



Seguridad del Paciente

C. D. Henry Elguera Vargas.

Comité de Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos.

Centro de Salud Ciudad Nueva - 2016



¿Qué información compartimos?

• Entretenimiento

• Familia y sociedad

• Casos

• ¿Seguridad?

Un juego de máscaras...



Primero no cause daño

“Puede resultar sorprendente que lo primero que haya que pedirle a un hospital es que no cause ningún daño”



Florence Nightingale Notes on hospitals, 1863

TO ERR IS HUMAN

“Entre un 4 y un 17 % de los pacientes que ingresan en un hospital sufrirán un accidente imprevisto e inesperado, derivado de la atención sanitaria y no de su enfermedad de base, que tendrá consecuencias en su salud y en sus posibilidades de recuperación.

En Estados Unidos se ha estimado que entre 44.000 y 98.000 personas mueren cada año por este motivo”.



¿Es segura la Salud?





La seguridad de los pacientes es un tema de preocupación e interés creciente.

Es el principio fundamental de la atención sanitaria y un componente crítico de la gestión de calidad

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

EI CORAZÓN DE LA CALIDAD

CONCEPTO DE CALIDAD, OMS



Organización
Mundial de la Salud

. «Aquella en que el paciente es diagnosticado y tratado correctamente (CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA), según los conocimientos actuales de la ciencia médica y según sus factores biológicos (ESTADO DE SALUD ÓPTIMO CONSEGUIBLE), con el costo menor de recursos (EFICIENCIA), la mínima exposición de riesgo posible de un daño adicional y la máxima satisfacción para el paciente»

CALIDAD ASISTENCIAL

. Es la satisfacción de la necesidades y expectativas tanto reales como percibidas por los pacientes y sus familias.

. Es el resultado de:

- La CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA, dada por la capacidad de resolver el problema de salud.
- La CALIDAD PERCIBIDA lograda a través del servicio proporcionado (ACCESIBILIDAD, EFICIENCIA, OPORTUNIDAD, SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN).



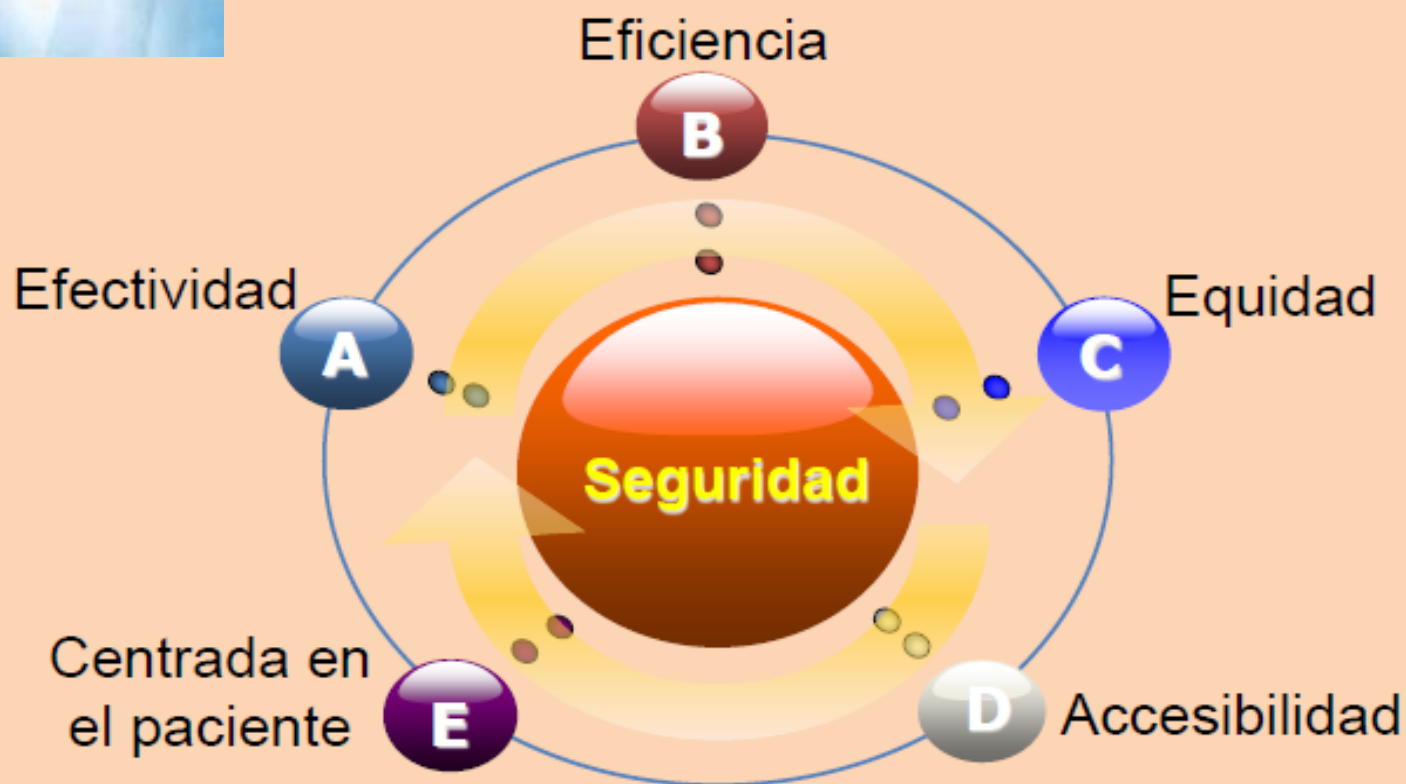
LA CALIDAD...
COMIENZA CON EDUCACIÓN.
SIGUE CON EDUCACIÓN.
y si termina....
TERMINA CON EDUCACIÓN.

Kaoru Ishikawa





Dimensiones de la Calidad



La seguridad del paciente, dimensión esencial de la calidad asistencial, implica desarrollar estrategias para reducir el daño innecesario al paciente asociado a la asistencia sanitaria.

DESAFIOS DEL SISTEMA DE SALUD

Eficacia:

Es la capacidad
en el logro
de los objetivos.

Efectividad:

Sostenibilidad
a través del tiempo.

4 DESAFÍOS IMPORTANTES DE LA CALIDAD

Eficiencia:

Es la capacidad de lograr
los objetivos minimizando
el empleo de los recursos.

Equidad:

Combatir las diferencias de
salud innecesarias, evitables
y además incorrectas e
injustas.

COMPLEJIDAD DEL ENTORNO SANITARIO



EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL



- En la década de los 70 se centra en los aspectos Científico-Técnicos.
 - En los años 80 el énfasis está en la utilización adecuada de recursos.
 - En la década de los 90 se centra en la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente.
- Y el nuevo milenio dio paso a la cuarta dimensión de la calidad: «LA SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE».



EL SER HUMANO SE EXPONE A LOS RIESGOS



ERRORES SANITARIOS

- ◉ Los errores no son intencionados.
- ◉ En cada error intervienen múltiples factores contribuyentes.
- ◉ Hay que corregir los factores sistémicos que favorecen los errores.
- ◉ Pasar del “Quién” al “Por qué”.
- ◉ Lo inteligente es *aprender de los errores*.



DAÑO A LOS PACIENTES

- ◉ **Incidentes sin daño:** *“incidente que no causa daño al paciente, bien por que no le llega o, aún llegándole, no tiene consecuencias”.*
- ◉ **Ejemplos:**
 - *Se prescribe un medicamento al que el paciente es alérgico. La enfermera lo detecta y no lo administra.*
 - *Paciente en quirófano programado para prótesis de rodilla izquierda. Por error se ha marcado la derecha. Antes de comenzar la intervención el anestesista revisa la historia y detecta el error.*





Trabajando juntos por
la seguridad del paciente



DAÑO A LOS PACIENTES



◉ **Evento adverso:** *“incidente que produce daño a un paciente durante o a consecuencia de la atención sanitaria”*

- errores de medicación
- prescripción errónea
- identificación errónea de pacientes
- errores y retrasos diagnósticos
- caídas
- confusión de documentos
- cuerpo extraño tras cirugía
- transfusión de producto inadecuado
- disfunción de aparatos y máquinas
- fallo de instalaciones (oxígeno, aspiración...)
- mala interpretación de pruebas diagnósticas

- retraso en la realización de pruebas diagnósticas
- infecciones nosocomiales: neumonías, bacteriemias, infecciones urinarias...
- úlceras por presión
- complicaciones en los procedimientos
- dehiscencias de suturas
- uso inadecuado de aparatos
- mal uso de las alarmas
- retirada no deseada de dispositivos
- incumplimiento de protocolos



Responsabilidad profesional en implantología:
Estudio de 60 reclamaciones legales de pacientes
motivadas por un tratamiento implantológico.



NUNCA HAY QUE DAR NADA POR
SENTADO



DAÑO A LOS PACIENTES

- ◉ **Suceso centinela:** “dentro de los eventos adversos son acontecimientos inesperados que implican la muerte o lesiones graves”

- PCR por hipoxia
- muerte de un recién nacido a término
- muerte materna
- pérdida de función permanente de un órgano no relacionada con la evolución
- cirugía en localización errónea
- reacción hemolítica postransfusión
- olvido de material tras cirugía
- dosis excesiva de radioterapia
- hiperbilirrubinemia neonatal severa
- muerte de paciente en la sala de espera de urgencias

- retraso de un tratamiento con daño grave derivado de ello
- caída de paciente con lesión
- error grave de medicación
- daño relacionado con anestesia
- shock anafiláctico en paciente ingresado
- violación o maltrato sexual
- confusión de documentación en quirófano o en pruebas diagnósticas de riesgo
- errores graves en documentación clínica
- informe anatomo-patológico equivocado



Magnitud del daño asociado a la atención sanitaria

Incidencia EA 8-12%. (1
muerte/100.000
habitantes/año)



Incidencia de EA en los
estudios es similar a los
hospitales Americanos y
europeos



Este resultado es igual en todo el mundo??



Estudios españoles sobre la frecuencia de eventos en diferentes ámbitos asistenciales

Estudio	Año recogida datos	Tipo de estudio	Ámbito	EA total (%pacientes)	EA más frecuentes	%EA prevenibles
ENEAS ¹⁵	2005	Cohortes históricas	24 Hospitales	9,3%	Medicación (37,4%), IAAS (25,3%) Procedimientos (25%).	50%
APEAS ²²	2007	Prevalencia	48 Centros AP	10,11%	Medicación (47,8%) Peor curso evolutivo de la enfermedad de base (19,9%) Procedimientos (10,6%).	70%
EARCAS ²³	2010- 2011	Cualitativo	Residencias y centros sociosanitarios	--	Cuidados, Medicación IAAS.	---
SYREC ²⁴	2007	Cohortes prospectivo	79 UCI/ 76 Hospitales	33,1%	Cuidados (26%) IAAS (24%) Medicación (12%)	60%
EVADUR ²⁵	2009	Prospectivo	21 Servicios de Urgencias	7,2%	Proceso de atención (46,2%), Medicación (24,1%) y Procedimientos (11,7%).	70%



Coste Eventos Adversos

61.000 millones €

coste de la No seguridad

5,6% del gasto sanitario
del SNS





Estudio IBEAS: prevalencia por país

	Pacientes incluidos	Pacientes estudiados	Guía de Cribado+	VPP	Prevalencia
País 1	2405	2373	926 (39,0%)	33,7%	312 (13,1%)
País 2	2897	2897	887 (30,6%)	25,3%	224 (7,7%)
País 3	1643	1632	578 (35,4%)	34,3%	198 (12,1%)
País 4	2003	2003	692 (34,5%)	24,7%	171 (8,5%)
PERU	2478	2474	770 (31,1%)	37,1%	286 (11,6%)
Total	11426	11379	3853 (33,9%)	30,9%	1191 (10,5%)

OMS/ OPS

58 hospitales
14.195 camas instaladas

Estudio IBEAS: prevalencia por país

Eventos Adversos:

Daños que se producen en el proceso de atención del paciente

14.195 camas instaladas

Estudio IBEAS: prevalencia por país

	Pacientes incluidos	Pacientes estudiados	Guía de Cribado+	VPP	Prevalencia
País 1	2405	2373	926 (39,0%)	33,7%	312 (13,1%)
País 2	2897	2897	887 (30,6%)	25,3%	224 (7,7%)
País 3	1643	1632	578 (35,4%)	34,3%	198 (12,1%)
País 4	2003	2003	692 (34,5%)	24,7%	171 (8,5%)
PERU	2478	2474	770 (31,1%)	37,1%	286 (11,6%)
Total	11426	11379	3853 (33,9%)	30,9%	1191 (10,5%)

58 hospitales
14.195 camas instaladas

ESTUDIO IBEAS PERU: DISTRIBUCIÓN DE LOS EA



Tipo de EA	PERU	GLOBAL
Relacionados con infección nosocomial	39,6%	37,97%
Relacionados con un procedimiento	28,9%	26,66%
Relacionados con el diagnóstico	10,8%	6,29%
Relacionados con la medicación	8,4%	9,22%
Relacionados con los cuidados	6,9%	13,16%
Otros EA	3,5%	3,52%
Pendiente de especificar	1,8%	3,19%
TOTAL	100%	100%

ESTUDIO IBEAS : EVITABILIDAD DE LOS EA



	GLOBAL	PERU
Inevitable	470 (41,1%)	130 (41,2%)
Evitable	674 (58,9%)	273 (58,8%)
TOTAL	1144	316

EVITABILIDAD DE LOS EA IBEAS PERU

Inevitable
41%



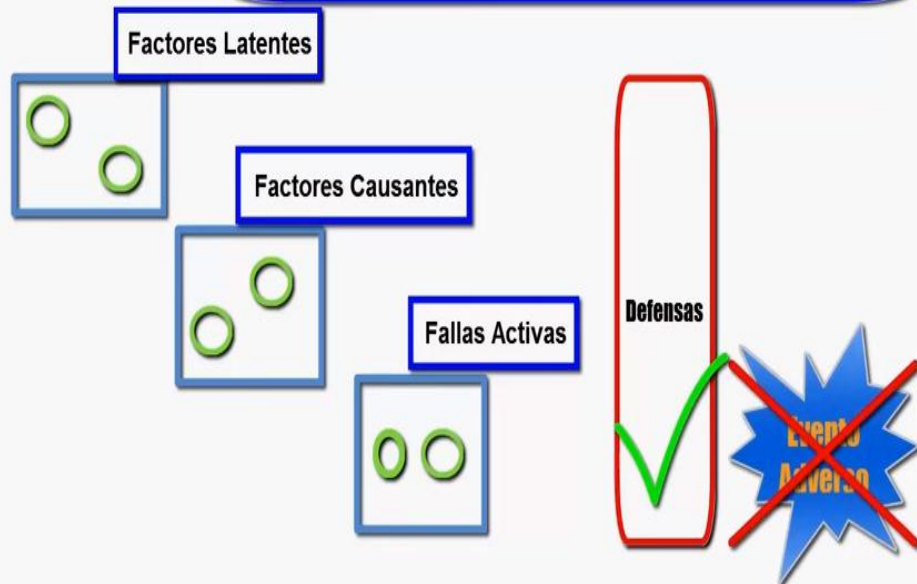
Evitable
59%

MODELO DEL QUESO SUIZO DE REASON



Gobierno
Consultor@s

El modelo "Queso Suizo"



Una persona muy bien entrenada
(inmersa en un sistema imperfecto)

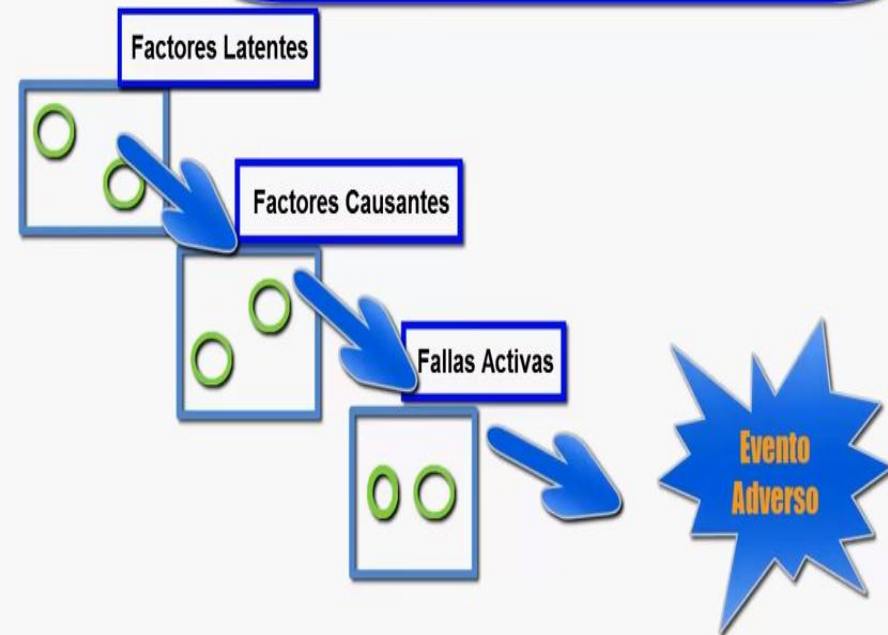
.....cometerá errores

Las barreras o mecanismos de prevención del
sistema de atención son imperfectas = mejorables



Gobierno
Consultor@s

El modelo "Queso Suizo"



En el 85% de las veces, la causa está en un fallo del sistema





Seguridad del Paciente

1999

I. Americano de Medicina

2004

OMS. Alianza por la seguridad del paciente

2005

MSSSI. Estrategia de seguridad del paciente en el SNS

2006

Consejo Europa. Desarrollar políticas y estrategias

2009

Consejo de la Unión Europea. "Recomendaciones sobre la seguridad del paciente en particular sobre las infecciones"

¿Qué es la Seguridad del Paciente?



AHRQ (Agencia para la calidad y la investigación de la Salud)

“Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un EVENTO ADVERSO en el proceso de atención de la salud o de minimizar sus consecuencias»

SEGURIDAD DEL PACIENTE



Primum non nocere

Hipócrates, S. V a AC

- Es el principio fundamental de la atención sanitaria y un componente crítico de la gestión de calidad.
- Las intervenciones en atención de salud se realizan para beneficiar a los pacientes pero también pueden causar daño.
- La combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas resultan en un porcentaje elevado en eventos adversos para el paciente.

De qué hablamos...

- Infecciones hospitalarias
- Úlceras de decúbito,
- Complicaciones anestésicas
- Caídas
- Errores y retrasos diagnósticos
- Cirugía inadecuada
- Dehiscencias de sutura
- Cuerpo extraño tras intervención
- Reingresos
- Fallecimientos
- Confusión de historiales
- Errores de medicación
- Radiografía a una embarazada
- Sobreutilización terapéutica
- Cirugía del sitio equivocado
- Variaciones injustificadas
- Litigios y reclamaciones
- Casi-errores
- Yatrogénesis en cascada....
- Catástrofes hospitalarias
- Incidentes
- Sucesos centinela
- ...

DERECHOS DEL PACIENTE

SER tratado con igualdad, respeto, consideración y sin discriminación.

SER tratado con privacidad y confidencialidad.

RECIBIR la mejor atención médica posible.

SABER todo sobre su enfermedad, resultados de exámenes y procedimientos, éxito o falla de los tratamientos.

RECIBIR respuestas oportunas a sus preguntas y pedidos.

TOMAR decisiones sobre su tratamiento, entre ellas el derecho a aceptar o rechazar procedimientos o tratamientos propuestos.

DAR o no el consentimiento para cualquier procedimiento o tratamiento que le haya sido perfectamente explicado y usted lo haya entendido.

CONOCER la identidad del personal de salud que lo atiende y si ellos son residentes, internos, estudiantes u otro personal en formación.

RECIBIR evaluación completa del dolor y rápido tratamiento del mismo.

TENER acceso a su historia clínica y a obtener su copia.

PARTICIPAR o no en investigaciones clínicas.

PEDIR una segunda opinión médica.

QUEJARSE y que esto no afecte para nada su atención médica.



LAS VÍCTIMAS



¿Cómo se mejora la Seguridad del Paciente?



Reduciendo y mitigando actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de resultados óptimos para el paciente.



Aplicando iniciativas para prevenir efectos negativos derivados de errores humanos y de fallas del sistema asistencial



Creando “Cultura de Seguridad”

CULTURA DE SEGURIDAD

Cultura de seguridad

- “Desde una perspectiva organizacional, una **cultura de seguridad** sólo se puede definir como la capacidad de una organización para identificar, informar e investigar los incidentes y tomar las medidas correctivas que mejoren el sistema de atención al paciente y reducir el riesgo de recurrencia”.





¿Qué es la cultura de la Seguridad?



Conciencia de que las cosas pueden ir mal



Capaz de reconocer errores



Aprender de ellos



Actuar para mejorar las cosas



ABIERTA E IMPARCIAL (Justa) para COMPARTIR información abiertamente y para tratar al profesional en eventos adversos.



Basada en un enfoque al SISTEMA: las cosas no están sólo ligadas al individuo, sino también al sistema en el que trabaja.



Abordar qué fue mal en el SISTEMA y ayudar a APRENDER lecciones y PREVENIR su recurrencia.



Este PRESENTE cuando: atiende a paciente + fija objetivos + desempeña procedimientos / procesos + compra productos + rediseña...

CICLO DE MEJORA CONTINUA

CICLO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

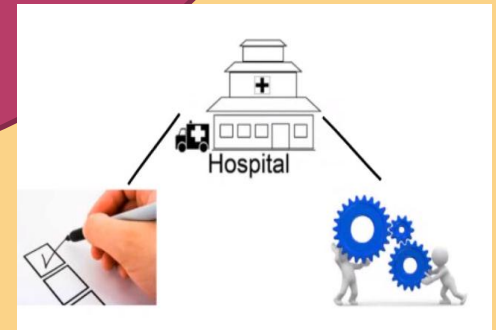


ESTRATEGIAS MUNDIALES



La OMS el 2005 a establecido una Alianza Mundial para la seguridad de los pacientes y consta de 6 programas de acción:

1. Minimizar las Infecciones Intrahospitalarias.
2. Participación del paciente y su familia.
3. Taxonomía de la seguridad del paciente.
4. Proyectos de Investigación.
5. Efectividad de las medidas de seguridad de pacientes.
6. Notificación de eventos adversos y aprendizaje.





1
Correcta
Identificación
del Paciente.

Prevenir las Caídas
de los Pacientes.



6

Metas Internacionales de Seguridad del Paciente

Reducir el Riesgo
de Infecciones
Intrahospitalarias.



5

Correcto Manejo de
Medicamentos de
Alto Riesgo.



3

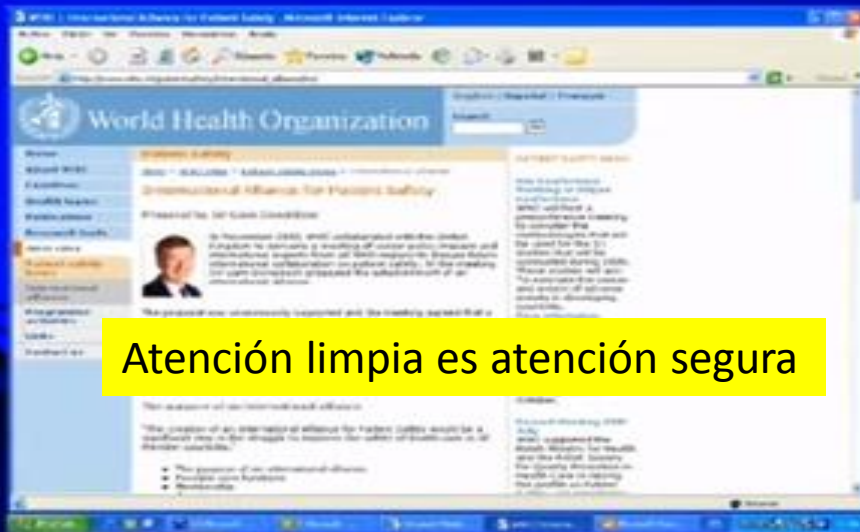
Asegurarse de que las
cirugías se realicen
en el lugar, procedimiento
y paciente correctos.



4

PUBLICACIONES OMS

OMS



Atención limpia es atención segura



Pacientes por la seguridad del paciente

LAS 9 RECOMENDACIONES DE LA OMS

1. Medicamentos de aspecto y nombre parecidos.
2. Identificación de pacientes.
3. Comunicación durante el traspaso de pacientes.
4. Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto.
5. Control de las soluciones concentradas de electrolitos.
6. Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales.
7. Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos.
8. Usar una sola vez los dispositivos de inyección.
9. Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud.



ACCIONES SS PP

Acciones para promover la seguridad del paciente

- Es el conjunto de elementos, procesos y metodologías tendientes a minimizar el riesgo de sufrir un **evento adverso** durante la atención de salud o de mitigar sus consecuencias, centrándose en el reporte, análisis y prevención de las fallas de la atención en salud que con frecuencia causan estos eventos.



ACCIONES SS PP



- Las estrategias para la seguridad del paciente son una clave fundamental para medir la **CALIDAD** de un sistema sanitario.
- Cuanto más seguro sea el sistema mayor será la Calidad.
- Apostar por Calidad requiere intervenciones en políticas mundiales y nacionales, organización de sistemas de salud y educación en cultura de seguridad tanto a profesionales como a pacientes y familias.



Seguridad del paciente debe ser parte de la Estrategia, Misión, Visión, Objetivos, Indicadores, Proyectos y forma de trabajar.





Es esencial tomar conciencia de los riesgos que existen en la atención, y no solamente el personal sanitario, sino también los pacientes y sus familias, para promover atenciones seguras, prevenir incidentes y minimizar las consecuencias.

Los pacientes tienen que comprender que no sólo tienen derecho a la salud, sino que además tienen la obligación de cuidarla.

ELECCIÓN



Parábola de la rana y el agua hirviendo

- Si se echa una rana a una olla con agua hirviendo, ésta salta inmediatamente hacia afuera la olla sin haberse quemado ni una pestaña. 
- En cambio, si inicialmente temperatura ambiente se queda tan fresca cuando, a continuación,  en la olla ponemos agua a y echamos una rana, ésta dentro de la olla. Pero comenzamos a calentar el agua poco a poco, la rana no reacciona bruscamente sino que se va acomodando a la nueva temperatura del agua hasta perder el sentido y, finalmente, morir literalmente hervida.
- **Moraleja:** Para ver problema en el que salirse de él, verlo estando dentro nos peligrosamente... hasta que punto es "tóxico" un estamos inmersos, hay que desde otra perspectiva, pues podemos acomodar

Nuestro compromiso se traduce en una voluntad de innovación para proporcionar servicios humanizados y de alto nivel científico técnico, a través de nuestro principal activo: los profesionales.



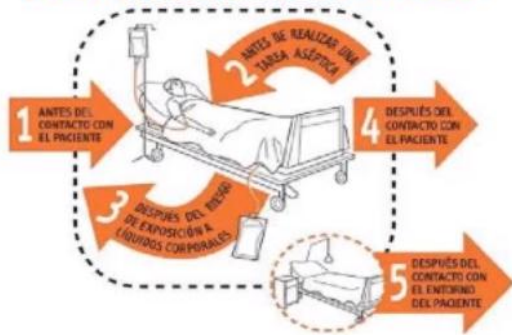
**«Errar es humano.
Ocultar los errores es
imperdonable.
No aprender de ellos no
tiene perdón».**

**Sir Liam Donaldson. Presidente de la
Alianza Mundial para la Seguridad 2014**

ASÍ PUES...



Sus 5 momentos para la HIGIENE DE LAS MANOS



Diseñar procesos más seguros



Parte del Equipo de Salud



MIRA EL PUNTO AZUL SI NO QUIERES
HABLAR DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



GRACIAS

Seguridad del Paciente



**“El nuevo rostro de la
calidad”**