la Gestión de Riesgos**

***Eduardo Sierra***  
*Médico. Experto en Gestión de riesgos sanitarios*

# Índice



- ▶ Del riesgo al Evento Adverso
- ▶ Como gestionamos los riesgos
- ▶ La Certificación del Sistema de Gestión de Riesgos
- ▶ La norma UNE 179003

# ROLES EN LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD



## MACRO

Política  
Financiación  
Leyes y normativas  
Oferta servicios  
Sistemas informáticos

## MESO

Política y  
Presupuestos versus  
Necesidades clínicas  
Eficiencia

## MICRO Gestión clínica

Profesional frente paciente  
Medicina científica  
Centrada en el paciente  
Efectiva y segura

Evaluar evidencia científica de nuevas tecnologías  
Formar en calidad y seguridad  
Crear y mantener sistemas de notificación  
Implementar prácticas seguras

### PERSONAS:

Fomento de conocimientos,  
Habilidades y actitudes en SP

### SISTEMA:

Definición responsabilidades  
Supervisión  
Estandarizar procedimientos  
Comunicación efectiva

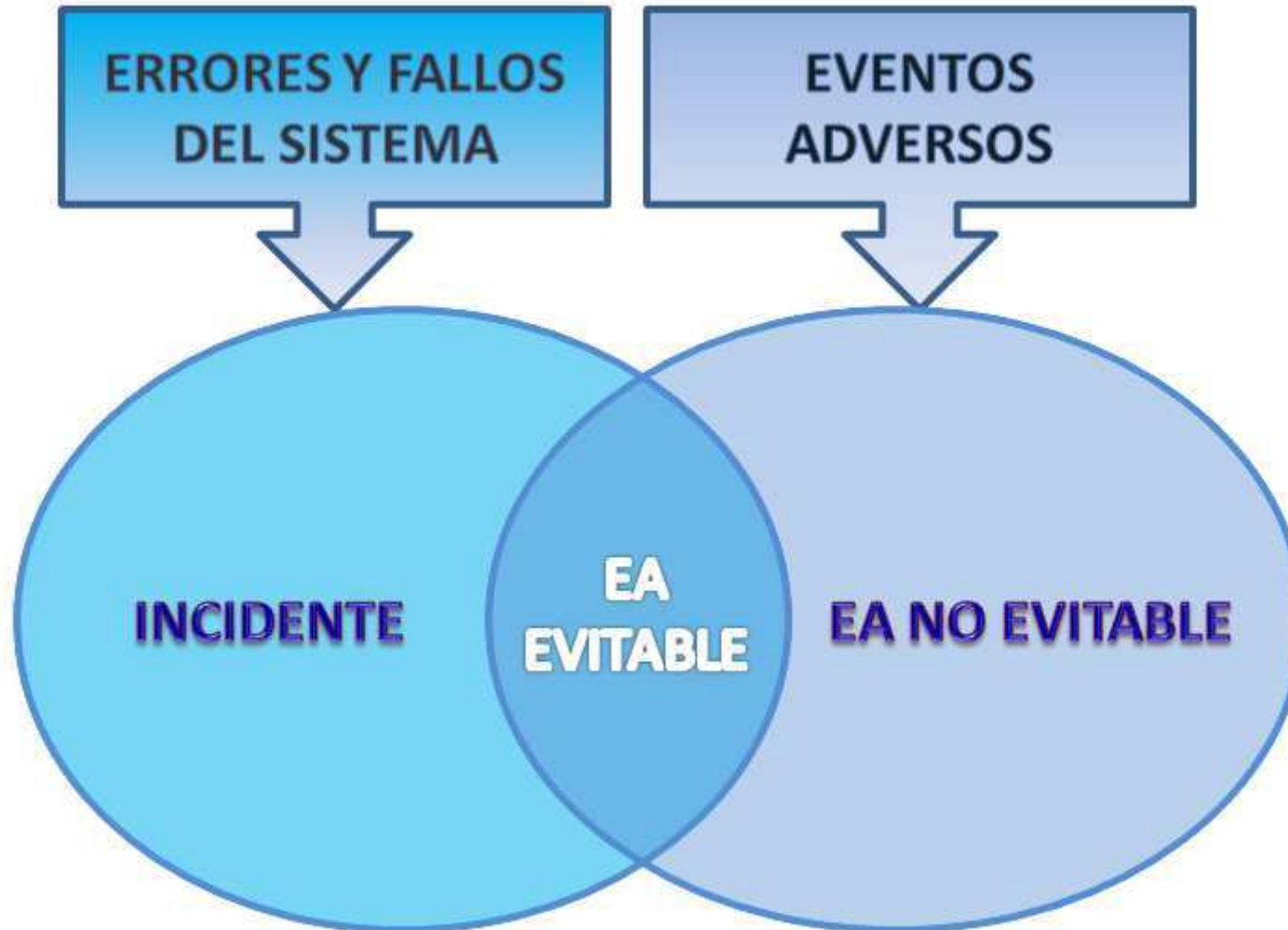
# De los riesgos al Evento Adverso



Modificado de Aranaz y col.

# ¿Qué relación existe entre el ERROR y el EA?

## ¿Es evitable el Evento Adverso?



# Gestión de riesgos/SP



## **gestión de riesgos:**

Conjunto de actividades coordinadas destinadas a prevenir y controlar el riesgo en una organización.

**Seguridad del Paciente:** ausencia para un paciente de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria

Dirigida a evitar eventos adversos que afecten a:

- Personas: pacientes, personal sanitario, directivos y demás trabajadores.
- Instalaciones: edificios, equipos y dispositivos médicos, mobiliario, medio ambiente,...
- Recursos económicos: inversiones, fondos de crecimiento y desarrollo, recursos de investigación,...
- Prestigio y el renombre de la institución y sus profesionales: satisfacción del personal, reputación, propiedad intelectual, relevancia, atracción de clientes,...

# Principios comunes a los Sistemas de Gestión



1. Compromiso y Liderazgo de la dirección
2. Proyecto permanente: Innovar y mejorar de forma continua
3. Acción Preventiva: actuar antes de fallar
4. Sistema medible: Evaluar la situación actual y repetirlo periódicamente
5. Implicación del personal
6. Formación. Las personas deben tener competencias adecuadas para las actividades que desarrollan

# Riesgos potenciales y reales



¿Qué ha ido mal?

¿Qué le ocurrió a los pacientes?

Estudios epidemiológicos  
Bases datos  
S. Notificación  
Reclamaciones  
Indicadores  
Experiencia  
ACR

**RIESGOS REALES**



Proceso de GR

¿Qué le puede ocurrir a los pacientes?

¿Qué puede ir mal?

Mapa de procesos  
Diagrama causa-efecto  
Mapa de riesgos  
AMFE

**RIESGOS POTENCIALES**



# Enfoques del riesgo asistencial



## ► Visión proactiva / prospectiva :

- Antes de que se produzcan
- Análisis “a priori”
- Objetivo: El suceso adverso nunca debería ocurrir
- **Herramienta: AMFE**

## ► Visión retrospectiva:

- Una vez se han producido
- Análisis “a posteriori”
- Objetivo: El suceso adverso no debería volver a ocurrir
- **Herramienta: ACR**

## Evento centinela



Un caso centinela es un acontecimiento inesperado que tiene como resultado la muerte o una lesión física o psicológica grave (o el riesgo de que se produzca).

JCAHO. (2000). Preventing Sentinel Events in the environment of care..

# Enfoque reactivo: Eventos Centinela



- Fallecimiento inesperado.
- Suicidio de un paciente.
- Fallecimiento de un recién nacido a término.
- Muerte materna.
- Pérdida de función permanente no relacionada con la evolución de un paciente.
- Intervención quirúrgica en un paciente o en una localización equivocada.
- Reacción hemolítica post-transfusional.
- Olvido de material tras una intervención.
- Aplicación de dosis excesiva de radioterapia.
- ▶ Hiperbilirrubinemia neonatal severa.
- ▶ Muerte de un paciente en la sala de espera de Urgencias.
- ▶ Retraso en un tratamiento.
- ▶ Caída de paciente con lesión.
- ▶ Error grave de medicación.
- ▶ EA relacionado con la anestesia.
- ▶ Shock anafiláctico en un paciente ingresado.
- ▶ Confusión de la documentación de un paciente en quirófano o en pruebas diagnósticas de riesgo.
- ▶ Informe anatomopatológico equivocado.



## 10 Eventos Centinela más frecuentes (JCAHO)

|                                           | Número casos | %     |
|-------------------------------------------|--------------|-------|
| Cirugía en sitio erróneo                  | 719          | 13,2% |
| Suicidios                                 | 675          | 12,4% |
| Complicación quirúrgica                   | 614          | 11,3% |
| Error de medicación                       | 481          | 8,8%  |
| Retraso en el tratamiento                 | 413          | 7,6%  |
| Caídas                                    | 330          | 6,1%  |
| Asalto/ violación/ homicidio              | 208          | 3,8%  |
| Mantenimiento de cuerpo extraño por error | 194          | 3,6%  |
| Muerte o lesión durante contención        | 185          | 3,4%  |
| Muerte perinatal / pérdida de función     | 170          | 3,1%  |

# ¿Qué es una norma?

Es un documento de aplicación **voluntaria** que contiene **especificaciones técnicas** basadas en los resultados de la experiencia y del desarrollo tecnológico

Las normas son:

- ▶ Fruto consenso entre partes interesadas e involucradas en esa actividad
- ▶ Aprobadas por un organismo de Normalización reconocido
- ▶ Garantizan niveles de calidad y seguridad que permiten a una empresa posicionarse mejor en el mercado.
- ▶ Importante fuente de información para los profesionales de cualquier actividad.

# Norma ISO 9000:2005



## PROCESO

Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados

## PROCEDIMIENTO

Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso

Los elementos de entrada para un proceso son generalmente resultados de otros procesos.

# NORMA UNE 179003



**“NORMA UNE 179003:2013 Servicios sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente”**

Objetivo de la norma:

- **Identificar las situaciones de riesgo** a lo largo de un episodio asistencial e **implantar acciones** para su **reducción** y **prevención**.

***Conseguir una atención libre de daños evitables.***

- Desarrollar dentro de la cultura de una organización sanitaria, los sistemas y procesos necesarios con los que:
  - ✓ **Reducir la probabilidad de aparición de errores y eventos adversos**
  - ✓ **Aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren.**
  - ✓ **Mitigar sus consecuencias.**



# NORMA UNE 179003



## CONTENIDO

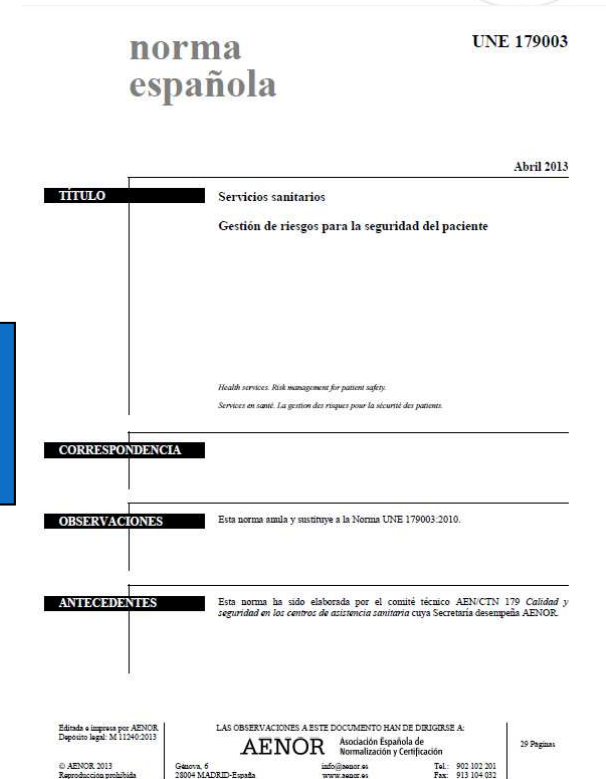
### ► “6” Capítulos:

- 0-. Introducción.
- 1-. Objeto y campo de aplicación.
- 2-. Normas para la consulta.
- 3-. Términos y definiciones.
- 4-. Requisitos generales para la gestión de los riesgos.
- 5-. Procesos en la gestión de riesgos.
- 6-. Bibliografía.

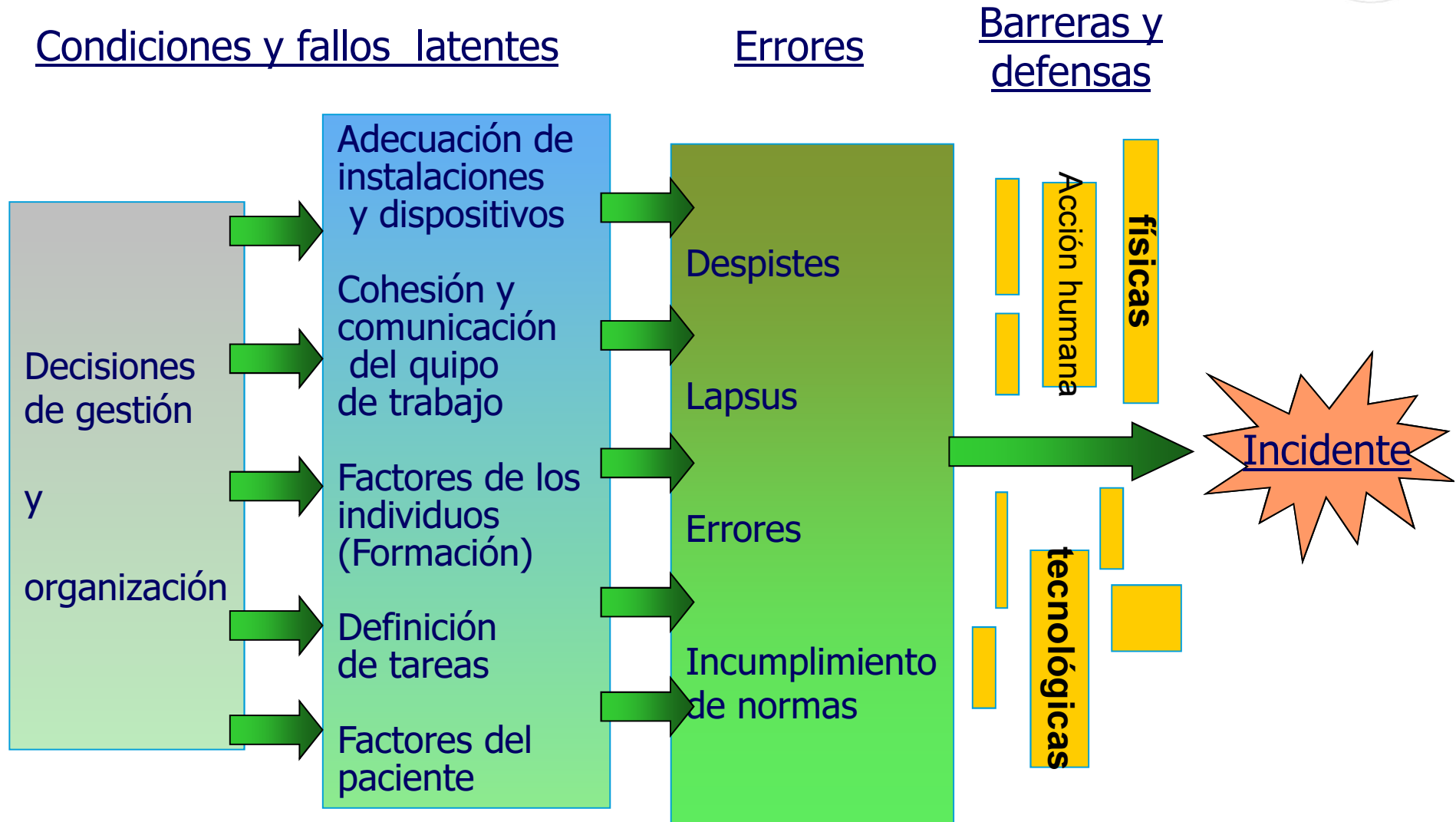
41 términos CISP

### ► “3 Anexos Informativos:

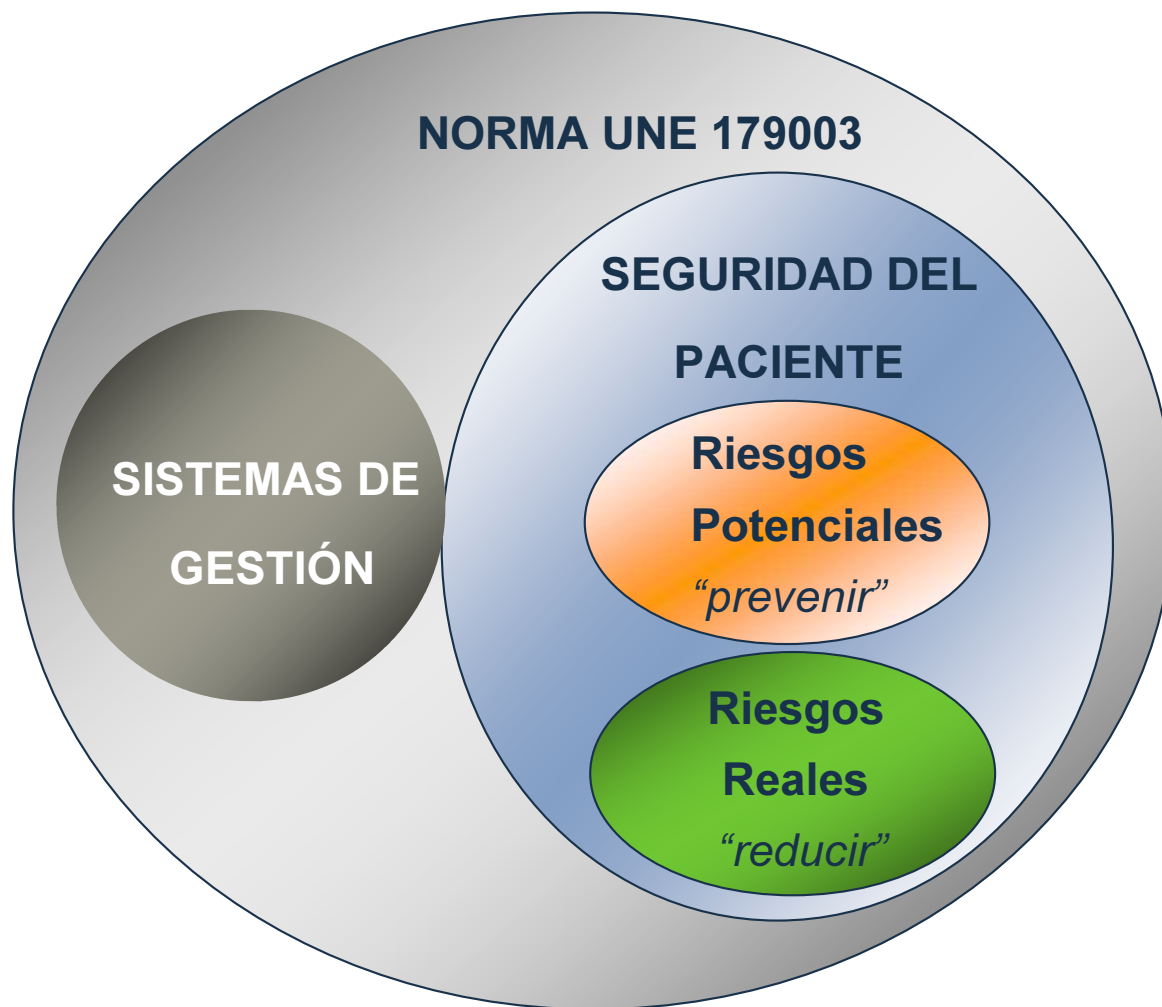
- A) Criterios para la evaluación de riesgos.
  - A.1) Criterios para evaluar la gravedad de las consecuencias de un riesgo
  - A.2) Criterios para evaluar la probabilidad de ocurrencia de un riesgo
  - A.3.) Criterios para la medición de la capacidad de detección
  - A.4) Criterios para la medición del nivel de riesgo
  - A.5) Criterios para la aceptación del riesgo
- B) Técnicas para la identificación de riesgos.
- C) Documentación relacionada con la Gestión de Riesgos



# Análisis sistemático de incidentes



# NORMA UNE 179003

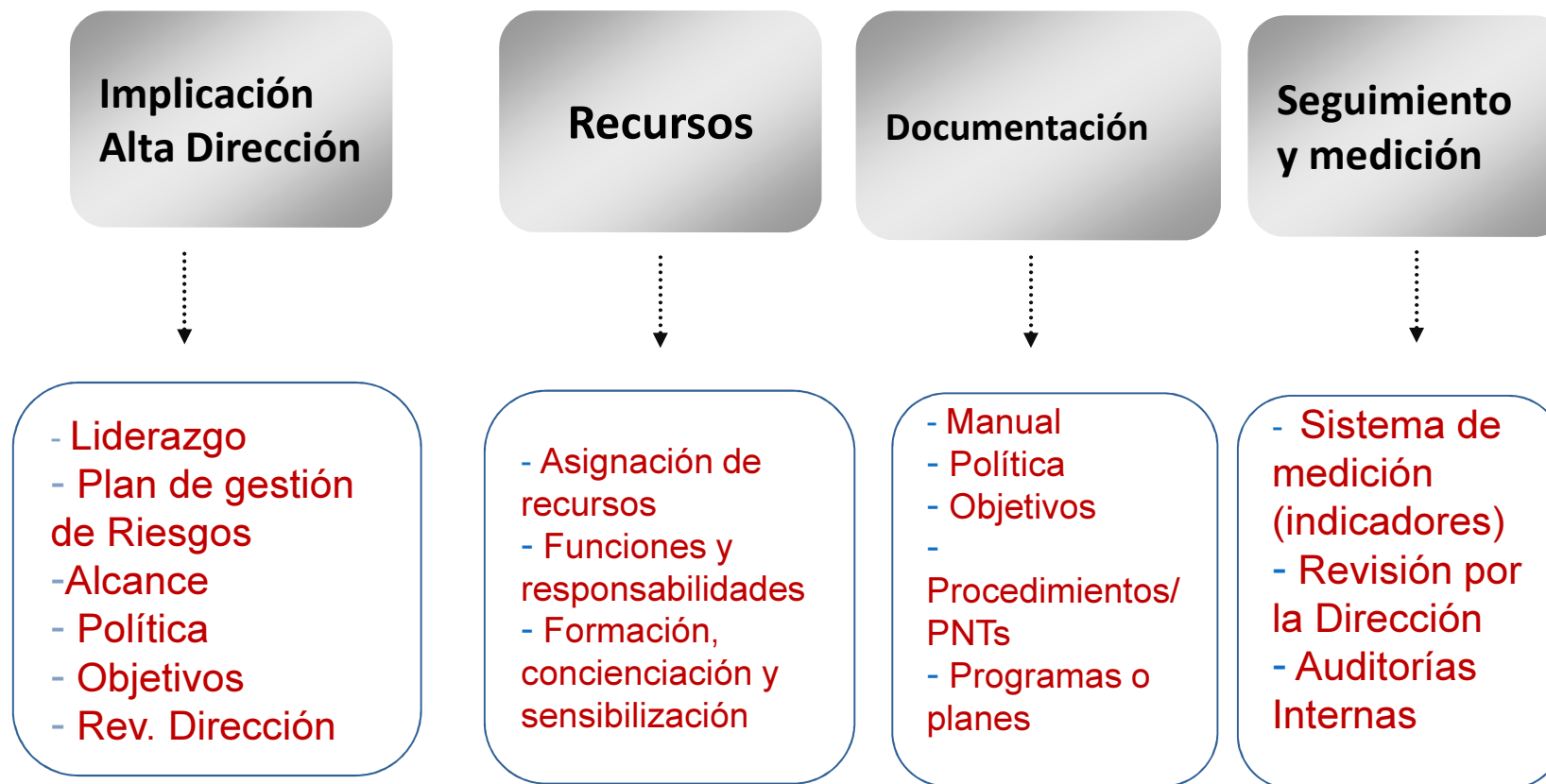


# NORMA UNE 179003:2013



Sistema de  
Gestión

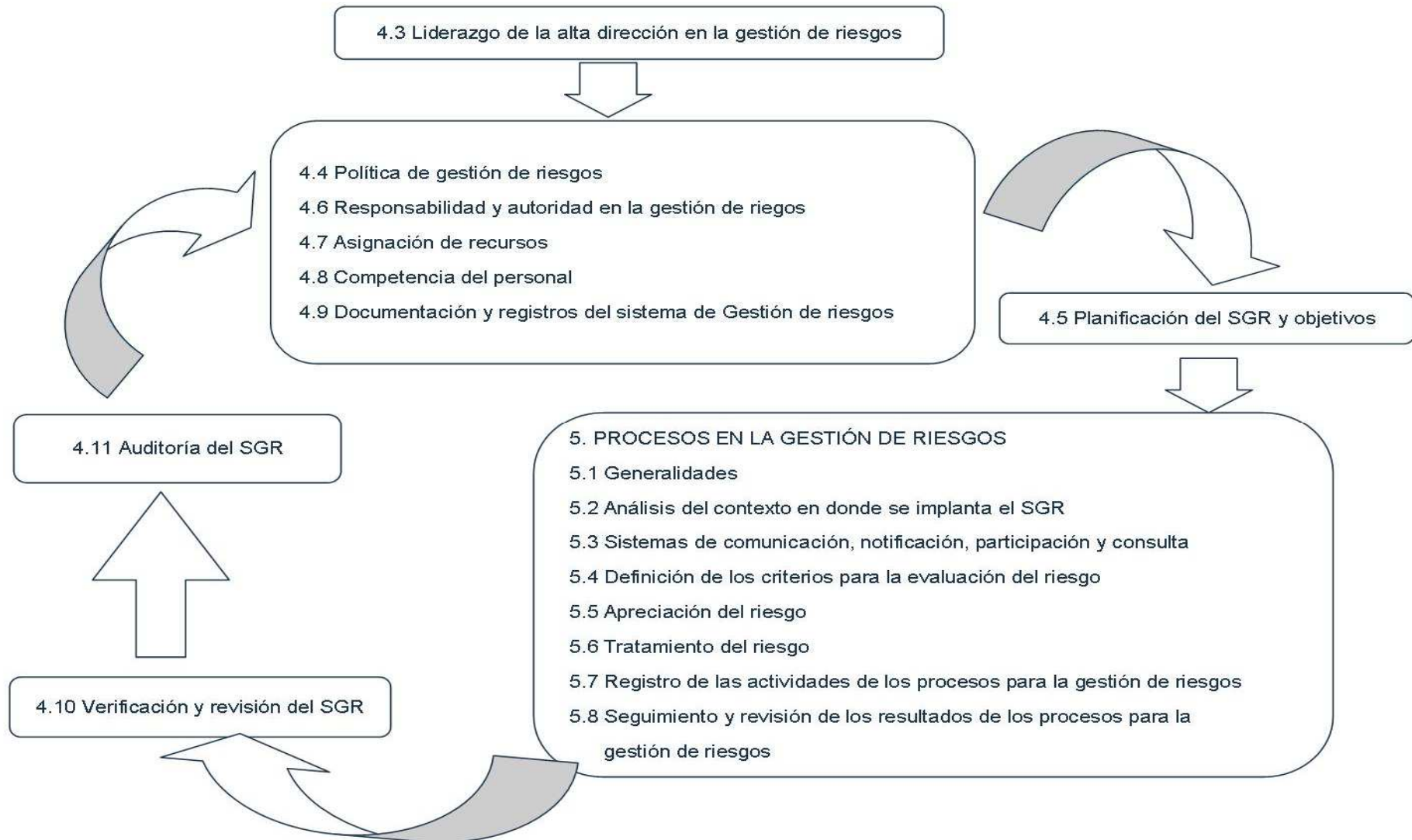
## Punto. 4 Requisitos generales para la gestión de riesgos



## 4.2-. Requisitos generales



### ESTRUCTURA



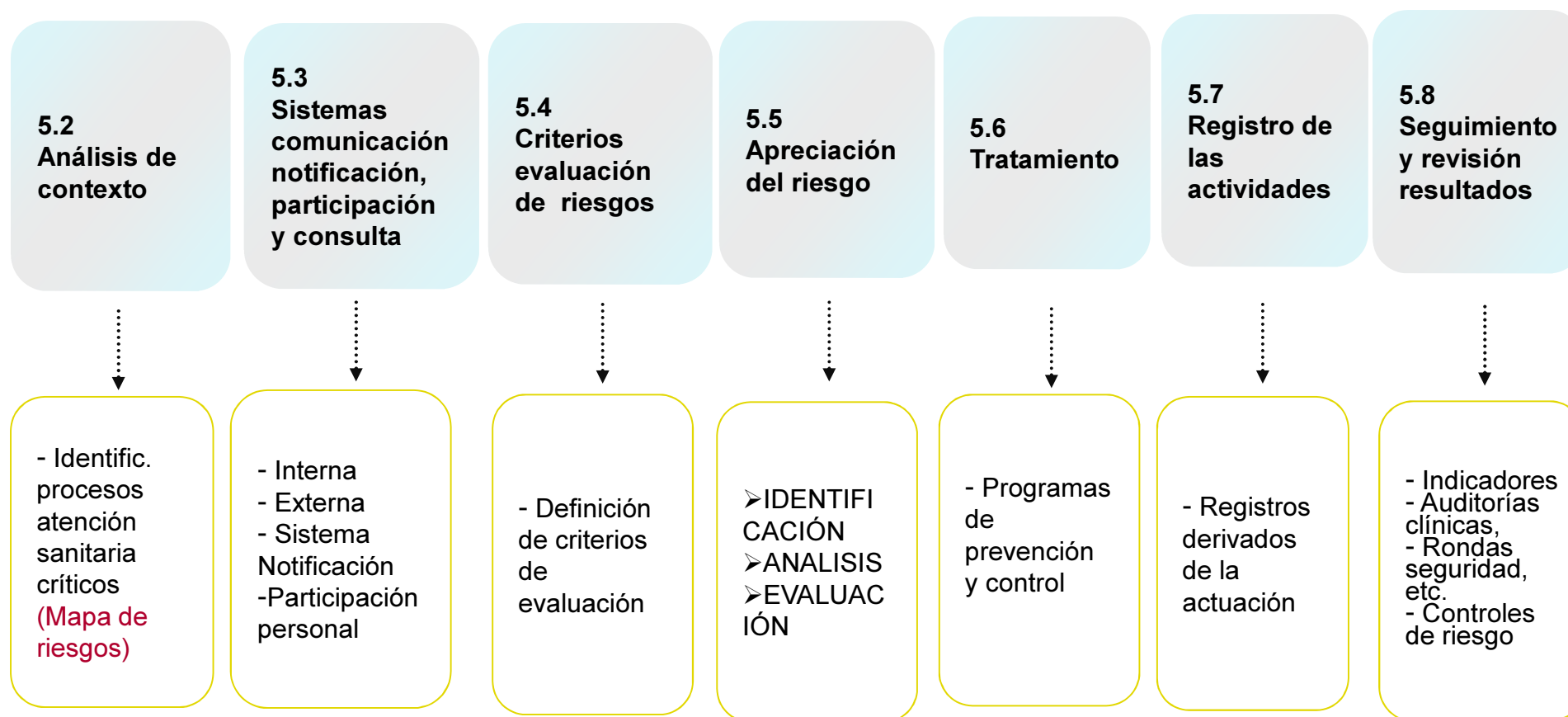
# NORMA UNE 179003



R. potenciales

R. Reales

## Punto. 5 Procesos generales en la Gestión de Riesgos



# NORMA UNE 179003



## SISTEMA DE GESTIÓN





GRACIAS POR  
TODO