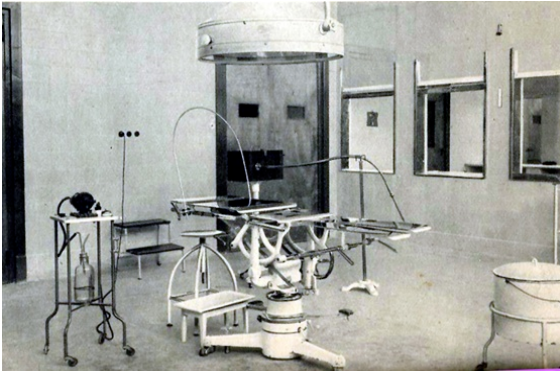




La asistencia sanitaria como factor de riesgo

Guión

- Introducción.
- Conceptos.
- Epidemiología.
- Prevención de los eventos adversos.



“En el pasado, el ejercicio de la medicina solía ser simple, poco efectivo y relativamente seguro; en la actualidad se ha transformado en complejo, efectivo, pero potencialmente peligroso”

C. Chantler.

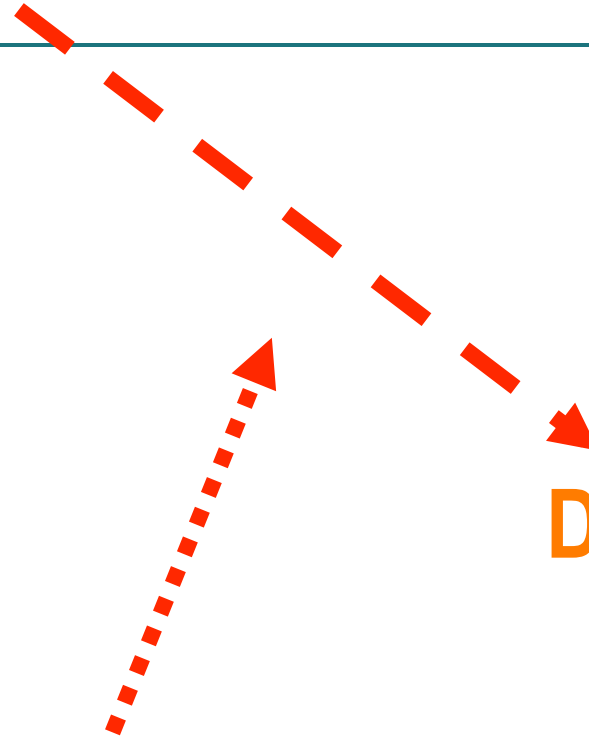
The role and education of doctors in the delivery of health care. Lancet, 1999 Apr 3; 353 (9159);1178-81

INTERVENCIONES SANITARIAS

PRINCIPAL PROPÓSITO



**BENEFICIO DEL
PACIENTE**



DAÑO

**COMBINACIÓN COMPLEJA DE
PROCESOS, TECNOLOGÍAS E
INTERACCIONES HUMANAS**

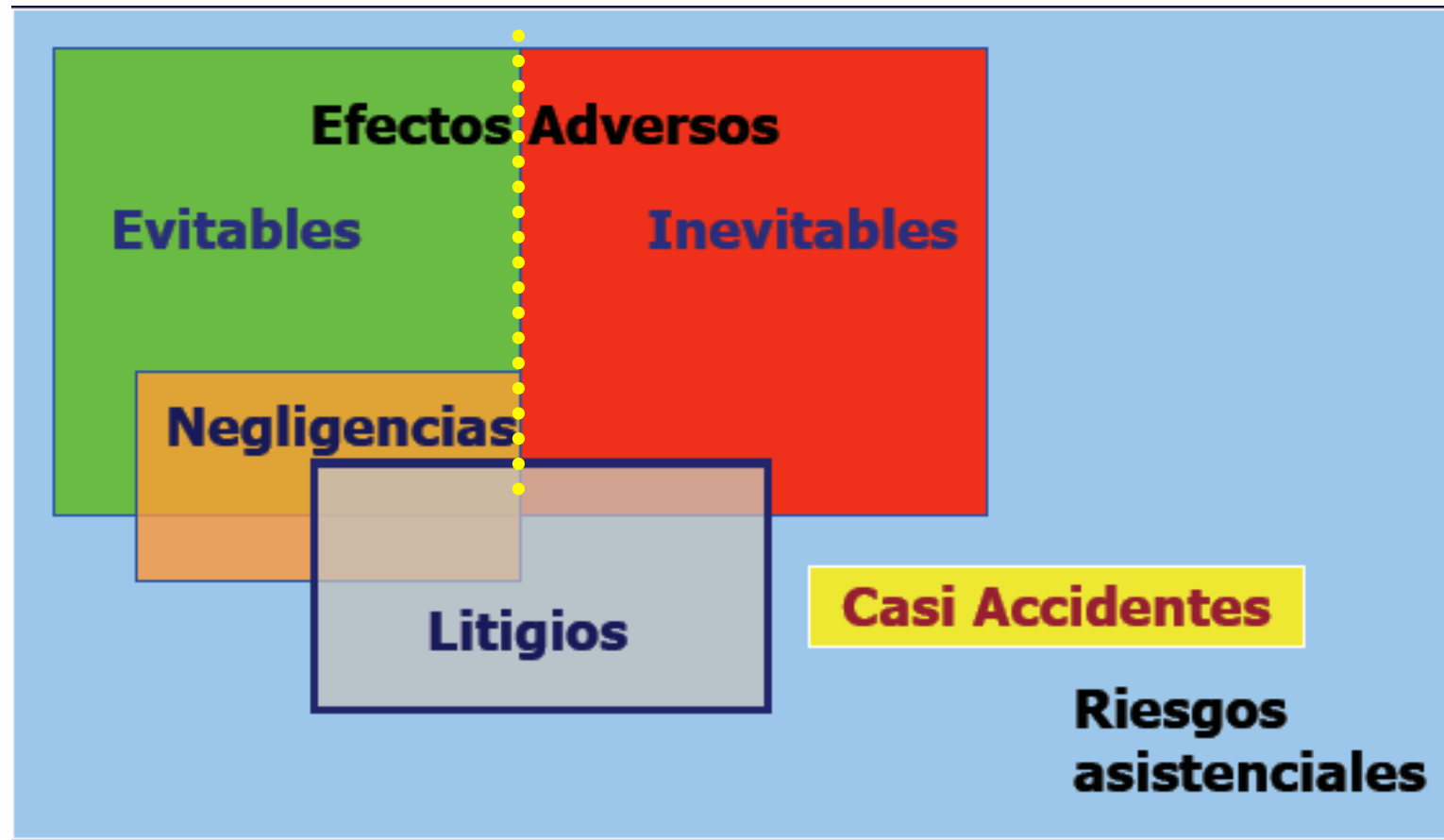
Guión

- Introducción.
- Conceptos:
 - Evento adverso
 - Incidente
 - Modelo explicativo
- Epidemiología.
- Prevención de los eventos adversos.

Evento adverso (EA)

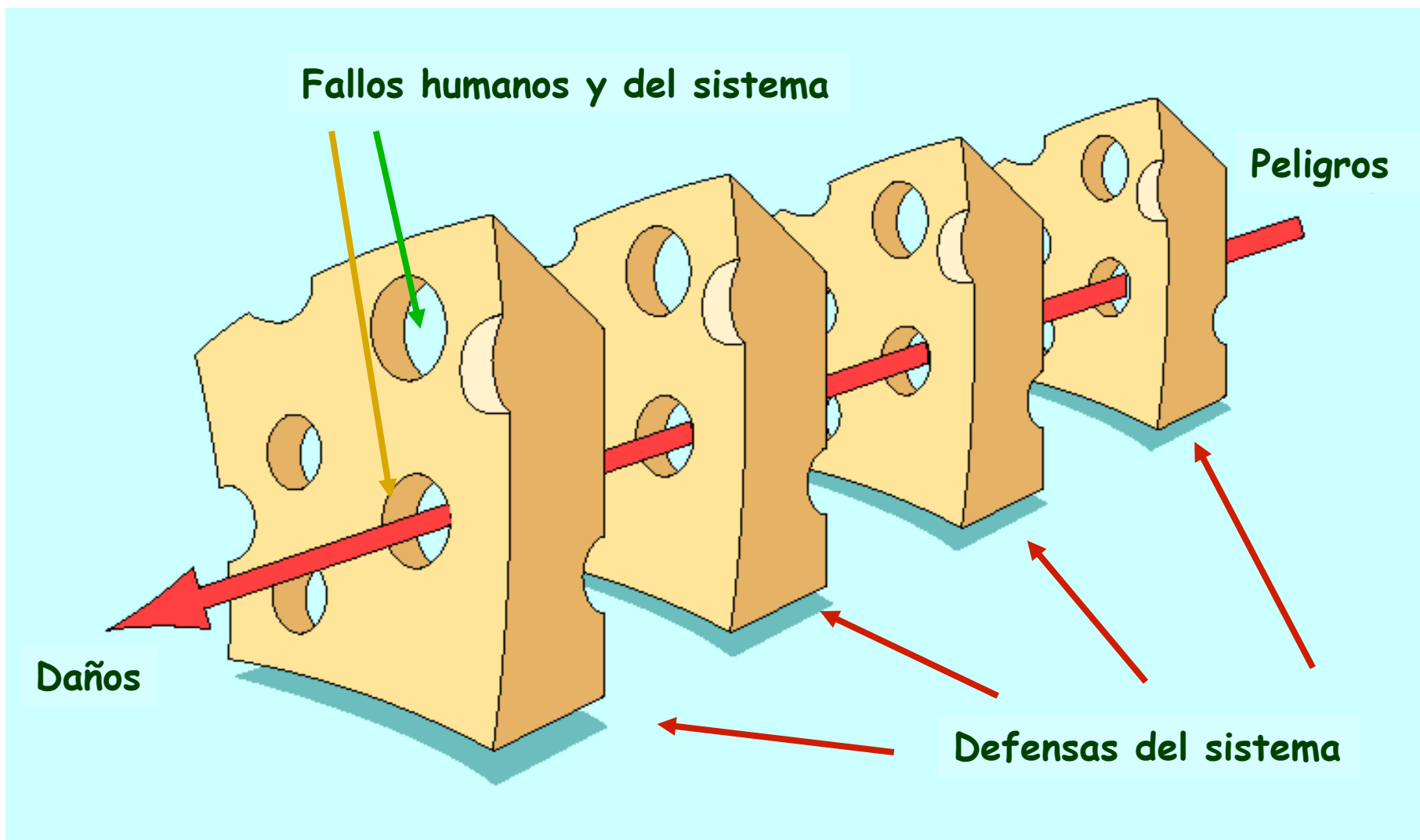
Acontecimiento que tiene consecuencias negativas para el paciente como son lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o muerte, relacionado con el Proceso Asistencial

Modelo teórico explicativo de los riesgos de la asistencia y sus relaciones



Fuente: J M^a Aranaz et al. Informe SESPAS 2006

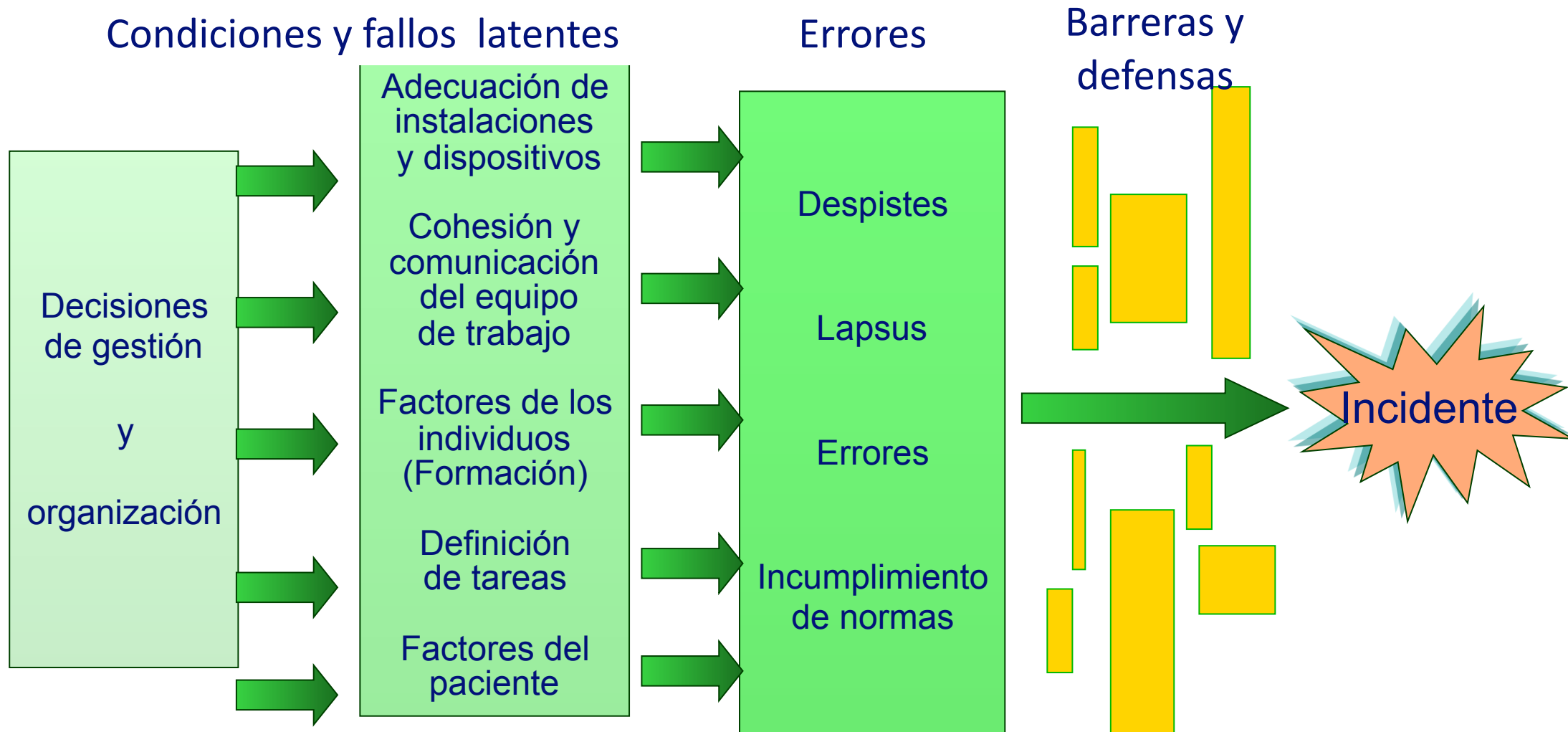
Modelo explicativo



Medicina Preventiva y Salud Pública

Fuente: Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320:769.

Modelo explicativo

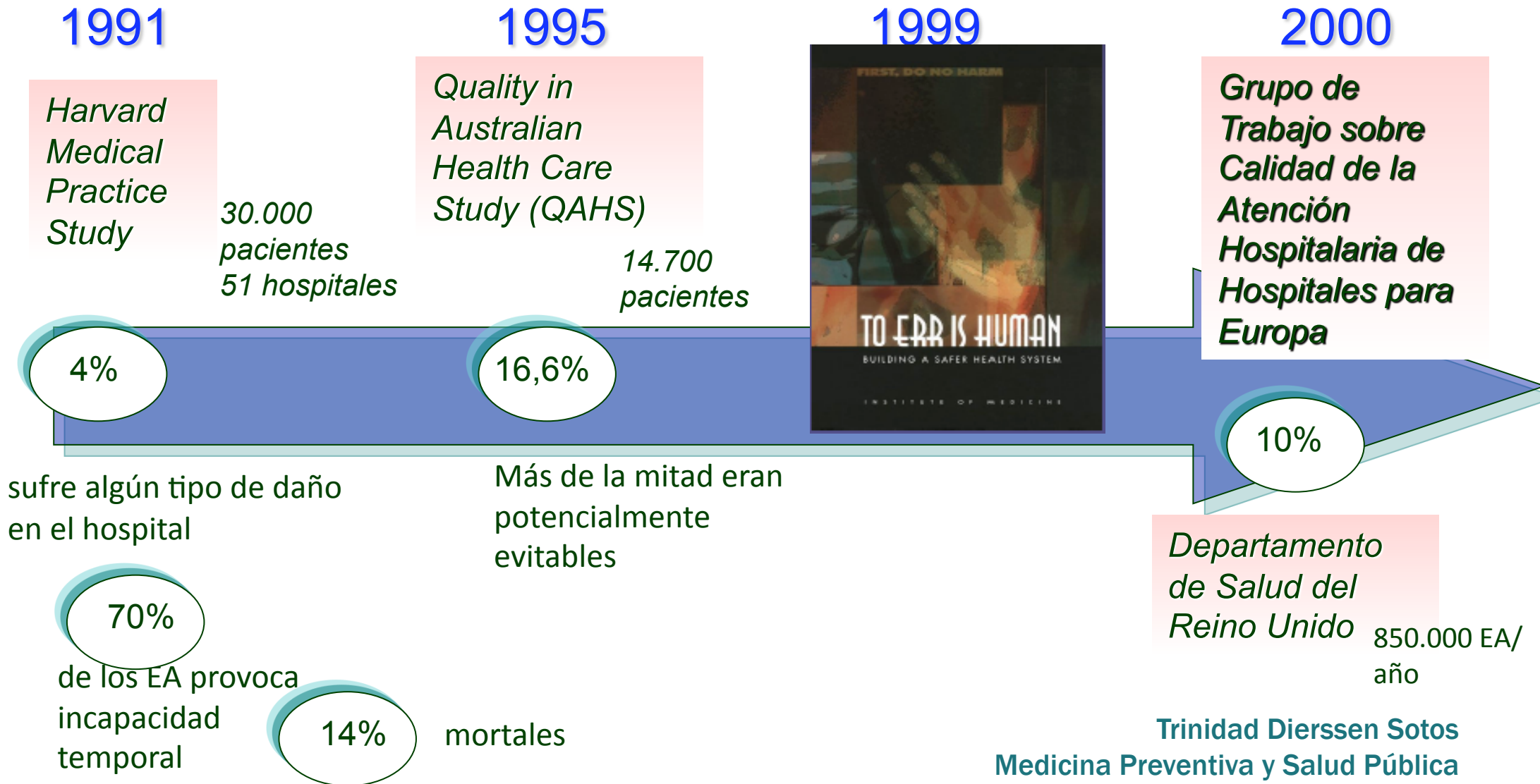


Trinidad Dierssen Sotos
Medicina Preventiva y Salud Pública

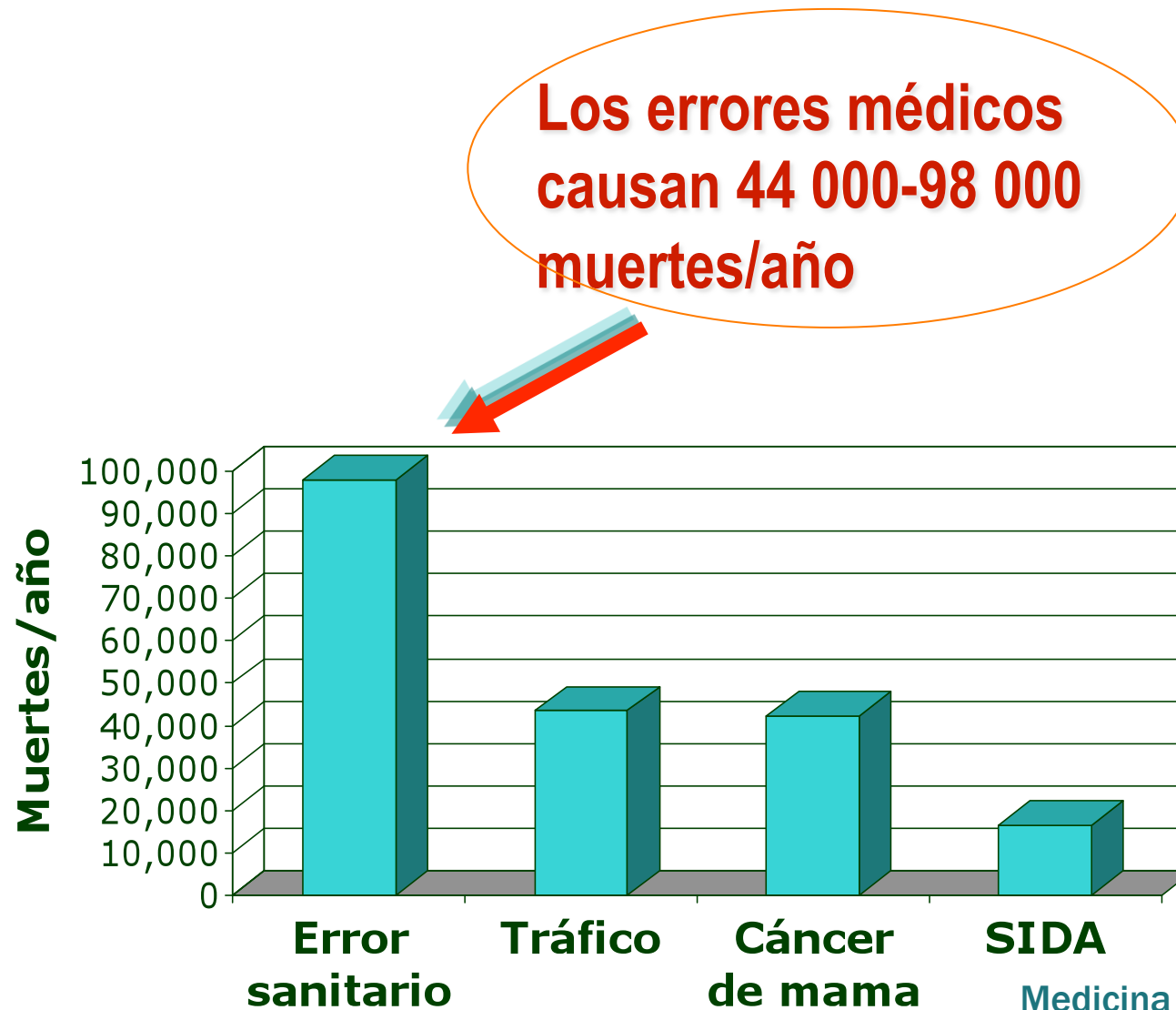
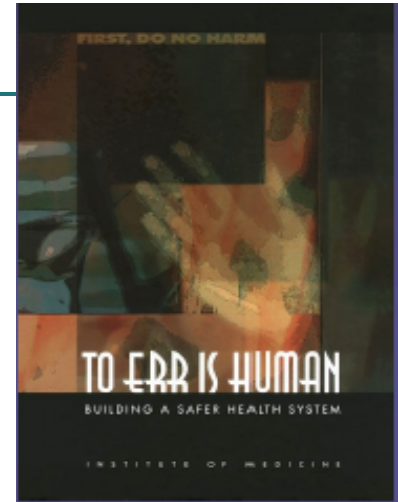
Guión

- Introducción.
- Conceptos.
- Epidemiología:
 - Estudios internacionales.
 - Situación en España.
- Prevención de los eventos adversos.

Epidemiología: estudios internacionales

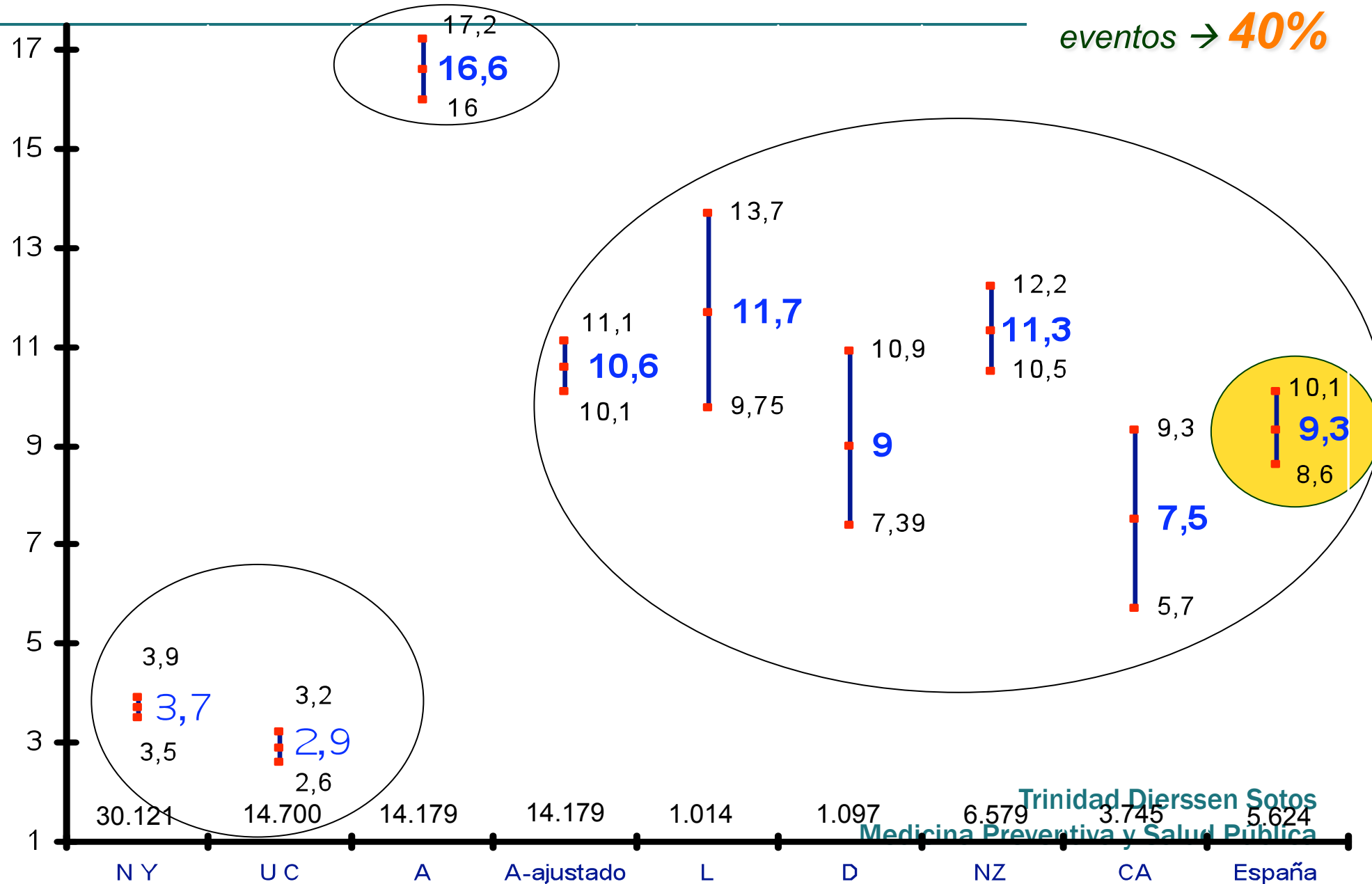


1999 To err is human: building a safer health system. Instituto de Medicina de EEUU

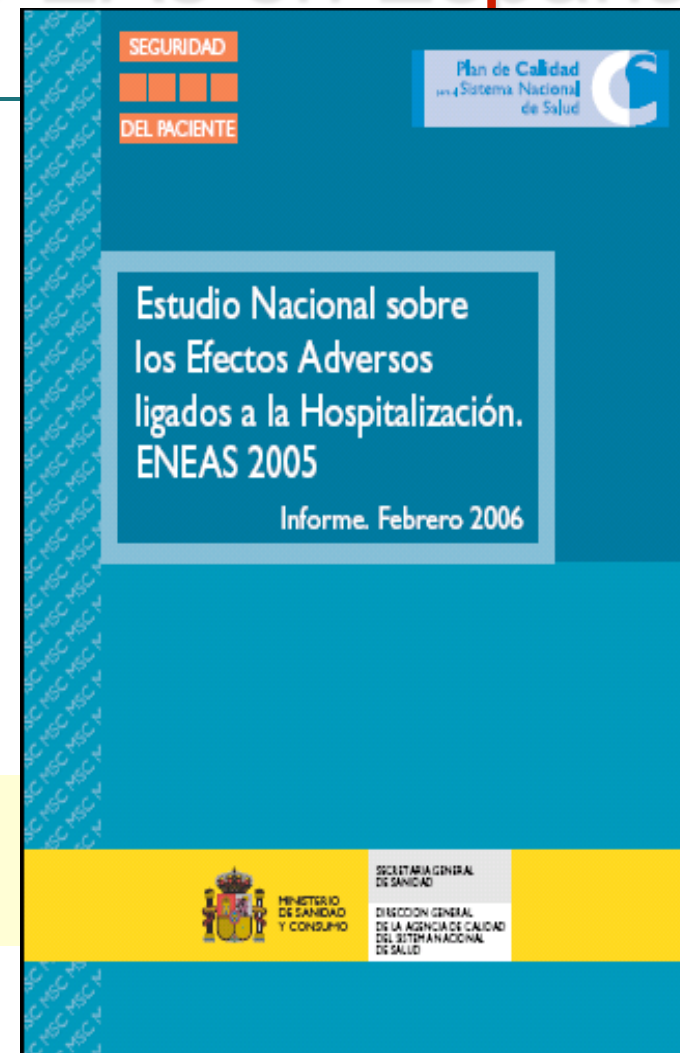
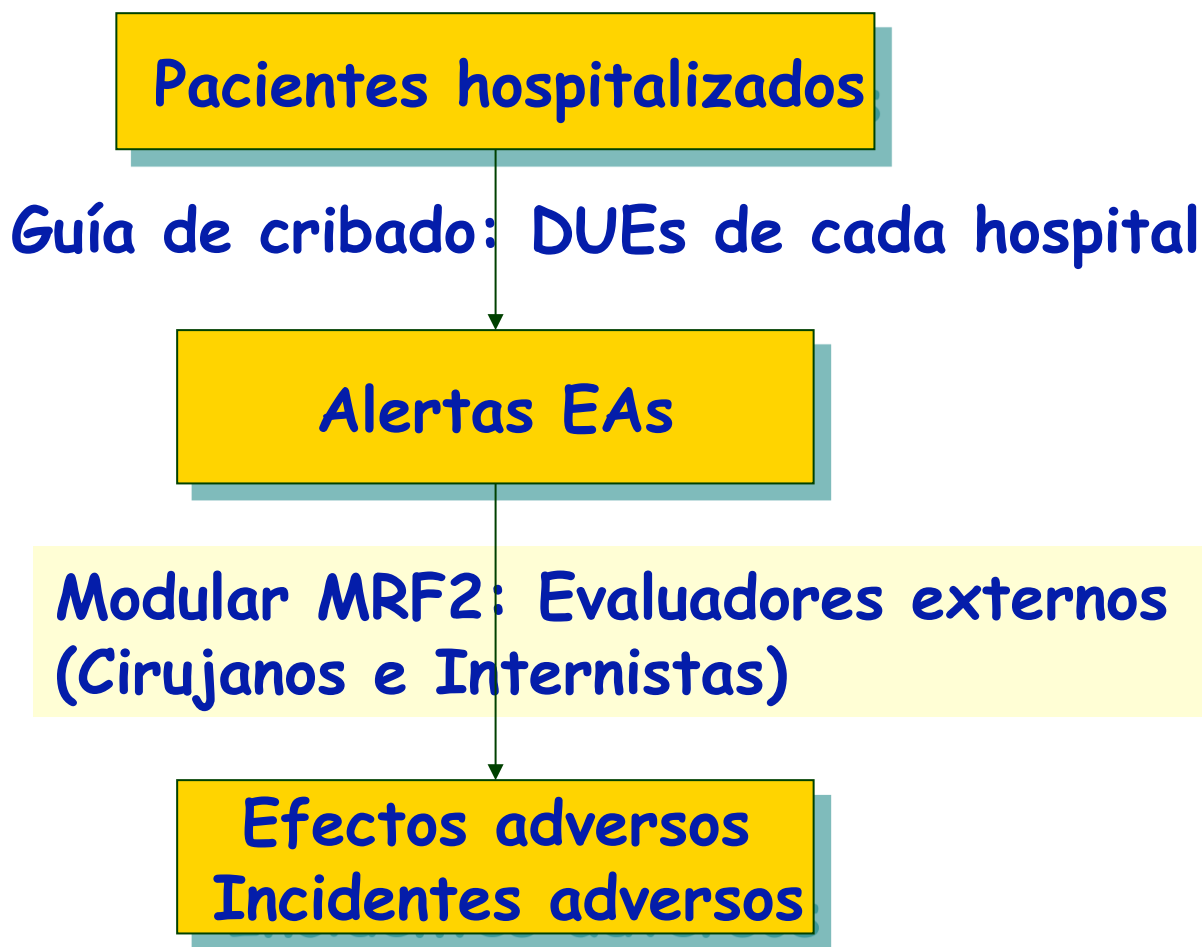


Incidencia de EAs de los principales estudios

Evitabilidad de los
eventos → **40%**



Epidemiología: Incidencia de EAs en España



Fuente: Aranaz et al. Disponible en:

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf

Trinidad Dierssen Sotos
Medicina Preventiva y Salud Pública

ESTUDIO ENEAS: Distribución de EAs y subtipos

Pacientes con EAs	N	%	IC 95%
Ligados a la enfermedad	276	26,0%	23,3-28,6
Ligados a la asistencia sanitaria	787	74,0%	71,4-76,7
Mínima o ligera probabilidad	262	24,6%	22,1-27,2
Moderada o elevada probabilidad	525	49,4%	46,4-52,4
TOTAL	1.063	100%	

16% GRAVES
38,9% MODERADOS
45% LEVES

655 EAs

I.A.: 9,3% IC95%: 8,6% - 10,1%.

Fuente: Aranaz et al. Disponible en:

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf

Trinidad Dierssen Sotos
 Medicina Preventiva y Salud Pública

ESTUDIO ENEAS: EAs más frecuentes

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
Total	655 (100%)	278 (42,6%)

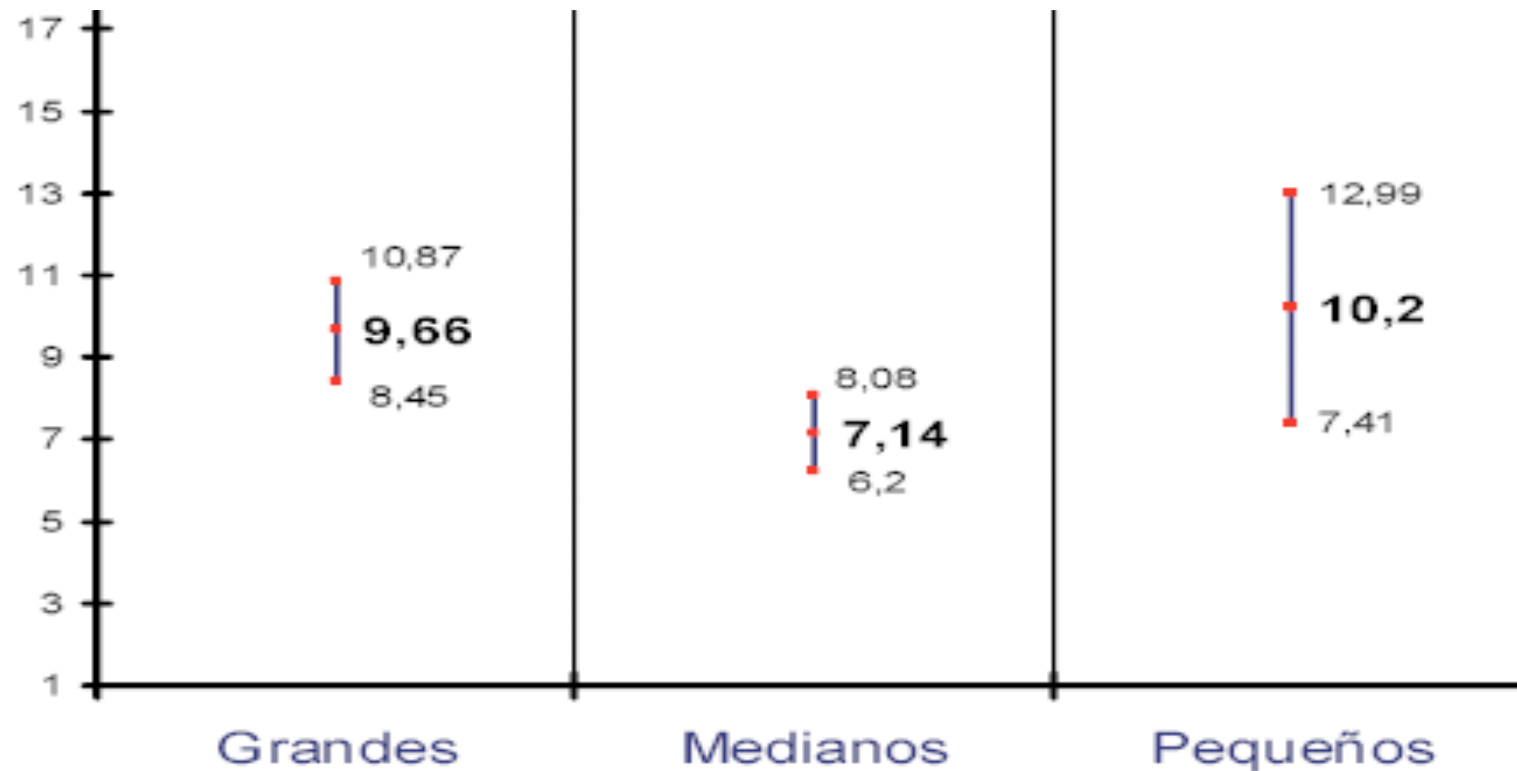
Trinidad Dierssen Sotos

Medicina Preventiva y Salud Pública

Fuente: Aranaz et al. Disponible en:

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf

ESTUDIO ENEAS: Incidencia acumulada de pacientes con EA por tamaño de hospital



Fuente: Aranaz et al. Disponible en:

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf

Trinidad Dierssen Sotos
Medicina Preventiva y Salud Pública

ESTUDIO ENEAS: Factores asociados al EA

Variable explicativa	Odds Ratio	I.C. 95%
Categoría de Servicio ^a (Med.)	1,23 n.s.	0,89-1,72
Tamaño hospital (mediano) ^b	0,81	0,66-0,99
Tamaño hospital (pequeño) ^b	1,44	1,02-2,03
Edad ^c	1,98	1,48-2,63
Estancia hospitalaria ^d	5,07	3,80-6,76
Nº FR intrínsecos ^e	1,57	1,27-1,94
Nº FR extrínsecos ^f	2,30	1,68-3,17

a REF: S. Quirúrgicos. b REF: tamaño grande. c REF: < 65 años. d REF: < de una semana. e REF: Ausencia de factores de riesgo intrínsecos. f REF: Ausencia de factores de riesgo extrínsecos.

Fuente: Aranaz et al. Disponible en:

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf

Trinidad Dierssen Sotos
Medicina Preventiva y Salud Pública

Guión

- Introducción.
- Conceptos.
- Epidemiología
- Prevención de los eventos adversos
 - Primaria
 - Secundaria
 - Terciaria

Objetivos de la prevención de los sucesos adversos

Prevención 1ª

↓ Incidencia
↑ Factores que mejoran la seguridad del paciente
↓ FR

Prevención 2ª

Detección precoz de EA
Neutralizar sus consecuencias

Prevención 3ª

Reducir su IMPACTO
Evitar su reaparición

Prevención 1ª



Incidencia

Factores que mejoran la seguridad del paciente

FR

Actividades:

- Formación de profesionales y educación de pacientes.
- Cultura de Seguridad: PREVENCIÓN PRIMORDIAL.
- Prácticas Clínicas Seguras, alertas de seguridad.
- Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) → Puntos Críticos.

Prevención Primaria: Prácticas seguras

EEUU

■ Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

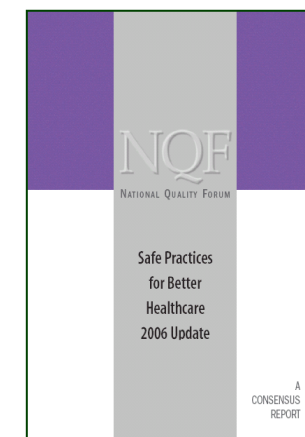
Grupo de prácticas seguras para la mejora de la seguridad del paciente

I.N.
E.Medicación
Cirugía
Caídas

<http://www.ahrq.gov/qual/10tips.htm>

■ National Quality Forum (NQF)

Lista de estándares de cuidados consensuados por expertos



Trinidad Dierssen Sotos
Medicina Preventiva y Salud Pública

http://www.qualityforum.org/pdf/reports/safe_practices/txspexecsummarypublic.pdf

Prevención Primaria: Alertas de seguridad



- Inadecuada identificación de los pacientes.
- Paciente con traumatismo infravalorado.
- Riesgo del potasio intravenoso.
- Cirugía en el lugar erróneo.
- Precauciones en la inmovilización de pacientes.
- Prevención del suicidio en pacientes hospitalizados.
- Administración segura de medicamentos.
- Uso de medicamentos de alto riesgo.



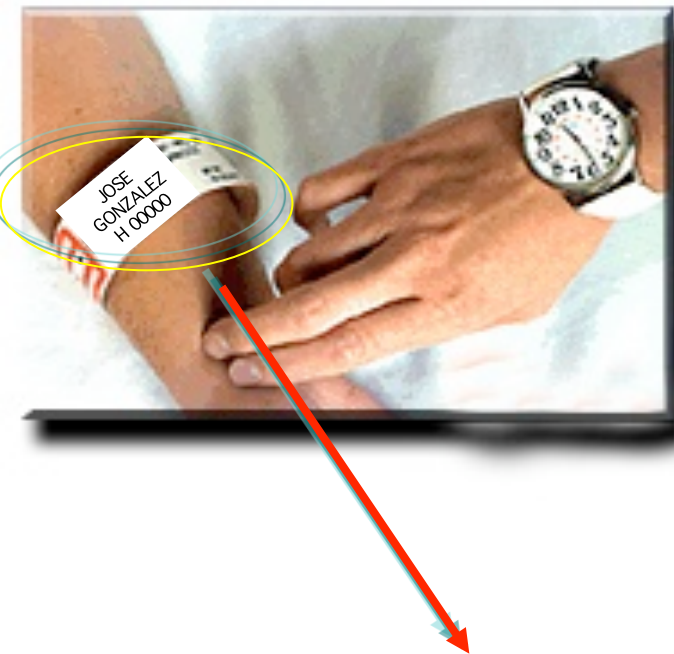
<http://fad.onmedic.net/default.aspx?tabid=67>

Alertas de seguridad

Centro de investigación
para la seguridad
clínica de los pacientes



ALERTA N°1: IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES



La identificación inadecuada es una causa importante de problemas y complicaciones asociada a errores en la asistencia.

Los profesionales debieran acercarse cada día a los pacientes como si se tratara de la primera vez, comprobando su identidad antes de realizar cualquier intervención diagnóstica o terapéutica

Los errores asociados a una identificación inadecuada puede reducirse hasta un 50% con el uso de brazaletes identificativos



Trinidad Dierssen Sotos
Medicina Preventiva y Salud Pública

A CÉSAR LO QUE ES DE CÉSAR.



...y a Juan lo que es de Juan,
a Elena lo que es de Elena,
a Luisa lo que es de Luisa...

Programa de
IDENTIFICACIÓN
DE PACIENTES



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
Gobierno del Principado de Asturias

TÚ ERES ÚNIC@.



Programa de
IDENTIFICACIÓN
DE PACIENTES



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
Gobierno del Principado de Asturias

Prevención Primaria: AMFE

Estudio sistemático y proactivo de los procesos:

- ¿Qué puede fallar? (*failure modes*)
- ¿Por qué puede ocurrir? (*failure causes*)
- ¿Qué consecuencias tiene el fallo? (*failure effects*)

Puede utilizarse

ANTES de utilizar nuevos servicios, procesos o productos a fin de identificar posibles fallos en su empleo ó

DESPUÉS si se considera que su rendimiento no es óptimo

Su finalidad es analizar los sistemas para evitar que ocurran errores.

Fases del AMFE

1. Identificación de la **situación** a analizar
2. Selección del **equipo de trabajo**
3. Identificación detallada de las **fases del proceso**
 - Representar gráficamente
4. Análisis de **fallos**, posibles **causas** y **efectos**
 - Para cada fallo identificar posibles efectos
 - Probabilidad de que ocurra
 - Probabilidad de que se detecte
 - Trascendencia
 - Cuantificar la importancia de los efectos (*Risk Profile Number* y/o matriz de riesgos)
5. Selección de **acciones** y evaluación de **resultados**

Plantilla de trabajo del AMFE

Etapas	Modos de fallo	Causas del fallo	Efectos del fallo	A Probabilidad del suceso (1-5)	B Probabilidad de detección (1-5)	C Gravedad (1-5)	RPN	Acciones de reducción
Formas en las que el proceso puede fallar								
	2							
	3							
								

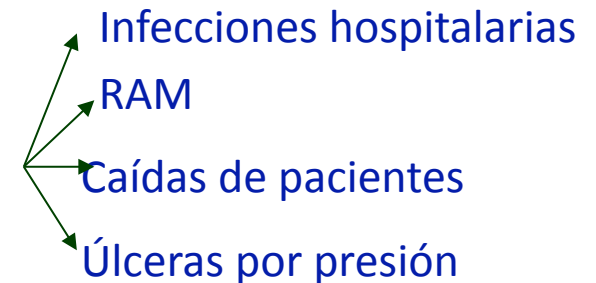
RPN: *Risk Profile Number* = $A \times B \times C$ (Utilizable para priorizar acciones de reducción)

Prevención 2ª

Detección precoz de EA
Neutralizar sus consecuencias

Actividades:

Sistemas de vigilancia de EAs.



Sistemas de notificación de EAs.

Mejora de los sistemas de comunicación entre estamentos profesionales y servicios.

Características de un sistema de notificación de sucesos adversos

No punitivo	No debe producir temor a sanciones o represalias
Confidencial	Paciente, informador e institución
Independiente	Independiente de la autoridad con capacidad de castigar al informador o su organización
Análisis por expertos	Valorando las circunstancias del suceso reportado.
Ágil	Envío de recomendaciones a las personas que las precisen. Especialmente en riesgos importantes
Orientado hacia el sistema	Las recomendaciones deben centrarse en cambios en el sistema , los procesos y los recursos
Sensible	La agencia que recibe los informes debe ser capaz de difundir recomendaciones y consensuar actuaciones con las organizaciones implicadas

Sistemas de notificación de incidentes

• REINO UNIDO

• National Patient Safety Agency

→ Sistema de notificación de incidentes,

→ Proporcionando a los profesionales formación

→ Objetivo: desarrollar un análisis pormenorizado de los incidentes y la información necesaria para establecer prácticas más seguras

SCOPING PATIENT SAFETY FOR CHILDREN AND YOUNG PEOPLE

A review of the patient safety issues relating to children and young people has recently been completed by the NPSA.

The review, which took 18 months to complete, explored current issues in depth, a review of patient safety research, an analysis of the incidents coming into the National Reporting and Learning System and a consideration of data from other organisations.

Focus groups and interviews with clinicians and patient safety managers working in children's services and representatives from national and regional stakeholder organisations.

consultations with children, young people and families, funded by the NPSA, and conducted in liaison with the National Children's Bureau and Contact a Family.

What we found
Medication errors are the most frequently reported type of incident, and comprise 19 per cent of all reported incidents for children and young people, compared with 10 per cent of similar incidents across all ages. Neonatology recorded 24 per cent of all incidents as medication errors. There were also a large proportion of incidents reported as being caused by procedures or treatments, and involving a lack of documentation or lack of communication.

A number of incidents were found to have occurred on or close to the settings not intended for the routine treatment of children and young people, for example, general practice and accident and emergency. There were also reports of lack of monitoring or not taking action on deterioration, delay or failure to diagnose, and incidents during the transfer of care.

There was no evidence of patient safety issues relating to and for children and young people. However, the consultation showed that children and young people did have views on their safety, while being seen in the

2005, such as time for child and young people friendly communication, the importance of the importance of child friendly environments to help them feel safe, continuity of care with the same staff and information in the languages spoken by the local community.

Neonatology recorded 24 per cent of all incidents as medication errors.

Patients interviewed agreed that communication was key to safety, such as listening to parent's perceptions of early warning signs, local professionals coordinating care and clear communication using language that is understandable to explain conditions and treatments, and to explain when situations have been made.

In the neonatal and paediatric for children that were visited, it was evident that there was an open dialogue on patient safety. This included analysis and investigation into areas of concern, ongoing learning about patient safety, promoting working with children and young people and changing practice by creating local solutions.

Links with other work
The review links to other recent publications, which include: Improving services for children in hospital (Healthcare Commission, 2007), Better safe than sorry: Preventing and managing injury to children (Healthcare Commission and the Audit Commission, 2007), Learning for children in Emergency Departments (Department of the Interior and the Commission of the Interior), and the medication safety publication: Safety in the home: medication safety incidents in the NHS (NPSA, 2007).

Supply chain (Department of Health, 2006), a review of patient safety places, new emphasis on the NHS and the findings of this ongoing reporting system, and the Black Box, the NHS will be led into this development.

Future work
One of the NPSA's priorities this year will link closely with this review, a two year project will explore and develop ways of improving medicines safety, which will include the development of a new incident. Funded by the NPSA, it will be led by the Royal College of Paediatrics and Child Health with the Royal College of Nursing, British Association of Paediatric Nurses, Paediatric Nurses Association and

2008, the previous help charity, with other stakeholders endorsing it. For further information please contact patient.safety@npsa.nhs.uk or call 020 7627 9554.



Prevención 3ª

Reducir su IMPACTO
Evitar su reaparición

Actividades:

Análisis de **causas raíz**, “¿Por Qué?” en cascada.

Comités de conciliación, Sistemas de Indemnización.

Análisis de las causas raíz

RCA-Root cause analysis

Proceso sistemático de investigación retrospectiva de efectos adversos o incidentes

**Identificación de
MEJORAS
Disminuir PROBABILIDAD
de EA futuros**

**Análisis de
condiciones latentes**

**Reconstrucción de los hechos
Análisis de causas subyacentes**

**PROPUESTAS
PLAN DE ACCIÓN**

Fuente: Hirsch KA, Wallace DT. Step-by-step guide to effective root cause analysis. Marblehead: Opus communications, 2001

Trinidad Dierssen Sotos
Medicina Preventiva y Salud Pública

ACR: Causas raíz más frecuentes

- Fallos en la comunicación efectiva
- Fallos en la organización
- Insuficiente información disponible
- Problemas de la continuidad asistencial
- Escasa estandarización de procedimientos
- Falta de entrenamiento o habilidades en determinados procedimientos
- Instalaciones y recursos obsoletos
- Insuficiente automatización de procesos de control de pacientes
- Fallos en la evaluación del paciente

Programa 1: Seguridad para el paciente Infección asociada a cuidados sanitarios

Clean care is a safer care

- Clean hands
- Clean practices
- Clean products
- Clean environment
- Clean equipment

Programa 2: Pacientes por la seguridad del paciente

- Información
- Capacitación

Programa 3: Taxonomía de la seguridad del paciente

- Estandarización

Programa 4: Investigación para la seguridad

- Estudios epidemiológicos
- Locales
- Evaluación de intervenciones

Programa 5: Soluciones para la seguridad

- Identificar
- Desplegar

Programa 6: Información y aprendizaje

To learn from experience

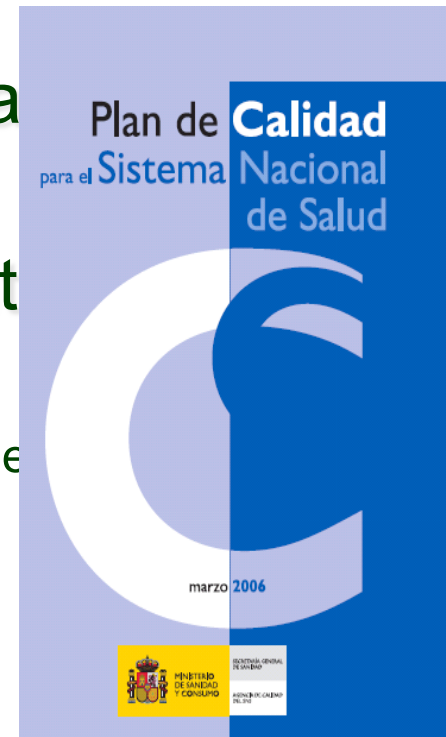
- Declaración - análisis - conclusión - mejora



ESTRATEGIA 8.- MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LOS CENTROS SANITARIOS DEL SNS



1. Promover y desarrollar el **conocimiento y la cultura de seguridad** paciente entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria .
2. Diseñar y establecer sistemas para la **comunicación de los incidentes** relacionados con la seguridad del paciente
3. Implantar a través de **convenios** con las Comunidades Autónomas proyectos que impulsen y evalúen **prácticas seguras**
4. Reforzar los sistemas de evaluación de la calidad para los centros y servicios de **transfusión de sangre**
5. Desarrollar medidas de mejora de la calidad de los procesos de la **Organización Nacional de Trasplantes**.



Trinidad Dierssen Sotos

Fuente: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec_pnc03.htm#01

Medicina Preventiva y Salud Pública

En resumen...

aspectos clave para reducir los riesgos asistenciales

MEJORA DEL CONOCIMIENTO

- 1. Notificación de errores y sucesos adversos**
- 2. Evaluación: Estudios epidemiológicos**
- 3. Divulgación de buenas prácticas**

CONDICIONES DE TRABAJO

- 1. Organización: definición de funciones, ajuste de jornadas, supervisión de tareas**
- 2. Mantenimiento de medios diagnósticos y terapéuticos**

ENTRENAMIENTO

- 1. Formación inicial y continuada**
- 2. Práctica clínica basada en la evidencia**
- 3. Uso de guías clínicas y protocolos**

Aspectos clave para reducir los riesgos asistenciales

Cambio de una cultura punitiva, basada en la culpabilización de los errores, a otra proactiva, más encaminada a la mejora del sistema y el aprendizaje a partir de fallos y errores

Equivocarse es humano
Ocultarlo es imperdonable
No aprender para mejorar es inexcusable

Sir Liam Donaldson
Presidente de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente
de la OMS



Trinidad Dierssen Sotos
Medicina Preventiva y Salud Pública

ENLACES DE INTERÉS

- OMS:
 - <http://www.who.int/gpsc/en/>
 - http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/index.html
 - http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/progress_report_2006_2007.pdf
 - <http://www.who.int/gpsc/5may/en/index.html>

- MSC:
 - Estudio ENEAS: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
 - <http://hws.vhebron.net/formacion-BZero/iniciativas.html>

- Agency for Healthcare Research and Quality
 - <http://www.ahrq.gov/qual/10tips.htm>

- NATIONAL QUALITY FORUM
 - <http://www.qualityforum.org/Search.aspx?keyword=SAFE+PRACTICES>

- DEPARTAMENT OF HEALTH UK: Informe
 - http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4065083

- ISMP:
 - <http://www.ismp-espana.org/estaticos/view/39>