

Instituto Universitario de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB)



INSTITUTO UNIVERSITARIO AVEDIS DONABEDIAN-UAB

PRODUCCION Y DISEMINACIÓN DEL CONOCIMIENTO

- Investigación
- Innovación
- Educación

DESARROLLO DE CAMBIOS PARA LA CALIDAD (INVESTIGACIÓN APLICADA)

- Seguridad de pacientes (30 proyectos 80 hospitales)
- Efectividad
- Atención centrada en la persona
- Atención social y Dependencia (más 600 centros)
- Programas de Mejora de Calidad Integrados

Soporte



Visión

Actuar como punto de encuentro entre los ciudadanos, los profesionales, las instituciones, la administración y la universidad para hacerlos interaccionar y trabajar juntos y ser un puente de cooperación para mejorar la calidad de la atención de los servicios de salud y sociales

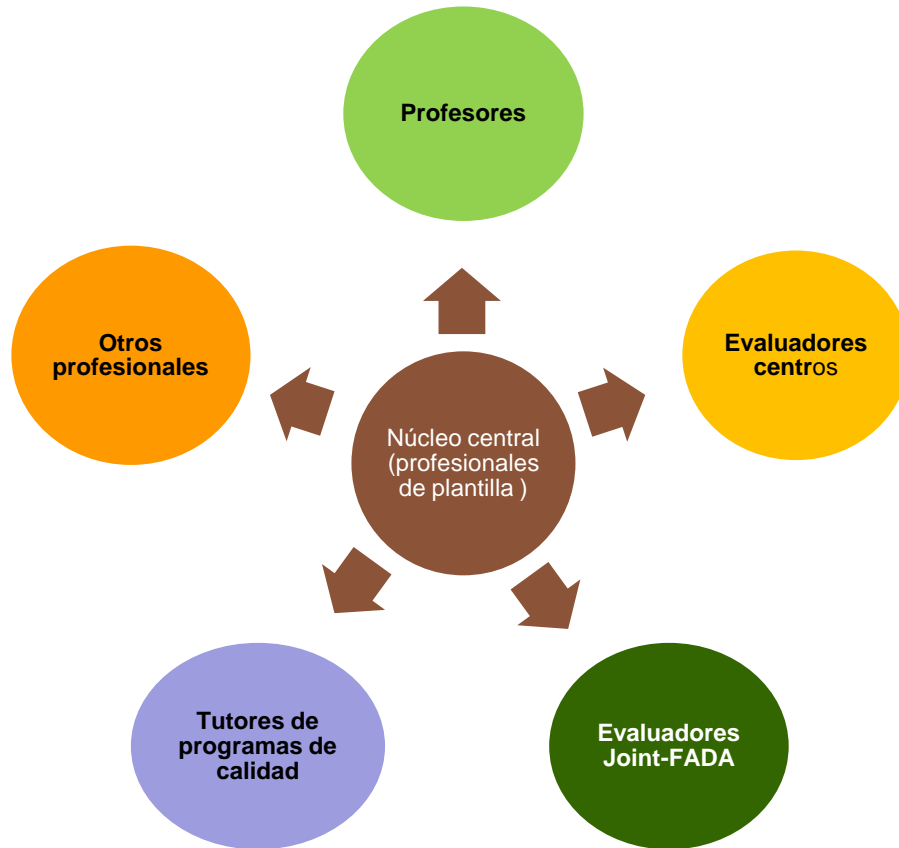


Àmbito de actuació



Cómo estamos organizados?

Núcleo especializado central y más de 100 colaboradores



Memoria 2011

Patronato

Álvar Net
Presidente

Ramon Carreras
Vicepresidente
Representante UAB

Carlos Humet
Secretario

Albert Cañis
Representante SEDISA

Nuria Carrera
Degana, Col·legi Oficial de
Treball Social de
Catalunya

Maria Casado
Observatori de Biètica i
Dret de la Universitat de
Barcelona

Jose Andrés Gorrioch
Consejero-Delegado del
Grupo Igualatorio Médico
Quirúrgico

Rafael Matesanz
Director general
Organización
Nacional de Trasplantes

Miquel Vilardell
Presidente Col·legi Oficial
de Metges de Barcelona

Colaboradores

El Instituto cuenta con más de 100 destacados colaboradores que integran los diferentes equipos de asesores, profesores, investigadores y evaluadores. La relación completa de profesionales está disponible en la web de la Fundación Avedis Donabedian www.fads.org

Comisión Mixta FAD-UAB

Rosa Suñol
Joaquim Beñeres
Directores

Enlli Villaró
Área económico-financiera

Pilar Hilarion
Rosa Mª Saura
Directoras de Área

Carola Orrego
Paula Vallejo (Madrid)
Directoras de Proyectos

Anna Fitó
Elsabeth Herrera
Deborra Koetz
Maris Andreu López
Pilar Moreno

Mariona Secanell
Coordinadoras de proyectos

Genis Carrasco
Asesor docente

Núria Mora
Estadística

César Rócan
Informática y gestión de bases de datos

Pilar Ivern
Área de comunicación

Assumpta Pons
Responsable Área administrativa

Meritxell Cot
Caterina Fernández
Neus Gabà
Elsenda Grau
Núria Hidalgo
Ester Llech
Equipo administrativo



Reconocimiento externo

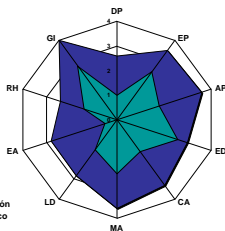


- Ente acreditador en alianza con Joint Commission International (<http://www.acreditacionfada.org/>)

FADA: Fundación para la acreditación y desarrollo asistencial

- Evaluación externa de la calidad para promocionar la mejora de la calidad, los niveles de excelencia y desempeño de la atención sanitaria y los servicios sociales. <http://acreditacionfada.org/>

- Acuerdo para acreditación conjunta JCI-FADA. "Golden Seal"
- 18 centros acreditados
- Políticas y procedimientos comunes
- Evaluadores españoles con la misma formación
- Certificado firmado por las dos organizaciones JCI y FADA



DIARIO MEDICO.COM

El Valle del Nalón, en la vanguardia de la calidad
 Tras el Costa del Sol, gestionado por una empresa pública, el Hospital Valle del Nalón, de Asturias, es el segundo hospital público español acreditado por la Joint Commission.



Alianza para la Seguridad del Paciente

- Desde 2006, la Fundación Avedis Donabedian ha prestado su apoyo para **definir e implantar las líneas estratégicas de la Alianza para la Seguridad del Paciente en España** (Ministerio de Sanidad español) para proyectos de seguridad
- Supone el diseño, coordinación y evaluación de más de **25 proyectos con más de 700 profesionales** en hospitales y centros de atención primaria



WEB DE SEGURIDAD



TEMAS DE LA SESIÓN

- 1.1 Principales antecedentes
- 1.2 El alcance del problema
- 1.3 Definiciones básicas y taxonomía
- 1.4 El factor humano y la seguridad de los pacientes
- 1.5 Elementos metodológicos y experiencias concretas en la última década

1.1 PRINCIPALES ANTECEDENTES

¿Qué nivel de calidad y seguridad tienen actualmente nuestros servicios sanitarios?



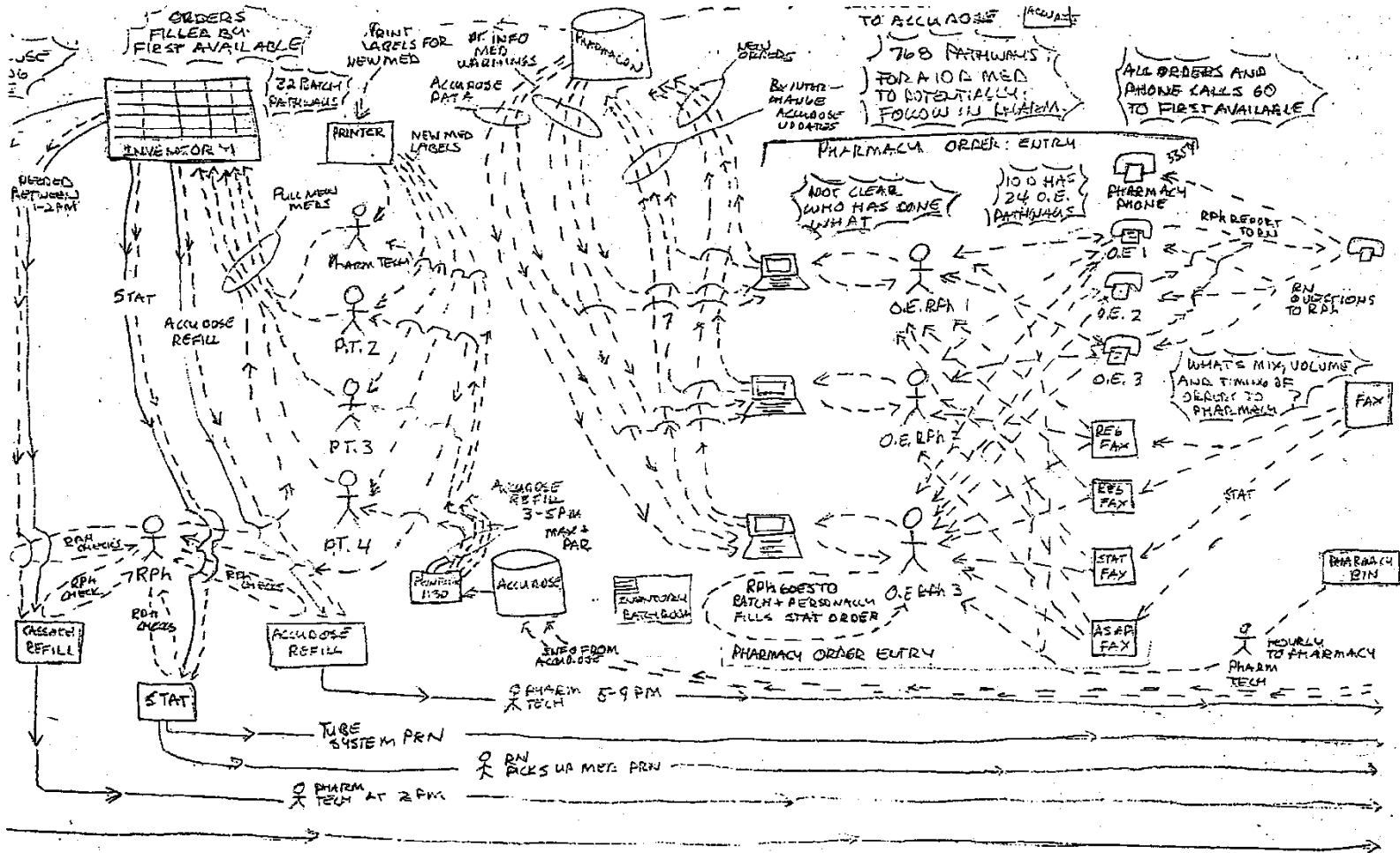
¿Y estos...?

PRINCIPALES CAMBIOS EN LA ATENCIÓN SANITARIA

- Avances tecnológicos
- Atención sanitaria fragmentada
- Multitud de tratamientos diferentes
- Aumento de los procedimientos invasivos
- Tratamientos sofisticados sin una infraestructura suficiente para llevar a cabo la actividad

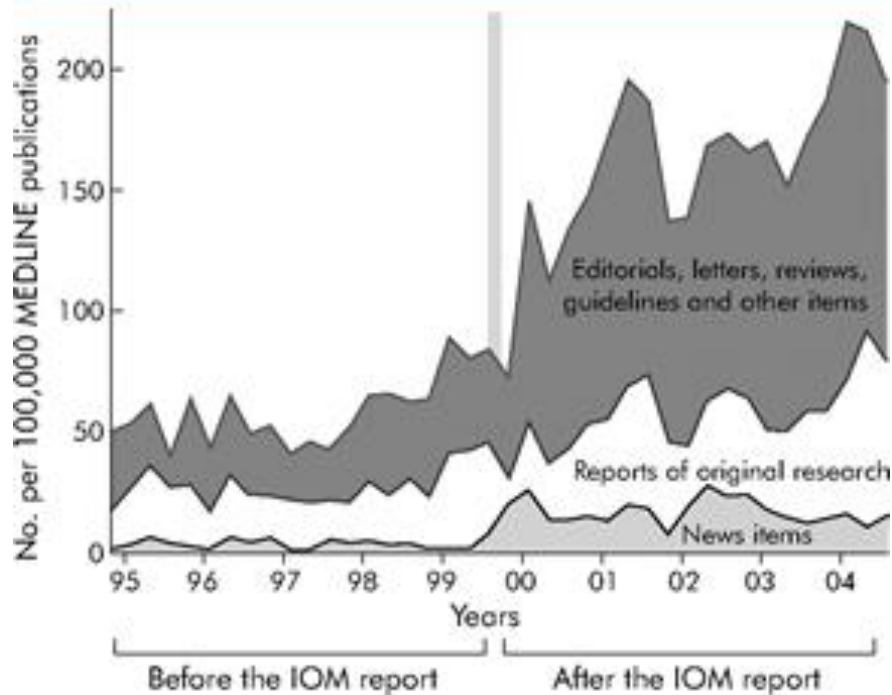


¿COMPLEJIDAD?

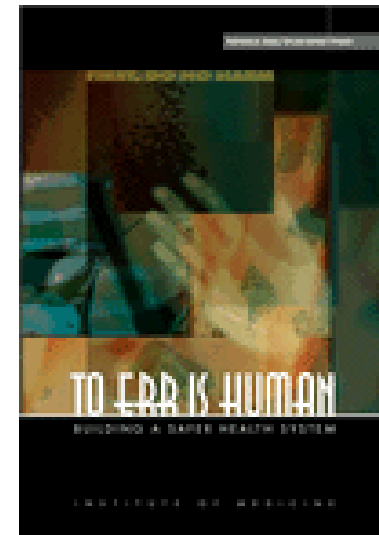


Publicaciones en seguridad del paciente

Publicaciones en seguridad antes y después de la publicación del Institute of Medicine, “To err is Human”



Reprinted with permission from BMJ Publishing Group Ltd.



Fuente: Stelfox HT, Palmisani S, Scurlock C, Orav EJ, Bates DW. The "To Err is Human" report and the patient safety literature. Qual Saf Health Care. 2006;15:174-178

Impacto evaluado en encuestas realizadas a médicos

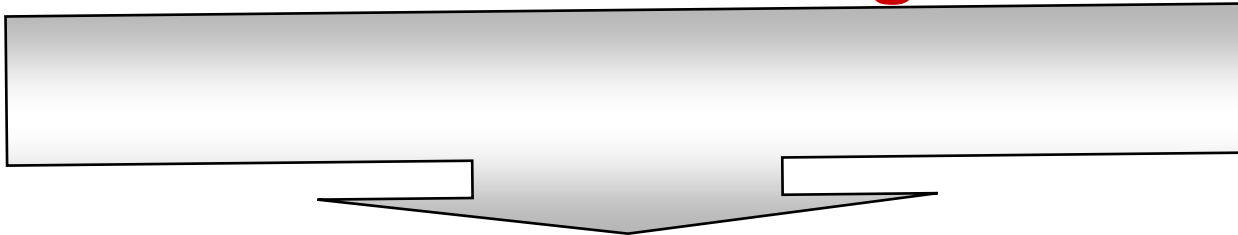
En una encuesta de 1082 médicos, la mayoría notificó haber estado implicado en un error médico



Fuente: Garbutt J, Waterman AD, Kapp JM, et al. Lost opportunities: how physicians communicate about medical errors. *Health Aff (Millwood)*. 2008;27:246-255.

OBJETIVOS DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

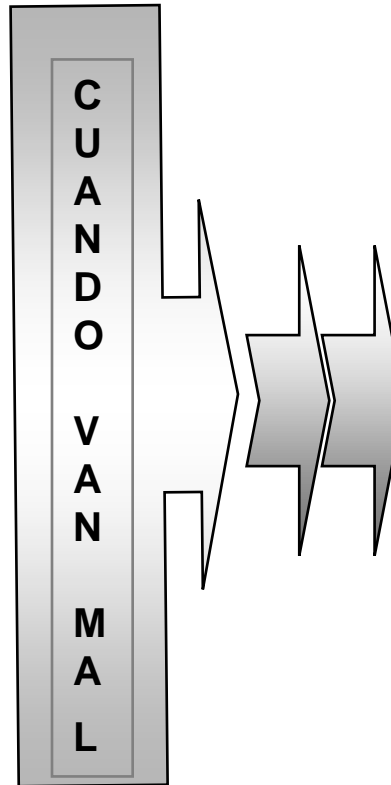
- Eficacia
- Efectividad
- Eficiencia
- Equidad
- Adecuación
- Accesibilidad
- Puntualidad
- Satisfacción
- Respeto
- Seguridad



CALIDAD

DIMENSIONES DE LA CALIDAD

- **Accesibilidad**
- **Efectividad**
- **Equidad**
- **Adecuación**
- **Puntualidad**



PROBLEMA DE SEGURIDAD



La seguridad como **CONDICIÓN de una atención sanitaria de alta calidad**

¿POR QUÉ LOS PROBLEMAS DE SEGURIDAD?

- 1.- Graves consecuencias
- 2.- Comprensible para los proveedores y los pacientes
- 3.- Prevención inseguridad posible
- 4.- Experiencia en otros sectores



1.2 EL ALCANCE DEL PROBLEMA

SPECIAL ARTICLE

The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States

Elizabeth A. McGlynn, Ph.D., Steven M. Asch, M.D., M.P.H., John Adams, Ph.D.,
Joan Keesey, B.A., Jennifer Hicks, M.P.H., Ph.D., Alison DeCristofaro, M.P.H.,
and Eve A. Kerr, M.D., M.P.H.

ABSTRACT

BACKGROUND

We have little systematic information about the extent to which standard processes involved in health care — a key element of quality — are delivered in the United States.

METHODS

We telephoned a random sample of adults living in 12 metropolitan areas in the United States and asked them about selected health care experiences. We also received written consent to copy their medical records for the most recent two-year period and used this information to evaluate performance on 439 indicators of quality of care for 30 acute and chronic conditions as well as preventive care. We then constructed aggregate scores.

RESULTS

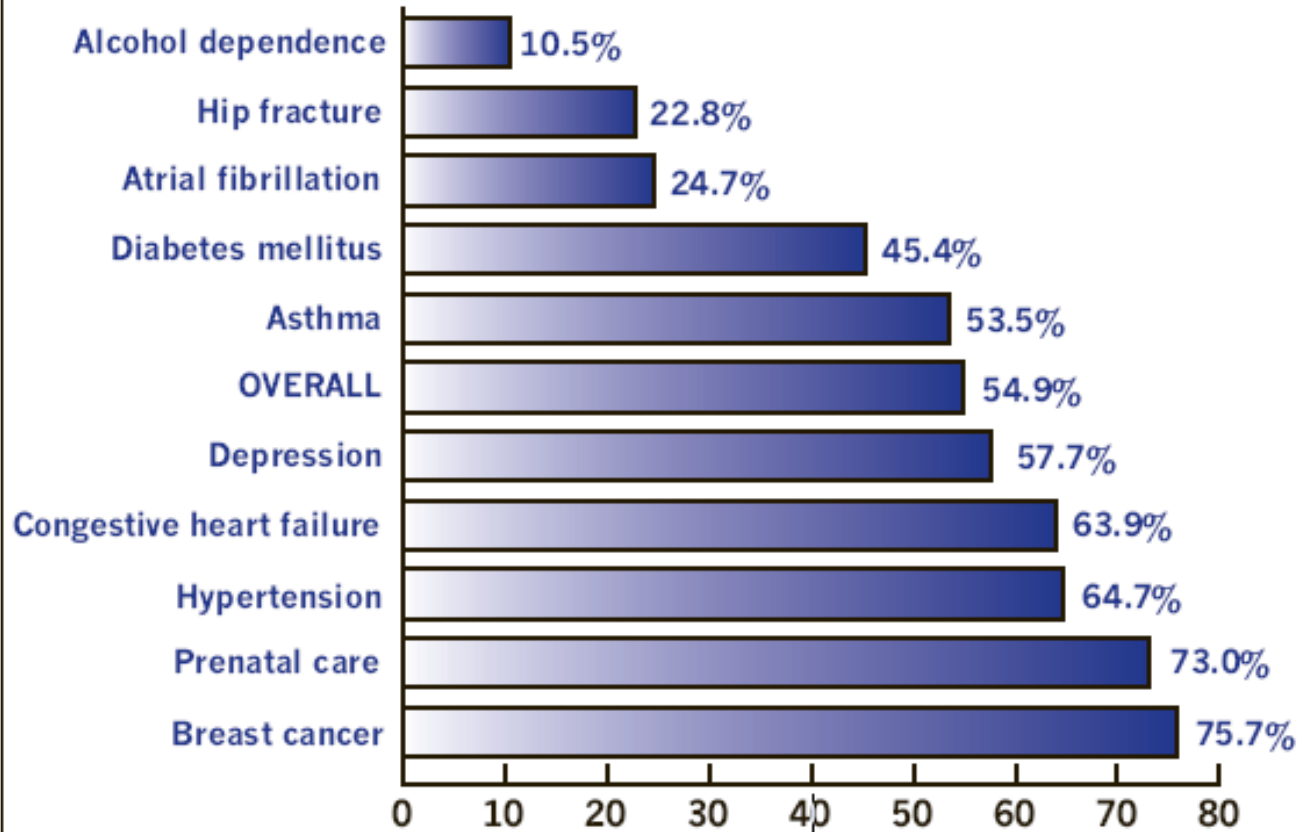
Participants received 54.9 percent (95 percent confidence interval, 54.3 to 55.5) of recommended care. We found little difference among the proportion of recommended preventive care provided (54.9 percent), the proportion of recommended acute care provided (53.5 percent), and the proportion of recommended care provided for chronic conditions (56.1 percent). Among different medical functions, adherence to the processes involved in care ranged from 52.2 percent for screening to 58.5 percent for follow-up care. Quality varied substantially according to the particular medical condition, ranging from 78.7 percent of recommended care (95 percent confidence interval, 73.3 to 84.2) for

From RAND, Santa Monica, Calif. (E.A.M., S.M.A., J.A., J.K., J.H., A.D.); the Veterans Affairs (VA) Greater Los Angeles Health Care System, Los Angeles (S.M.A.); the Department of Medicine, University of California Los Angeles, Los Angeles (S.M.A.); the VA Center for Practice Management and Outcomes Research, VA Ann Arbor Health Care System, Ann Arbor, Mich. (E.A.K.); and the Department of Medicine, University of Michigan, Ann Arbor (E.A.K.). Address reprint requests to Dr. McGlynn at RAND, 1700 Main St., P.O. Box 2138, Santa Monica, CA 90407, or at beth_mcglynn@rand.org.

N Engl J Med 2003;348:2635-45.
Copyright © 2003 Massachusetts Medical Society.

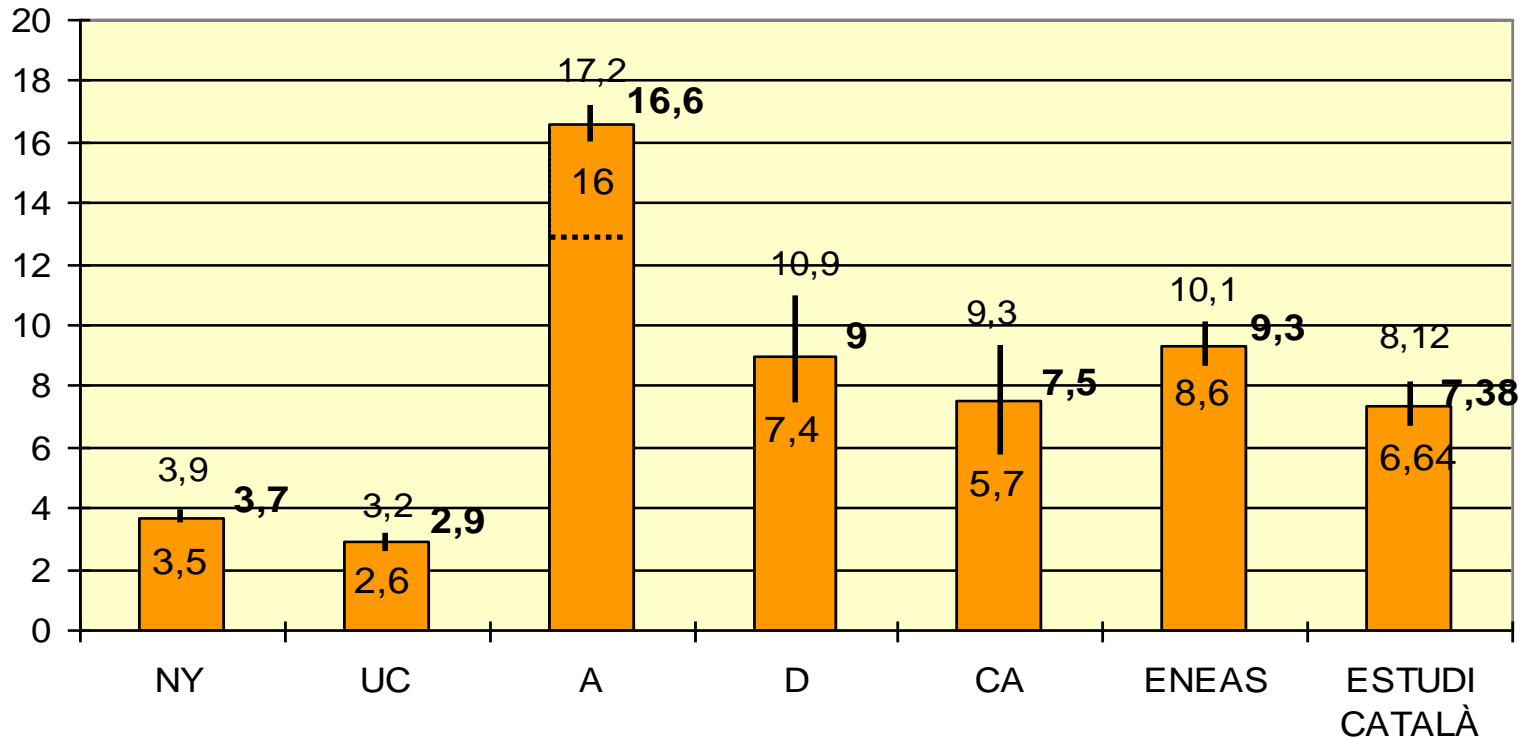
Solamente el **55%** de los pacientes en una muestra aleatoria de un estudio reciente recibía **la atención recomendada**, con escasas diferencias entre la atención preventiva, la de pacientes agudos o la de crónicos (*McGlynn et al., 2003*).

How Often Recommended Care is Received, Selected Conditions



Source: McGlynn, Elizabeth; Asch, Steven; Adams, John et al. (2003). "The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States." *New England Journal of Medicine* 348; 26, June 26, p. 2643. (www.nejm.org)

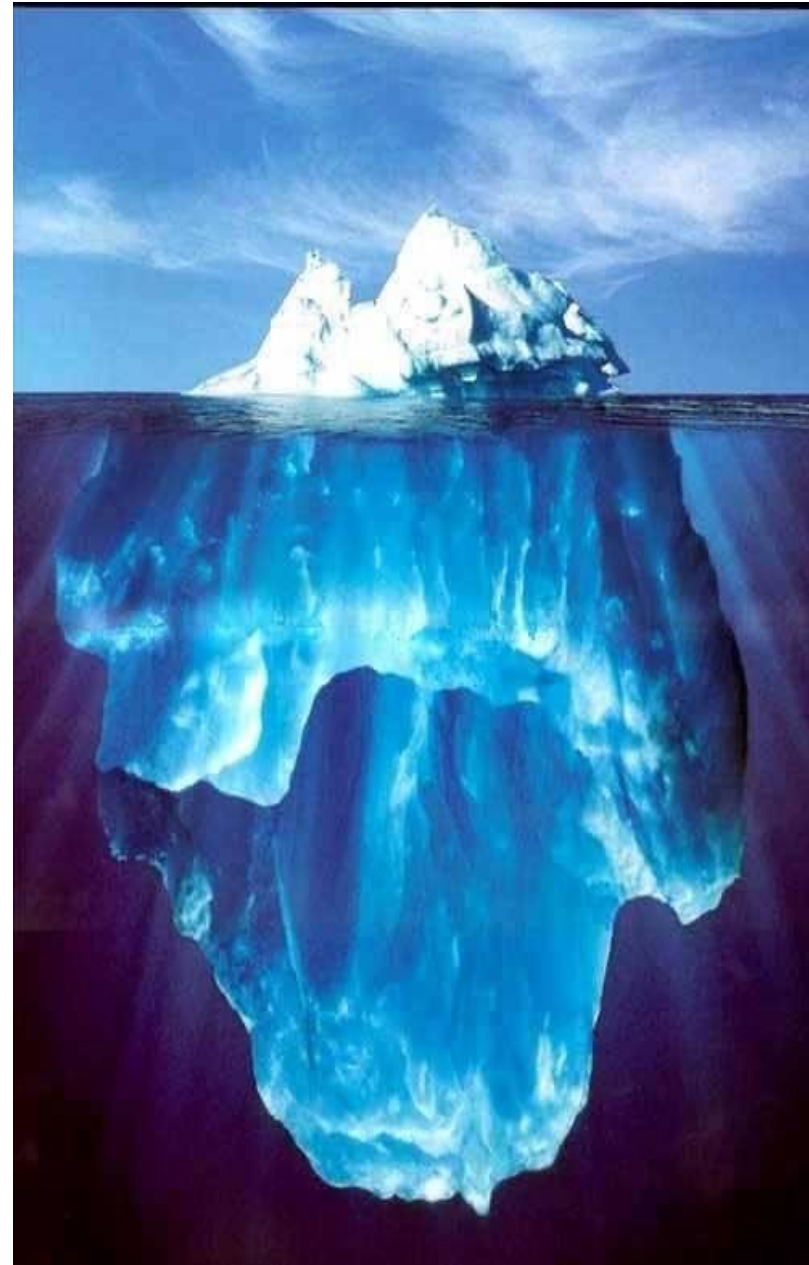
¿CON QUÉ FRECUENCIA APARECEN LOS E.A?



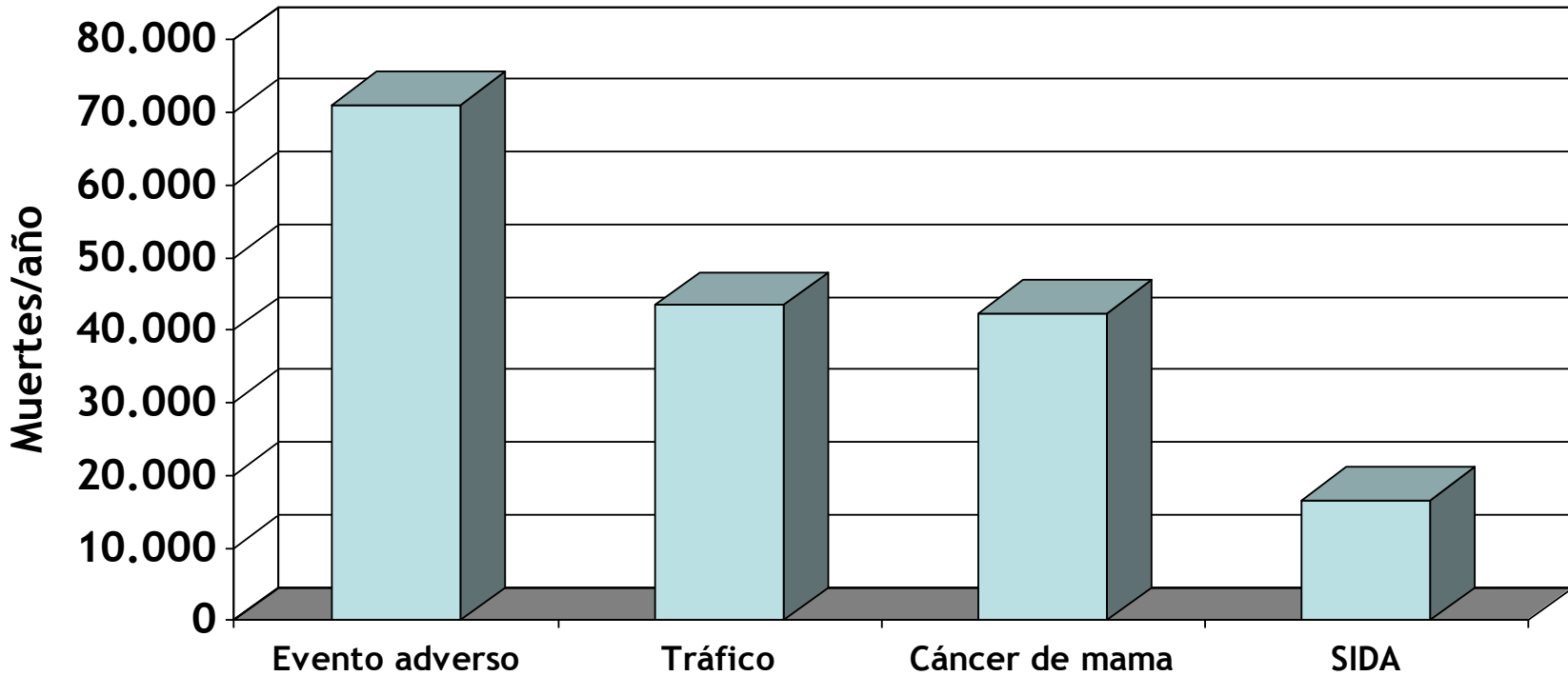
INFRAESTIMACIÓ

- 1.- Se consideraron solamente los pacientes que sus lesiones produjeron un daño muy específico y grave
- 2.- Alta exigencia para decidir si un evento era prevenible o era negligente (acuerdo de al menos 2 evaluadores)
- 3.- Solamente se incluyen errores documentados en la HC

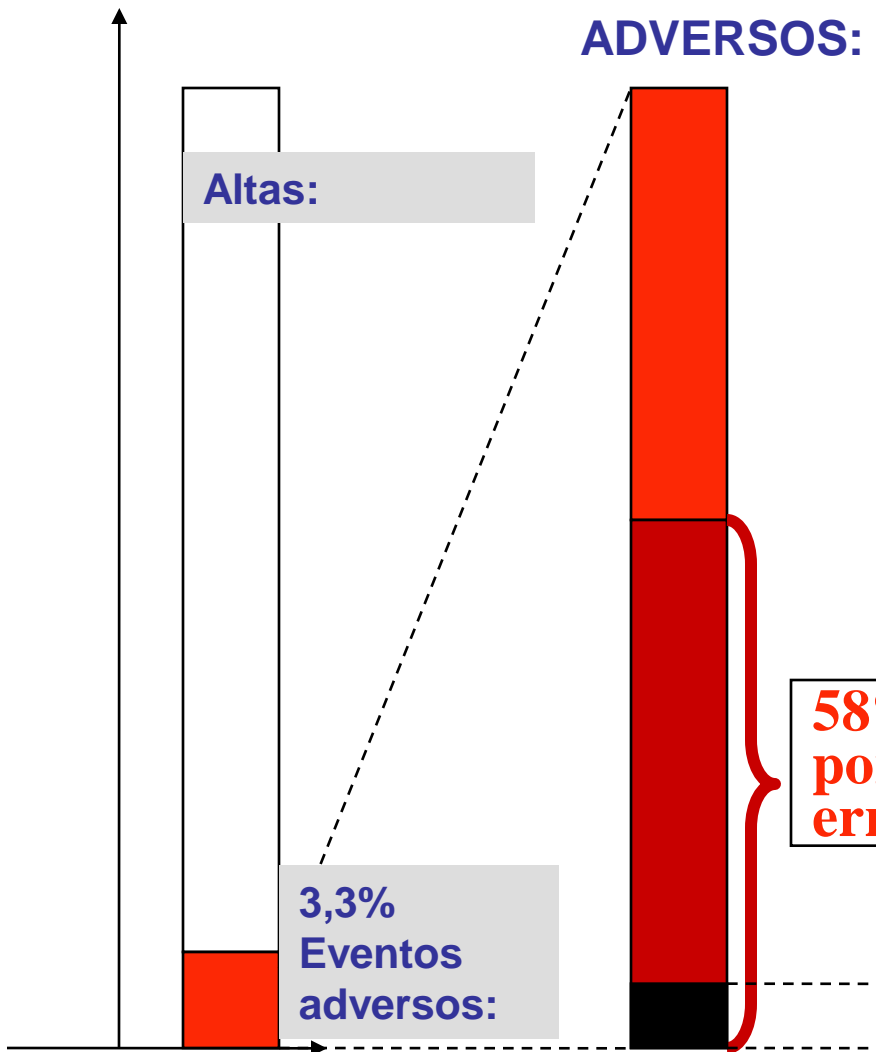
1.2. El alcance del problema



ALCANCE DEL PROBLEMA



Hospitalizaciones



Mapa de los eventos adversos. Hospital:

El 58% de los eventos adversos son evitables:

El 2,6% del total de eventos adversos resultan en muerte:

1.3 DEFINICIONES BÁSICAS Y TAXONOMÍA

1.3 DEFINICIONES

- **Errores activos:** actos inseguros cometidos por personas en contacto directo con el paciente o con el sistema (lapsos, equivocaciones, deslices, torpezas, incumplimiento de procedimientos)
- **Condiciones latentes:** “patógenos residentes en el sistema”. Proviene de decisiones tomadas por diseñadores, redactores de protocolos y la alta dirección (presión de tiempo, personal insuficiente, equipo inadecuado, fatiga, inexperiencia, etc.).

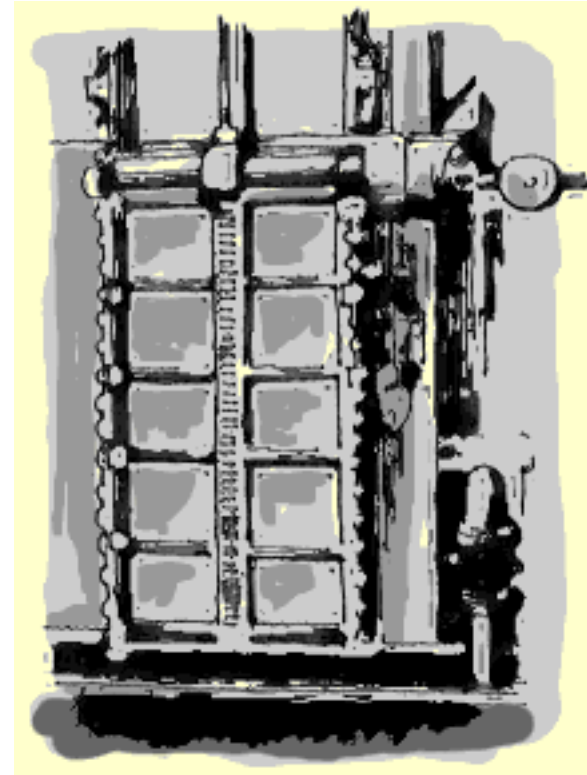
El Titanic — Un Desastre

Esperando
que
ocurra...



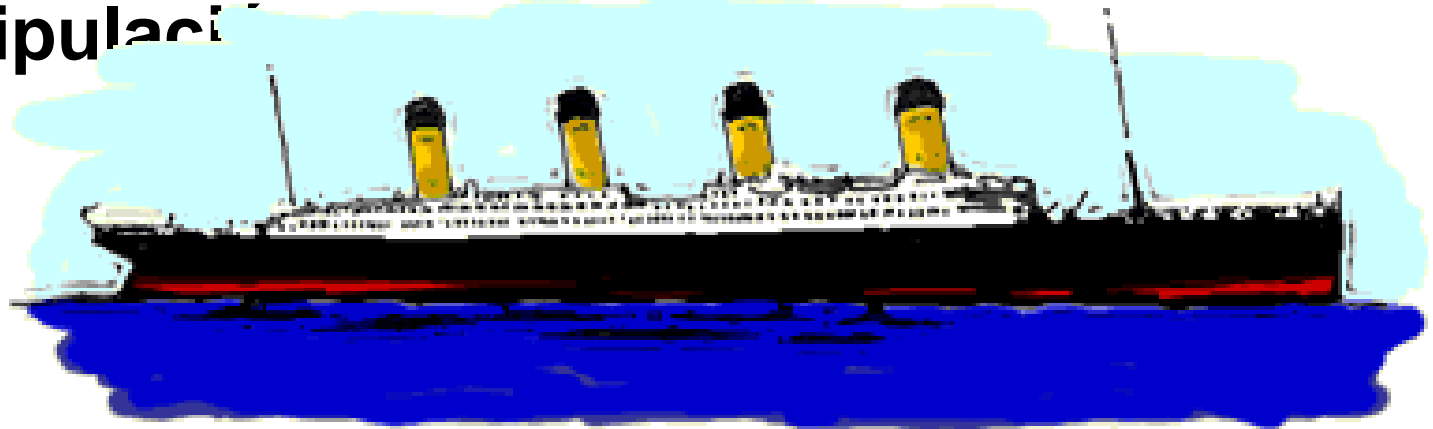
Condiciones latentes del Titanic

**No existencia
de mamparas
transversales de
contención**



Condiciones latentes del Titanic

**No realización de simulacros para entrenar a
la tripulación**



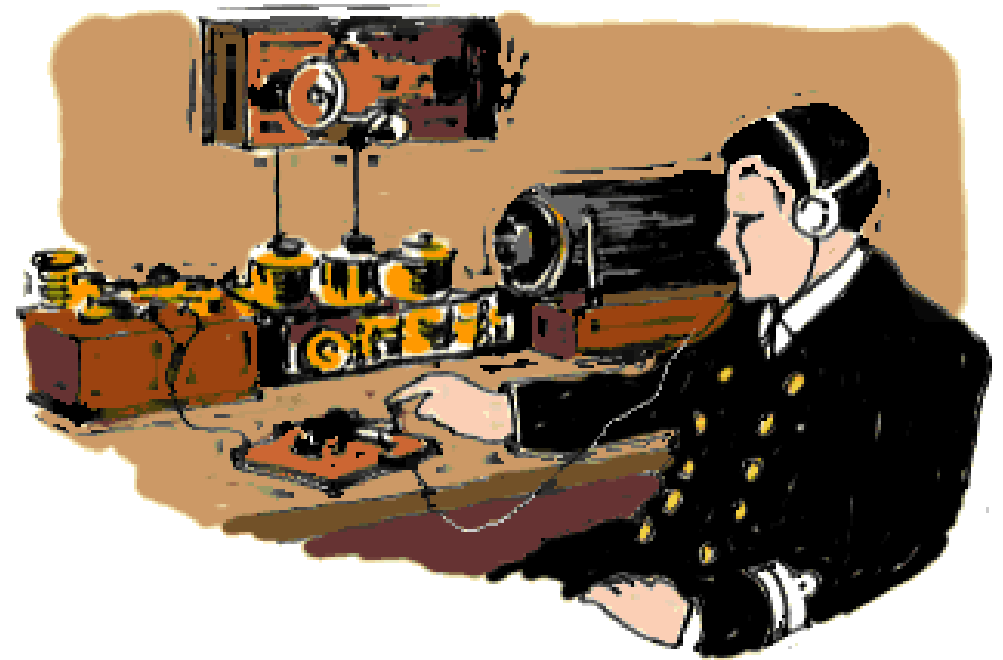
Condiciones latentes del Titanic

**No formación de los
oficiales para la
tecnología del
barco**



Condiciones latentes del Titanic

**Solamente
un canal
de radio**



1.3 DEFINICIONES (5)

- **Evento adverso:** daño no intencionado o complicación que resulta en discapacidad, muerte o prolongación de la estancia y que es causado por la atención sanitaria más que por el proceso de la enfermedad (Wilson, 1995).
 - Una sucesión de errores puede provocar un evento adverso
- **Evento adverso prevenible:** evento adverso atribuible a un error



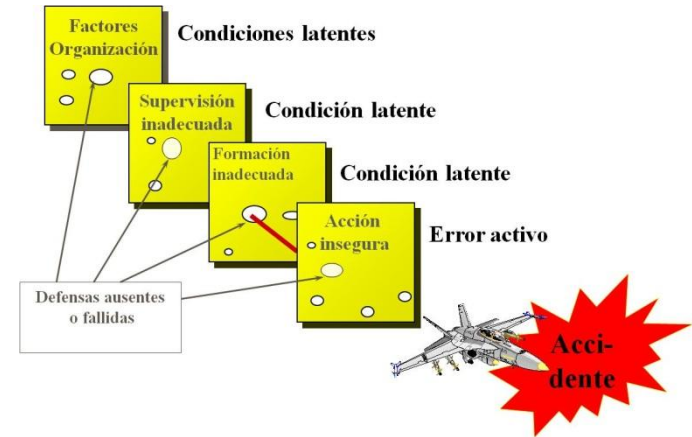
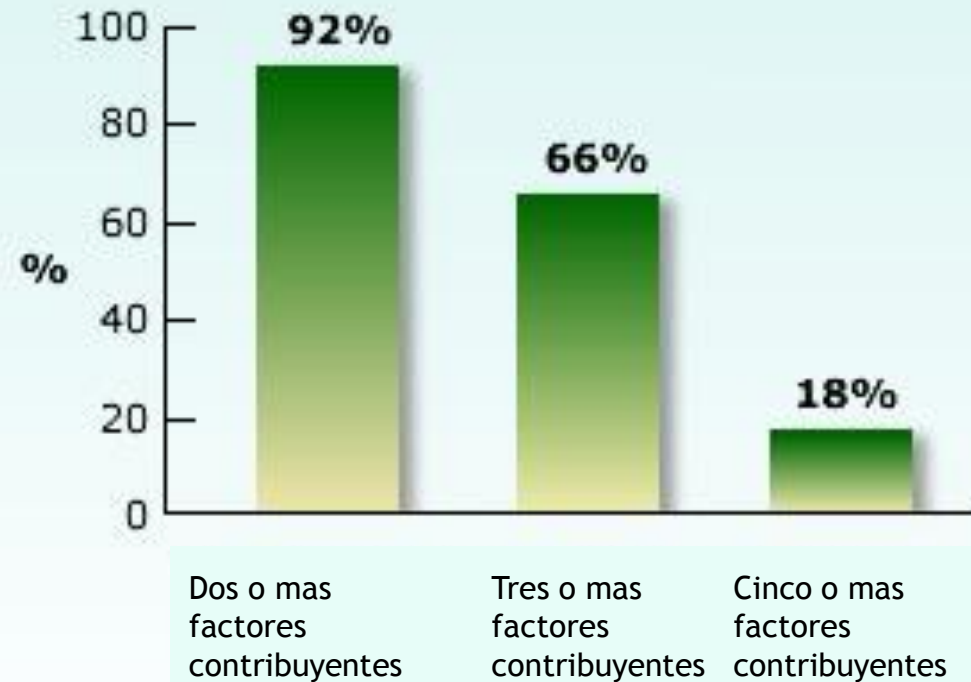
**AVEDIS
DONABEDIAN**
FUNDACIÓN

UAB
Universitat Autònoma
de Barcelona

TIPOS DE ERRORES

Errores son multicausales

La mayoría de los casos de servicios de urgencia referidos a revisión por los comités de mortalidad de un hospital urbano implicaban tres o cuatro factores contribuyentes



Fuente: Cosby KS, Roberts R, Palivos L, et al. Characteristics of patient care management problems identified in emergency department morbidity and mortality investigations during 15 years. Ann Emerg Med. 2008;51:251-261

Eventos graves notificables

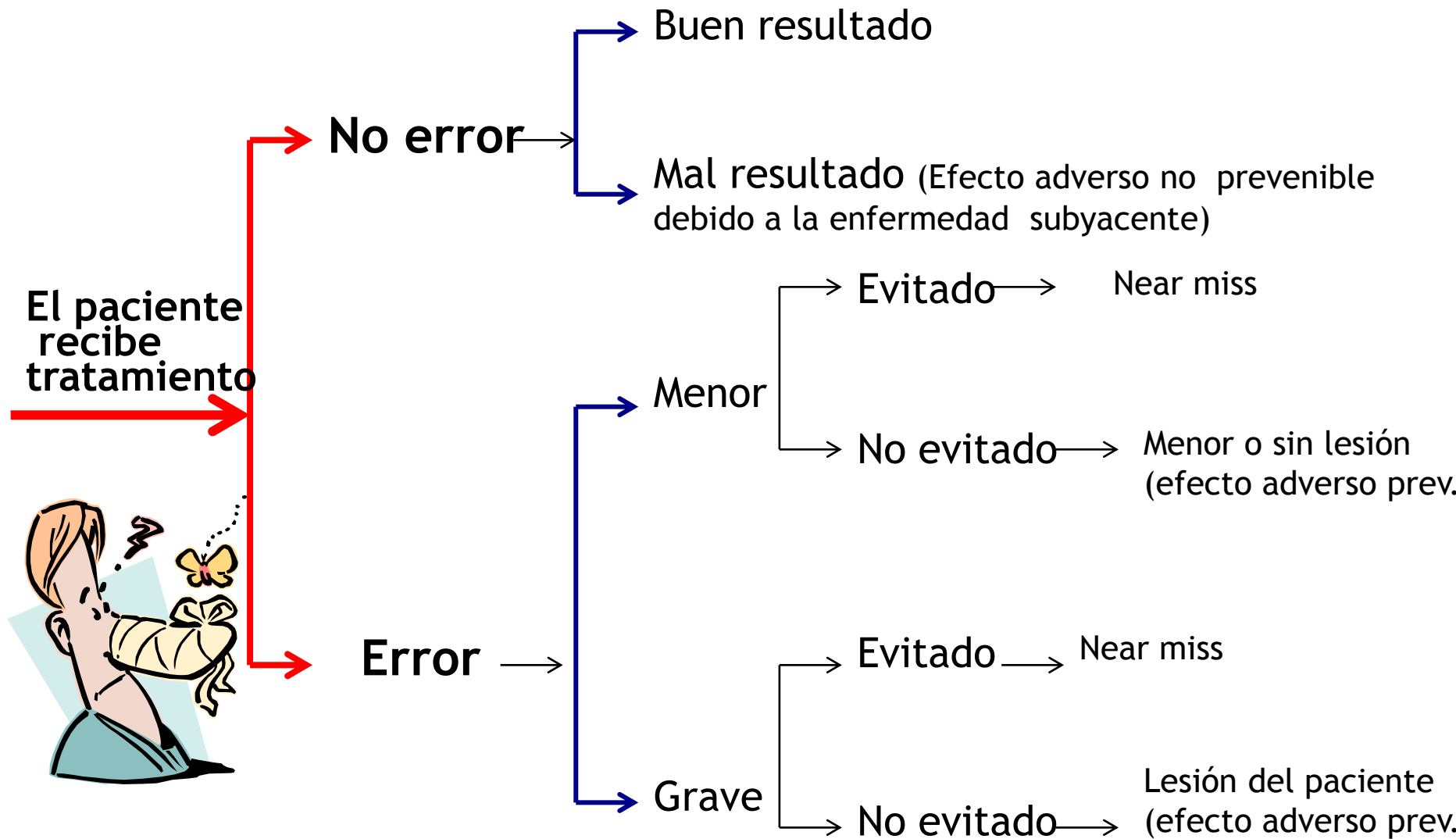
THE NATIONAL QUALITY FORUM
LISTA DE EVENTOS GRAVES NOTIFICABLES

EVENTO
1- EVENTOS QUIRÚRGICOS
a. Intervención quirúrgica realizada en el lugar erróneo
b. Intervención quirúrgica realizada al paciente erróneo
c. Retención de un cuerpo extraño en un paciente después de una intervención quirúrgica u otro procedimiento
d. Muerte intraoperatoria o postoperatoria inmediata en paciente ASA I
2- EVENTOS PRODUCIDOS POR PRODUCTOS O MATERIAL SANITARIO
a. Muerte o grave discapacidad de un paciente asociada al uso de fármacos, material sanitario o derivados biológicos contaminados proporcionados por el centro sanitario
b. Muerte o grave discapacidad de un paciente asociada al uso o funcionamiento de material sanitario (p ej: catéteres, drenaje, bombas de infusión, ventiladores, etc) utilizado de manera inadecuada
c. Muerte o grave discapacidad de un paciente asociada con embolia gaseosa intravascular que ocurre en el transcurso de un tratamiento en un centro sanitario
3- EVENTOS RELACIONADOS CON LA PROTECCIÓN DE LOS PACIENTES
a. Niño dado de alta a la persona equivocada
b. Muerte o grave discapacidad de un paciente asociada a una fuga con duración de más de 4 horas
c. Suicidio de un paciente, o intento de suicidio que provoca discapacidad grave, mientras era atendido en un centro sanitario

Eventos graves notificables

4-EVENTOS RELACIONADOS CON EL TATAMIENTO DE LOS PACIENTES
a. Muerte o grave discapacidad de un paciente asociada a un error de medicación (fármaco equivocado, dosis errónea, momento inadecuado, pauta incorrecta, preparación incorrecta, vía incorrecta)
c Muerte o grave discapacidad de un paciente asociada a reacción hemolítica debida a la administraión de sangre o derivados ABO incompatibles
c. Muerte materna o discapacidad grave asociada al parto en un embarazo de bajo riesgo
d. Muerte o grave discapacidad de un paciente asociada a hipoglucemia, el inicio de la cual ocurre mientras el paciente está siendo atendido en un centro sanitario
e. Muerte o grave discapacidad asociada con la no detección y tratamiento de hiperbilirrubinemia en neonatos
f. Estadío 3 o 4 de una úlcera por decúbito adquirida después del ingreso en un centro sanitario
g Muerte o grave discapacidad asociada a terapia espinal
5- EVENTOS RELACIONADOS CON EL ENTORNO
a. Muerte o grave discapacidad de un paciente asociada a electrocución mientras se está tratando en un centro sanitario
b. Cualquier incidente en el que se le proporciona el gas incorrecto al paciente
c. Muerte o grave discapacidad de un paciente asociada a quemaduras en el centro
d. Muerte o grave discapacidad de un paciente asociada a una caída mientras está en el centro
e. Muerte o grave discapacidad de un paciente asociada a la inmovilización del paciente
5- EVENTOS CRIMINALES
a. Cualquier atención prescrita o prestada por alguien que simula ser un profesional sanitario
b. Rapto de un paciente de cualquier edad
c. Violación sexual de un paciente en el centro sanitario
d. Muerte o lesión significativa de un paciente o trabajador como consecuencia de un ataque físico ocurrido en el centro sanitario

Marco para identificar los errores de tratamiento



Tipos de errores de medicación

- Error de prescripción
 - Error de omisión
 - Error de tiempo de administración
 - Error de fármaco no autorizado
 - Error de dosis inadecuada
 - Error de preparación
 - Error de administración (técnico)
 - Error de droga deteriorada
 - Error de monitorización
 - Error de cumplimiento
 - Otros
-

RBC

1/21/94
Hx: 114/50 WT - 176#
HEENT: TM (-)
Lungs: clear & PTA
CXR: normal
femur: perky & hid.
hips & dx. Peritiga
1/21/94
Jlu: su. gume
Jel: rubel m. far.
RBC: dx. Peritiga
MDS: none

1/13/95
on 11/13/95 - had severe chest pain +
was hospitalized & aleq.
den. HHT, massive in right B. humera
transmitted to vertebrae

1/16/95
HEENT:
Lungs: clear
Hx: no HHTs - no (m) sub a gallop
abd: per. tone

ECG: WNL

DX: chest pain/nausea
R/O intermediate syndrome (history in pt!)

PROB: chest tachycardia

FORM 811 GOLWELL SYSTEMS, CHAMPAIGN, ILLINOIS

¿Una documentación como esta se puede aceptar en algún ámbito que no sea el sanitario?



Figure 1: Packaging of sodium chloride, water and lignocaine. Source: BMJ, Vol 322; p 308. Used with permission.



**Strong potassium
chloride**

Lidocaine 1%

Bupivacaine 0.25%

Sodium chloride

Calcium gluconate

Atenolol

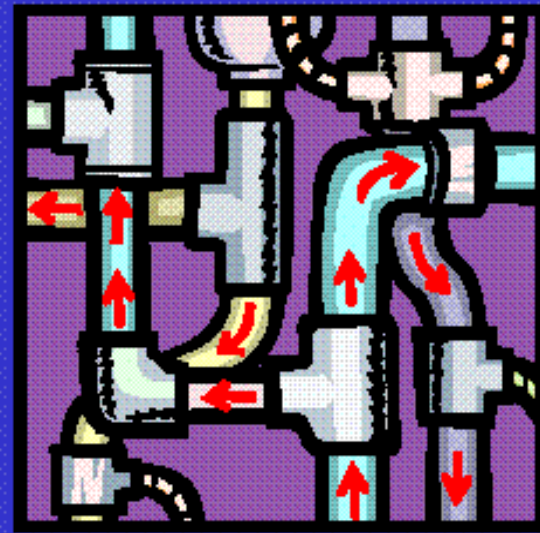


1.4 EL FACTOR HUMANO Y LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

PROBLEMAS DE SEGURIDAD: MODELOS



**MODELO CENTRADO EN
LA PERSONA**



**MODELO CENTRADO EN
EL SISTEMA**

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

MODELO CENTRADO EN LA PERSONA

- Se basa en aspectos como:
 - ✓ escasa atención
 - ✓ falta de motivación
 - ✓ olvidos y descuidos
 - ✓ falta de cuidado
 - ✓ negligencia
 - ✓ imprudencia



- Tiene como respuesta la reducción de la variabilidad no deseada entre seres humanos a través de:
 - ✓ miedo
 - ✓ medidas disciplinarias
 - ✓ amenaza de denuncia
 - ✓ culpabilización
 - ✓ Avergonzar

MODELO CENTRADO EN EL SISTEMA

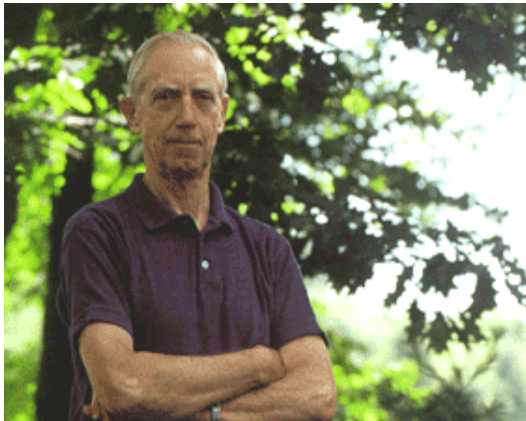
- **Premisa básica:** los humanos son **falibles** y los errores son esperables, incluso en las mejores organizaciones
- Los **errores se ven como consecuencias** y no como causas, teniendo sus orígenes, no en la perversidad de la naturaleza humana, sino en factores sistémicos



- Como respuesta: **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(escudos)** del sistema
- Cuando ocurre un efecto adverso lo importante no es quién se equivocó, sino cómo y por qué las defensas fallaron

Modelo sistémico

- “La idea de que los errores sanitarios son causados por sistemas inadecuados es un concepto transformador”

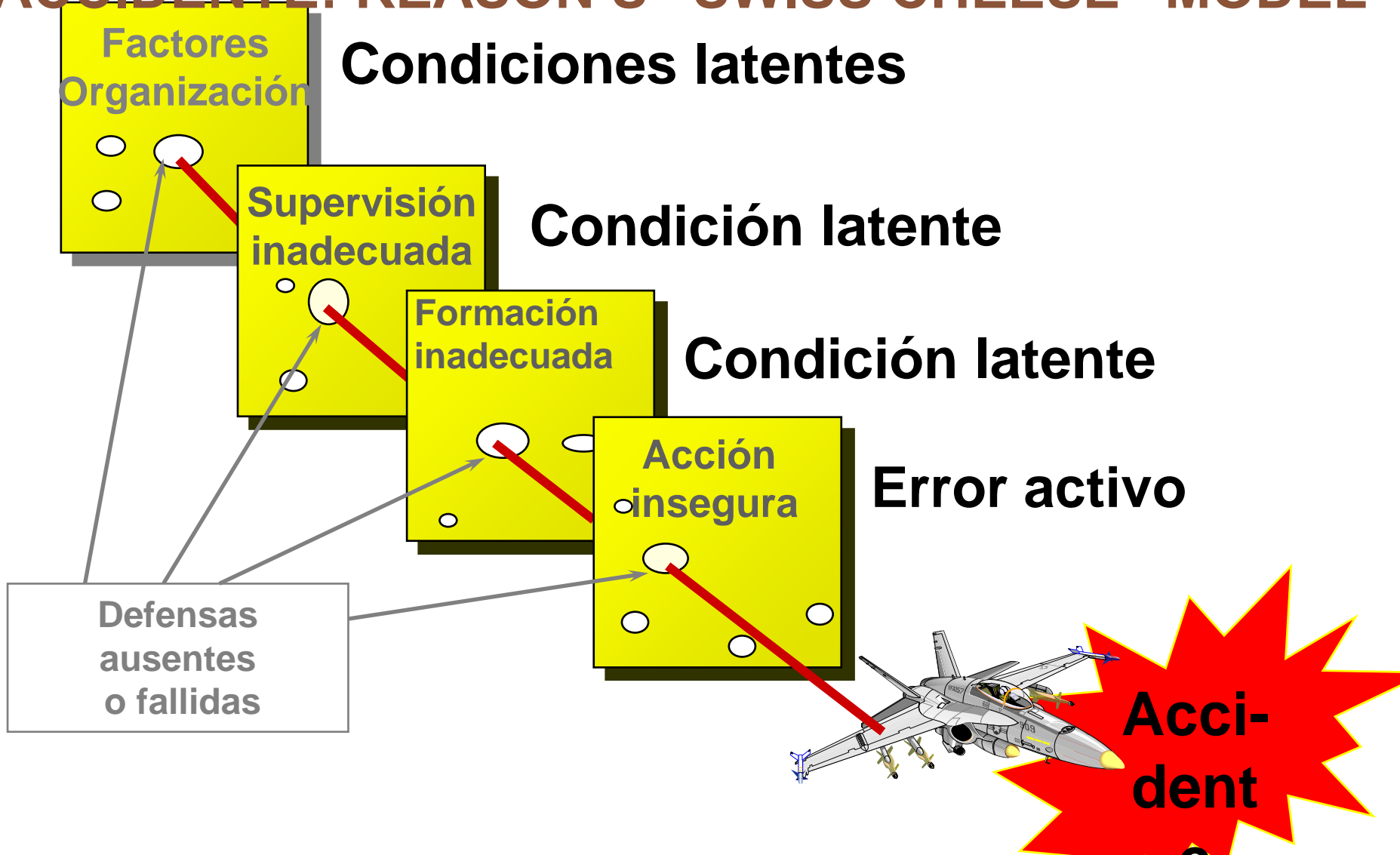


- Lucian L. Leape



1.5 MODELO DE PRODUCCIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS (SWISS CHEESE)

ANÁLISIS DE LOS DATOS DE UN ACCIDENTE: REASON'S "SWISS CHEESE" MODEL



1.5 ELEMENTOS METODOLÓGICOS Y EXPERIENCIAS CONCRETAS EN LA ÚLTIMA DÉCADA

Elementos metodológicos



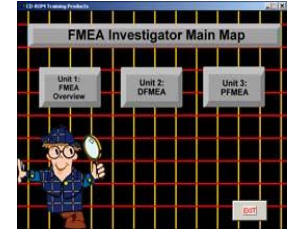
Trabajo en equipo



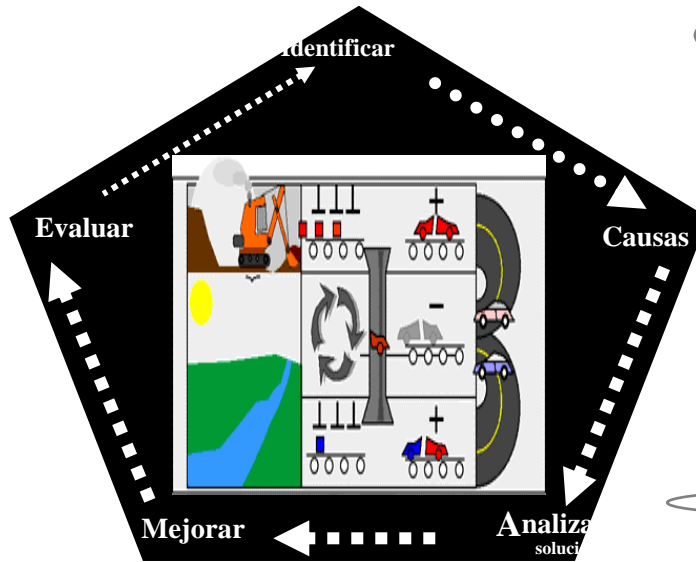
Benchmarking de seguridad



ACR



AMFE



Reuniones



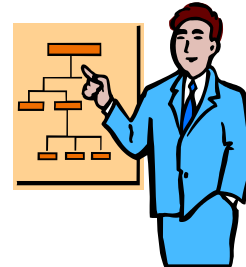
Indicadores seguridad



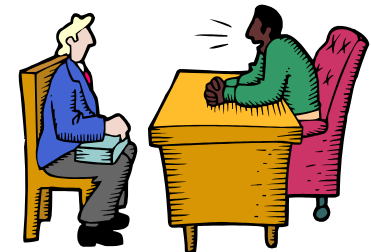
Costes de la Seguridad



Brainstorming

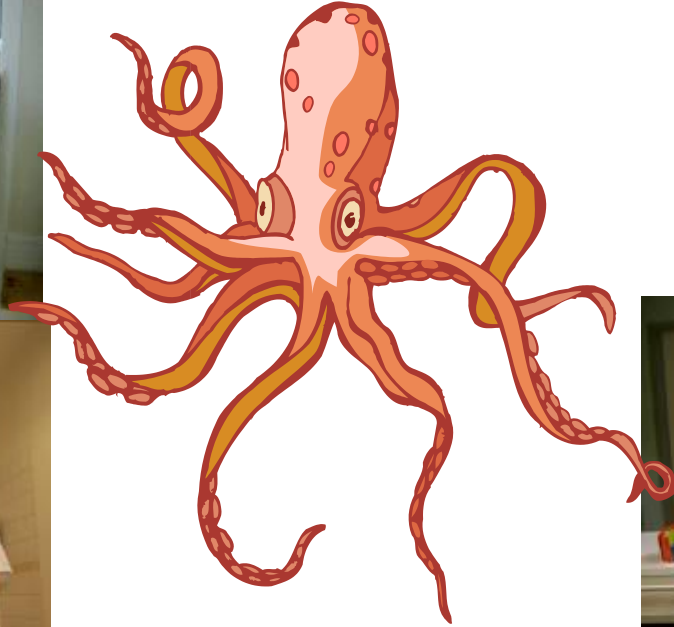


Procesos



Entrevistas

¿Mejorarlo todo al mismo tiempo?

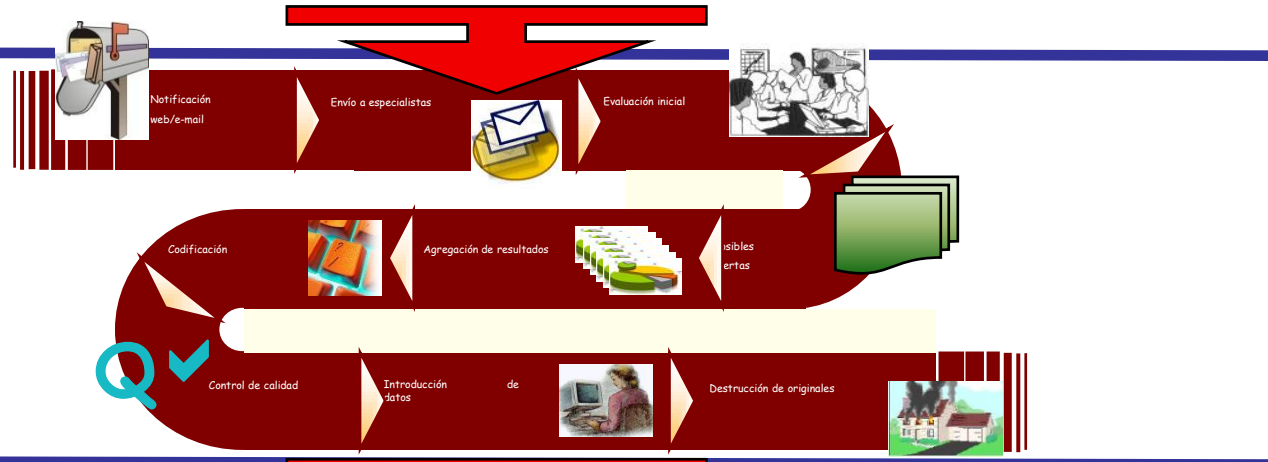


Sistemas de notificación de riesgos y EA

Aparición i
notificación de
l'incidentes

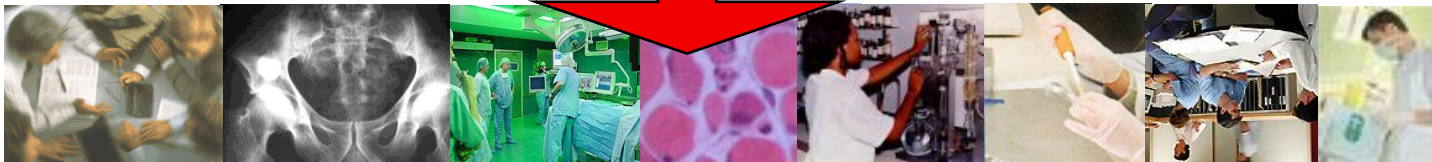


Proceso
de notificación



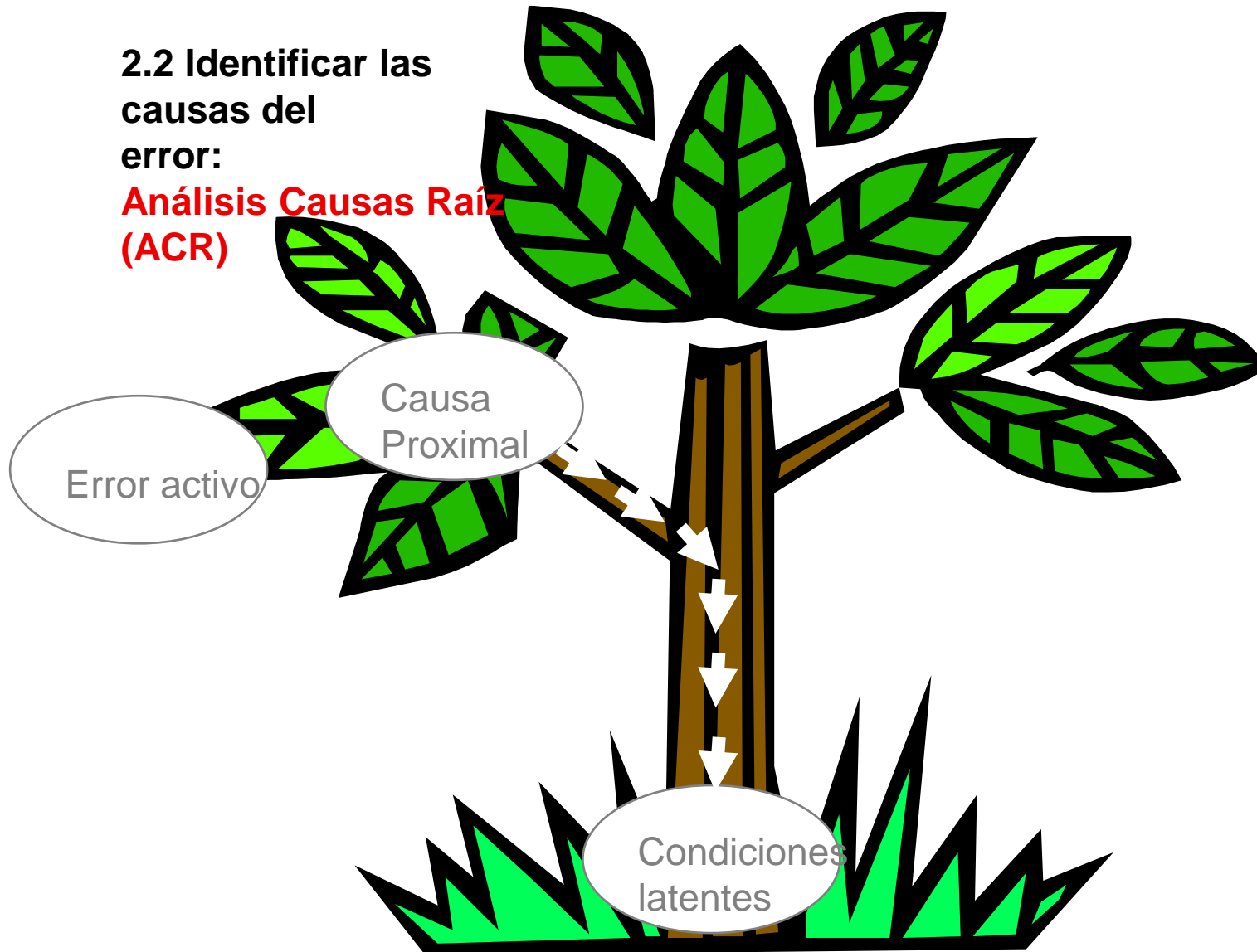
Resultados del
proceso

- Alertas
- Publicaciones
- Estudios de investigación



2.2 Identificar las causas del error:

Análisis Causas Raíz (ACR)



You have arrived...

*Evidence-based
Personalized Care*

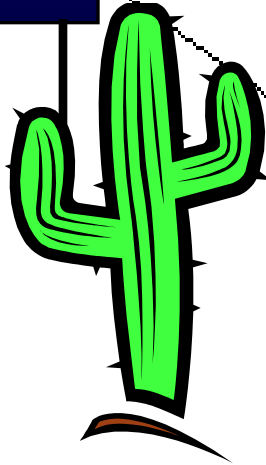
Excelencia clínica
"Hacer las cosas adecuadas bien"



"Es una medicina de
recetas de cocina"

Mejorar la calidad
*"Hacer las cosas
bien"*

"no tenemos
los recursos"



Seguridad
"No hacer daño"

"nunca lo hemos hecho así"

La aplicación de la MBE a la seguridad es imprescindible

LA EXPERIENCIA DE 10 AÑOS

- 1.- Los inicios: el Centro de investigación para la seguridad clínica de los pacientes
- 2.- Proyectos con la Consejería de Salud de Cataluña: Alianza para la seguridad de los pacientes
- 3.- Colaboración con el MSPSI
- 4.- Dos proyectos concretos :
 - SiNASP
 - Currículo formativo para la comunicación de errores a los pacientes

1.- Los inicios: el Centro de investigación para la seguridad clínica de los pacientes

Centro de investigación
para la seguridad
clínica de los pacientes

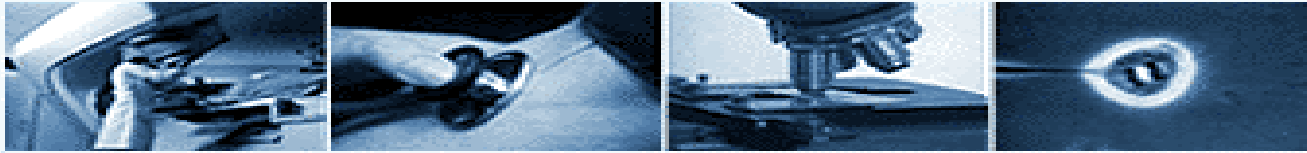


- **FORMACIÓN**
- **INTRODUCCION Y DIFUSION DEL NUEVO CONCEPTO DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN EL ÁMBITO SANITARIO**
- **DISEÑO, ELABORACIÓN Y DIFUSIÓN DE PRÁCTICAS SEGURAS**
- **INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO**
- **NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS**
- **PUBLICACIÓN DE ARTICULOS EN REVISTAS CIENTÍFICAS Y ELABORACIÓN DE UNA BIBLIOTECA DE SEGURIDAD**

Centro de investigación
para la seguridad
clínica de los pacientes



ALERTA DE SEGURIDAD EN ATENCIÓN SANITARIA



Alerta N° 1: INADECUADA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES

Alerta N° 2: PACIENTE CON TRAUMATISMO INFRAVALORADO EN LA URGENCIA

Alerta N° 3: RIESGO DEL POTASIO INTRAVENOSO

Alerta N° 4: CIRUGÍA EN EL LUGAR ERRÓNEO

Alerta N° 5: PRECAUCIONES EN EL USO DE LA CONTENCIÓN FÍSICA O INMOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTES

Alerta N° 6: PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

Alerta N° 7: ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS

Alerta n° 8: MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO (I)

Alerta n° 9: MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO (II)



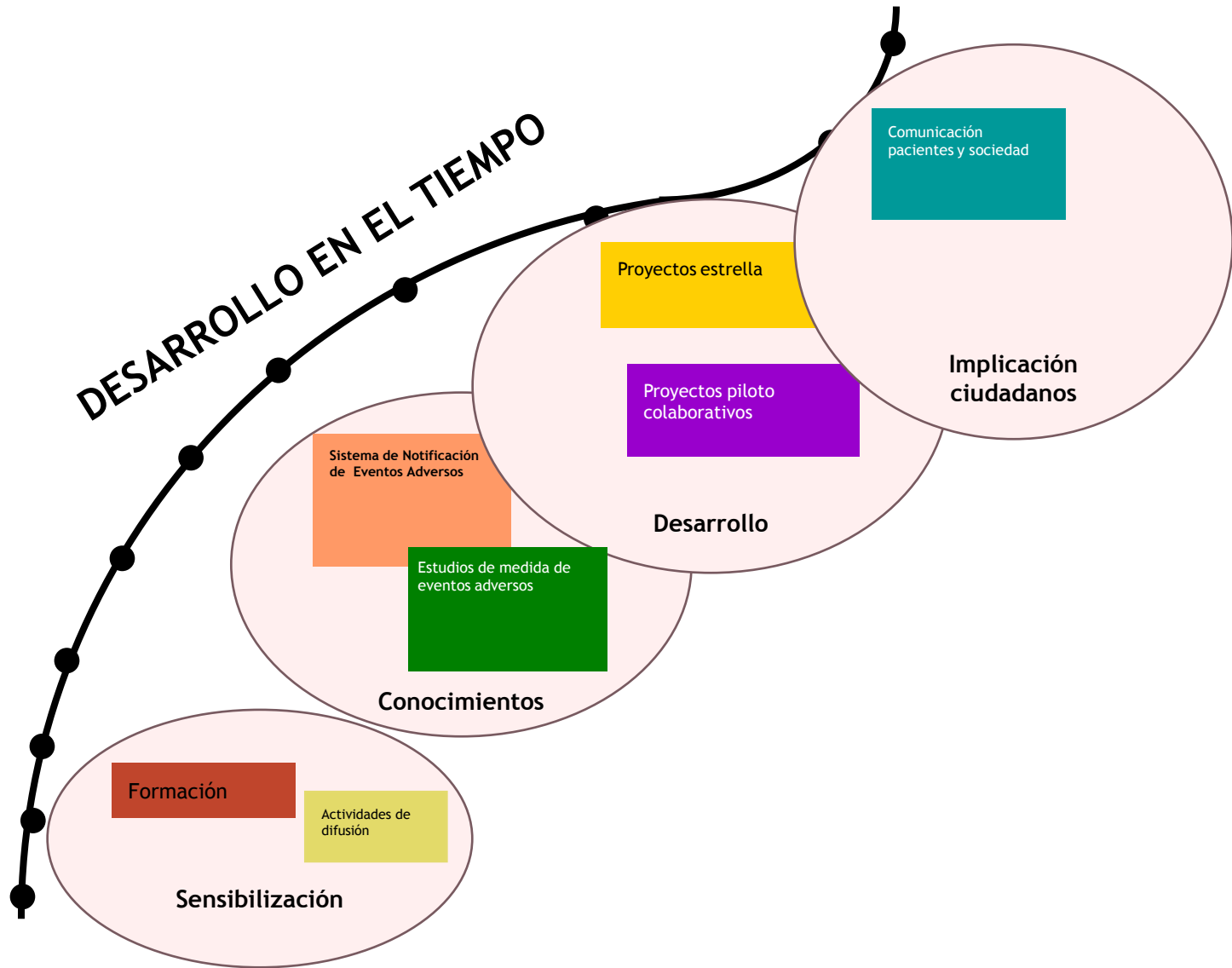
Fig. 1. Packaging of sodium chloride, water and lignocaine. Source: BMI, Vol 322, p 308. Used with permission.



2.- Projectos con la Consejería de Salud de Cataluña: Alianza para la seguridad de los pacientes



ALIANZA PARA LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES





**Aliança per a la Seguretat
dels Pacients a Catalunya**

Proyectos estrella

**Estudios de medida de
eventos adversos**

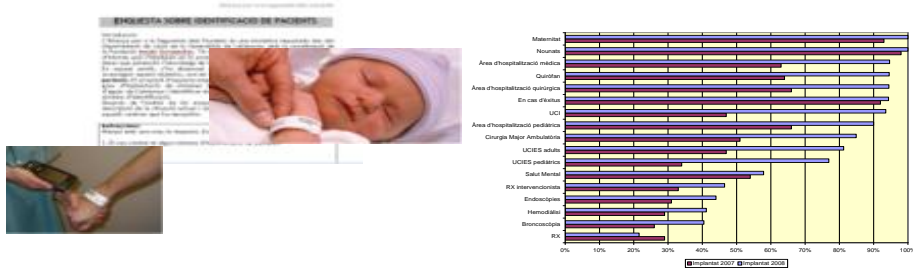
**Proyectos piloto -
colaborativos**



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

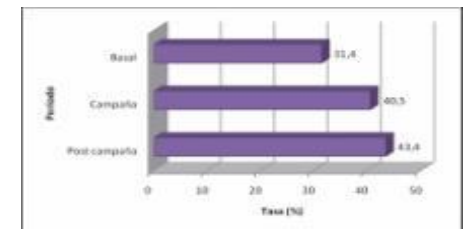
Proyectos estrella

Identificación inequívoca de pacientes



Higiene de manos:

- Campaña general de higiene de manos
- Proyecto piloto de la OMS de higiene de manos

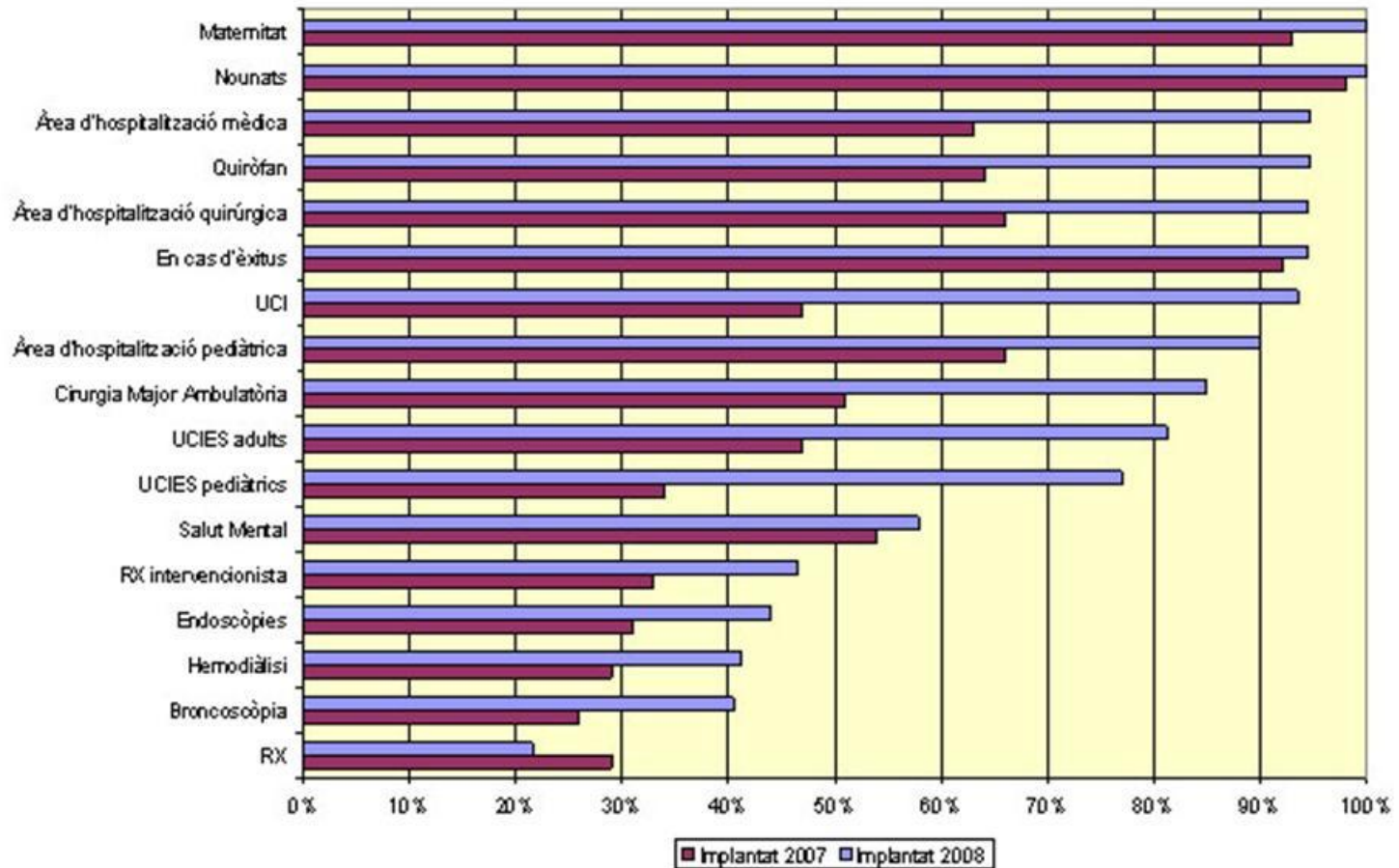


WHO
Multimodal Hand Hygiene



Identificaci3n de pacients

Resultados 07-08



Estudios de medida de eventos adversos

- Realización de un estudio en Cataluña sobre eventos adversos (EA) ligados a la hospitalización
- Estudio de la incidencia de los **errores de medicación** en los procesos del sistema de uso de medicamentos: prescripción, validación, preparación, dispensación y administración en el ámbito hospitalario
- **Seguridad y riesgo en el enfermo crítico:** identificación de eventos adversos
- Evaluación del grado de cumplimiento de las medidas de prevención, con evidencia científica de alto nivel sobre las **infecciones relacionadas con el uso de los catéteres vasculares**



~50% de eventos adversos son evitables

Proyectos piloto/colaborativos de intervención en hospitales y equipos de atención primaria

Proyectos de cultura de la seguridad

- Proyecto de mejora de **la cultura de la seguridad** en servicios de **urgencias, obstetricia y de medicina intensiva** en hospitales de Cataluña
- Efectividad de una intervención para introducir la cultura de la seguridad entre los profesionales de los equipos de **atención primaria (PROTECS)**
- Gestión de riesgos en **pacientes diabéticos**. Evaluación de un programa educativo dirigido a los profesionales para mejorar la seguridad de los pacientes diabéticos (SEGUDIAB)

Medicación:

- Mejora de la seguridad del paciente mediante el desarrollo de un Programa de **Conciliación de la Medicación**
- La utilización de señales de alerta para detectar y evitar eventos adversos producidos por medicamentos (EAM)
- **Prescripción segura** en la atención primaria (PREFASEG)



Proyectos piloto/colaborativos de intervención en hospitales y equipos de atención primaria (ligados a sociedades científicas)

Cirugía y Anestesia:

- Impacto de medidas de prevención en la frecuencia de la **infección del espacio quirúrgico** en cirugía electiva de **cáncer de colon y recto**
- Implantación de un programa de colaboración en seguridad clínica, para la introducción de prácticas seguras en pacientes **politraumatizados** atendidos en urgencias en hospitales de Cataluña
- Iniciativa para la mejora del proceso asistencial en la cirugía urgente de las hernias de la pared abdominal
- Identificación de **eventos cardiovasculares en el período perioperatorio** en Cataluña: estudio multicéntrico prospectivo observacional (ANESCARDIOCAT)
- Prevención de incidentes anestésicos relacionados con el **manejo de la vía aérea** (QUAVA)



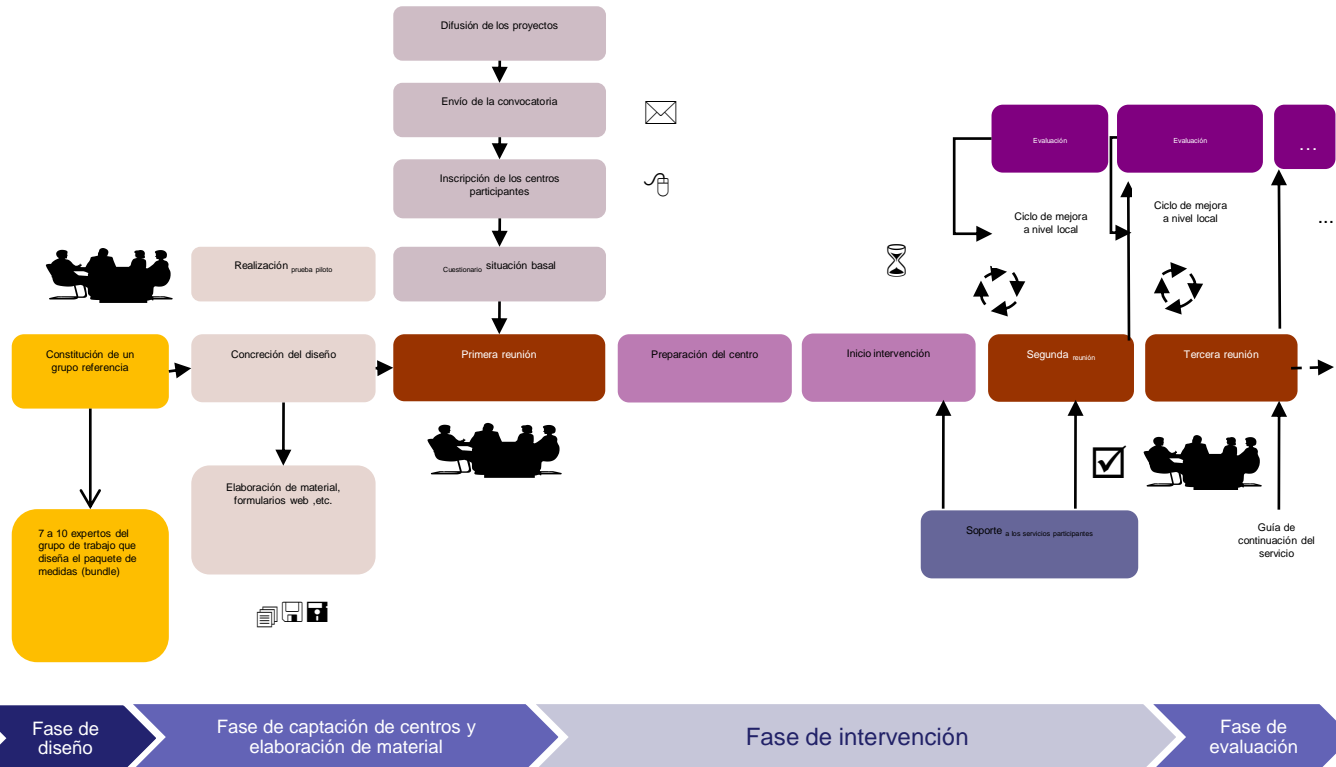
Infección

- Vigilancia epidemiológica de la **infección nosocomial** en recién nacidos de muy bajo peso **inferior a 1500 gr**: influencia de un programa de mejora de la calidad asistencial
- Prevención de la **neumonía asociada a la ventilación mecánica**
- Evaluación del grado de cumplimiento de las medidas de prevención, con evidencia científica de alto nivel, para evitar las infecciones relacionadas con el uso de los catéteres vasculares



Implantación de un programa de colaboración en seguridad clínica, para la introducción de prácticas seguras en la prevención de caídas

Esquema de los proyectos colaborativos



- Inicio de su desarrollo en el Instituto el año 2006
- Hasta la fecha hemos desarrollado proyectos en 15 áreas temáticas
- Trabajo con 9 sociedades científicas y colegios profesionales
- Hemos incluido mas de 300 equipos de hospitales
- La formación realizada la han aprobado mas de 50.000 profesionales clínicos

Projectes estrella, de mesura y piloto/colaboratius: més de 700 professionals directament implicats en els projectes y aprox. 100 centres participants

Nombre del Projecte	Nº de centres participants	Nº de Professionals directament implicats
1. Projectes estrella de l'Aliança per a la Seguretat dels Pacients (I): Identificació inequívoca de pacients hospitalitzats	70 Hospitals	74 professionals
2. Projectes estrella inicials de l'Aliança a Catalunya per a la Seguretat dels pacients (II): Promoció del rentat de mans: Campanya de la "LA SOLUCIÓ ÉS A LES TEVES MANS"	42 Hospitals	51 professionals
3. Promoció de la higiene de mans i avaluació de l'impacte d'una campanya en centres hospitalaris de Catalunya (projecte centres pilot complementaris campanya higiene de mans de l'Organització Mundial de la Salut)	6 Hospitals	26 professionals
4. La utilització de senyals d'alerta per detectar i evitar esdeveniments adversos produïts per medicaments (EAM)	6 Hospitals	45 professionals
5. Millora de la seguretat del pacient mitjançant el desenvolupament d'un Programa de Conciliació de la Medicació	10 Hospitals	68 professionals
6. Projecte de millora de la cultura de la seguretat en serveis d'urgència en hospitals de Catalunya	7 Hospitals	14 professionals
7. Implantació d'un programa de col·laboració en seguretat clínica, per a la introducció de pràctiques segures en pacients politraumatitzats atesos a urgències en hospitals de Catalunya	10 Hospitals	10 professionals
8. Projecte de millora de la seguretat en serveis de medicina intensiva a hospitals de Catalunya	11 Hospitals	17 professionals
9. Projecte de millora de la seguretat en serveis de ginecologia i obstetrícia d'hospitals de Catalunya	7 Hospitals	11 professionals
10. Impacte de mesures de prevenció en la freqüència de la infecció de l'espai quirúrgic en cirurgia electiva de càncer de còlon i recte	24 Hospitals	31 professionals
11. Identificació d'esdeveniments cardiovasculars en el període perioperatori a Catalunya: estudi multicèntric prospectiu observacional. (ANESCARDIOCAT)	20 Hospitals	34 professionals
12. Prevenció d'incidents anestèsics relacionats amb el maneig de la via aèria (QUAVA)	22 Hospitals	36 professionals

Proyectos estrella, de medida y piloto/colaborativos: más de 700 profesionales directamente implicados en los proyectos y aprox. 100 centros participantes

Nombre del Proyecto	Nº de centros participantes	Nº de Profesionales directamente implicados
13. Prescripció farmacològica segura a l'atenció primària (PREFASEG)	5 EAP	7 professionals
14. Efectivitat d'una intervenció per introduir la cultura de la seguretat entre els professionals dels equips d'atenció primària (PROTECS)	19 EAP	54 professionals
15. Gestió de riscos en pacients diabètics. Avaluació d'un programa educatiu dirigit als professionals per millorar la seguretat dels pacients diabètics (SEGUDIAB)	10 EAP	6 professionals
16. Seguretat i risc en el malalt crític: identificació d'esdeveniments adversos	10 Hospitals	21 professionals
17. Prevenció de la pneumònia associada a ventilació mecànica	12 Hospitals	7 professionals
18. Estudi Multicèntric Prospectiu Observacional de les Nàusees i Vòmits Postoperatoris (PONV) a Catalunya (PONVICAT)	27 Hospitals	58 professionals
19. Iniciativa per a la millora del procés assistencial en la cirurgia urgent de les hèrnies de la paret abdominal	10 Hospitals	14 professionals
20. Implantació d'un protocol de reanimació precoç guiada per objectius pel tractament de la sèpsia greu, en el serveis d'urgències. Codi sèpsia	6 Hospitals	16 professionals
21. Estudi de la incidència dels errors de medicació en els processos del sistema d'ús de medicaments: prescripció, validació, preparació, dispensació i administració en l'àmbit hospitalari	8 Hospitals	52 professionals
22. Implantació d'un programa de col·laboració en seguretat clínica, per a la introducció de pràctiques segures en la prevenció de caigudes	42 Hospitals	52 professionals
23. Avaluació del grau d'acompliment de les mesures de prevenció, amb evidència científica d'alt nivell, per evitar les infeccions relacionades amb l'ús dels catèters vasculars	12 Hospitals	12 professionals
24. Vigilància epidemiològica de la infecció nosocomial en nadons de molt baix pes inferior a 1500 gr: influència d'un programa de millora de la qualitat assistencial.	2 Hospitals	15 professionals
25. Estratègia de comunicació d'errors als pacients	7 Centres	9 professionals

**The NEW ENGLAND
 JOURNAL of MEDICINE**

ESTABLISHED IN 1812 DECEMBER 28, 2006 VOL. 355 NO. 26

An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU

Peter Pronovost, M.D., Ph.D., Dale Needham, M.D., Ph.D., Sean Berenholtz, M.D., David Sinopoli, M.P.H., M.B.A.,
 Haitao Chu, M.D., Ph.D., Sara Cosgrove, M.D., Bryan Sexton, Ph.D., Robert Hyzy, M.D., Robert Welsh, M.D.,
 Gary Roth, M.D., Joseph Bander, M.D., John Kepros, M.D., and Christine Goeschel, R.N., M.P.A.

ABSTRACT

BACKGROUND

Catheter-related bloodstream infections occurring in the intensive care unit (ICU) are common, costly, and potentially lethal.

METHODS

We conducted a collaborative cohort study predominantly in ICUs in Michigan. An evidence-based intervention was used to reduce the incidence of catheter-related bloodstream infections. Multilevel Poisson regression modeling was used to compare infection rates before, during, and up to 18 months after implementation of the study intervention. Rates of infection per 1000 catheter-days were measured at 3-month intervals, according to the guidelines of the National Nosocomial Infection Surveillance System.

RESULTS

A total of 108 ICUs agreed to participate in the study, and 105 reported data. The analysis included 1981 ICU-months of data and 375/57 catheter-days. The median rate of catheter-related bloodstream infection per 1000 catheter-days decreased from 2.7 infections at baseline to 0 at 3 months after implementation of the study intervention ($P < 0.002$), and the mean rate per 1000 catheter-days decreased from

From the School of Medicine (P.P., D.N., S.B., S.C., B.S.), the School of Professional Studies in Business and Education (D.S.), and the Bloomberg School of Public Health (H.C.), Johns Hopkins University, Baltimore, and the University of Michigan, Ann Arbor (R.H.); William Beaumont Hospital, Royal Oak (H.W.); Ingham Regional Medical Center, Lansing (C.R.); Harper University Hospital, Detroit (J.B.); Sparrow Health System, Lansing (J.K.); and the Michigan Health and Hospital Association Keystone Center for Patient Safety and Quality, Lansing (C.G.)—all in Michigan.

N Engl J Med 2006;355:2725-32.
 Copyright © 2006 Massachusetts Medical Society.



THE NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

SPECIAL ARTICLE

A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population

Alex B. Haynes, M.D., M.P.H., Thomas G. Weiser, M.D., M.P.H.,
 William R. Berry, M.D., M.P.H., Stuart R. Lipsitz, Sc.D.,
 Abdel-Hadi S. Breizat, M.D., Ph.D., E. Patchen Dellinger, M.D.,
 Teodoro Herbosa, M.D., Sudhir Joseph, M.S., Pascience L. Kibatalla, M.D.,
 Marie-Carmela M. Laptan, M.D., Alan F. Merry, M.B., Ch.B., F.A.N.Z.C.A., F.R.C.A.,
 Krishna Moorthy, M.D., F.R.C.S., Richard K. Ritznick, M.D., M.Ed., Bryce Taylor, M.D.,
 and Atul A. Gawande, M.D., M.P.H., for the Safe Surgery Saves Lives Study Group*

ABSTRACT

BACKGROUND

Surgery has become an integral part of global health care, with an estimated 254 million operations performed yearly. Surgical complications are common and often preventable. We hypothesized that a program to implement a 19-item surgical safety checklist designed to improve team communication and consistency of care would reduce complications and deaths associated with surgery.

METHODS

Between October 2007 and September 2008, eight hospitals in eight cities (Toronto, Canada; New Delhi, India; Amman, Jordan; Auckland, New Zealand; Manila, Philippines; Ifakara, Tanzania; London, England; and Seattle, WA) representing a variety of economic circumstances and diverse populations of patients participated in the World Health Organization's Safe Surgery Saves Lives program. We prospectively collected data on clinical processes and outcomes from 3733 consecutively enrolled patients 16 years of age or older who were undergoing noncardiac surgery. We subsequently collected data on 3955 consecutively enrolled patients after the introduction of the Surgical Safety Checklist. The primary end point was the rate of complications, including death, during hospitalization within the first 30 days after the operation.

From the Harvard School of Public Health (A.B.H., T.G.W., W.R.B., A.A.G.), Massachusetts General Hospital (A.B.H.) and Brigham and Women's Hospital (S.R.L., A.A.G.)—all in Boston; University of California-Davis, Sacramento (T.G.W.); Prince Hazrah Hospital, Ministry of Health, Amman, Jordan (A.H.S.B.); University of Washington, Seattle (J.P.D.); College of Medicine, University of the Philippines, Manila (T.H.); St. Stephen's Hospital, New Delhi, India (S.J.); St. Francis Designated District Hospital, Ifakara, Tanzania (P.L.K.); National Institute of Health, University of the Philippines, Manila (M.C.M.L.); University of Auckland and Auckland City Hospital, Auckland, New Zealand (A.E.M.); Imperial College Healthcare National Health Service Trust, London (R.M.); and University Health Network, University of Toronto, Toronto (R.K.R., B.T.). Address reprint requests to Dr. Gawande at the Department of Surgery, Brigham and Women's



Los care bundles

For the full versions of these articles see bmj.com

PRACTICE

QUALITY IMPROVEMENT REPORT

Using care bundles to reduce in-hospital mortality: quantitative survey

Elizabeth Robb,^{1,2} Brian Jarman,^{3,4} Ganesh Suntharalingam,¹ Clare Higgins,¹ Rachel Tennant,¹ Karen Elcock⁵

Abstract

Problem To reduce hospital inpatient mortality and thus increase public confidence in the quality of patient care in an urban acute hospital trust after adverse media coverage.

Design Eight care bundles of treatments known to be effective in reducing in-hospital mortality were used in the intervention year; adjusted mortality (from hospital episode statistics) was compared to the preceding year for the 13 diagnoses targeted by the intervention care bundles, 43 non-targeted diagnoses, and overall mortality for the 56 hospital standardised mortality ratio (HSMR) diagnoses covering 80% of hospital deaths.

Setting Acute hospital trust in north west London.

Strategies for change Use of clinical guidelines in care bundles in eight targeted clinical areas.

Interventions Use of care bundles in treatment areas for the diagnoses leading to most deaths in the trust in 2006-7.

Key measures for improvement Change in adjusted mortality in targeted and non-targeted diagnostic groups;

of diagnoses that account for 80% of all deaths in hospitals nationally.¹ A figure of 100 is the national reference value and hospitals with higher or lower adjusted mortality have values above or below 100.

The North West London Hospitals NHS Trust serves a population of about 500 000. The trust received adverse media coverage following the Healthcare Commission's report on its maternity services in July 2005² and in March and April 2006³ regarding a drug trial at Northwick Park Hospital in which six men developed organ failure. Both stories had an impact on staff morale and on patients' perceptions of Northwick Park Hospital. The HSMR for the trust for 2006-7 was 84.6, 15.4 points below the national value. We initiated a scheme aimed at reducing mortality rates and increasing public confidence in the quality of patient care.

In 2006-7 there were 1142 deaths in North West London Hospitals NHS Trust within the diagnoses used to calculate the HSMR. We set a goal of a reduction of 110 deaths in 2007-8, equivalent to an HSMR of 81.0.

¹North West London Hospitals NHS Trust, Harrow HA1 3AJ

²Nursing, London South Bank University, London SE1 0AA

³Imperial College, London EC1A 9LA

⁴Institute for Healthcare Improvement, Cambridge, MA 02138, USA

⁵Thames Valley University, Slough SL1 1YG

Correspondence to: B Jarman b.jarman@imperial.ac.uk

Cite this as: *BMJ* 2011;0:340:c1234

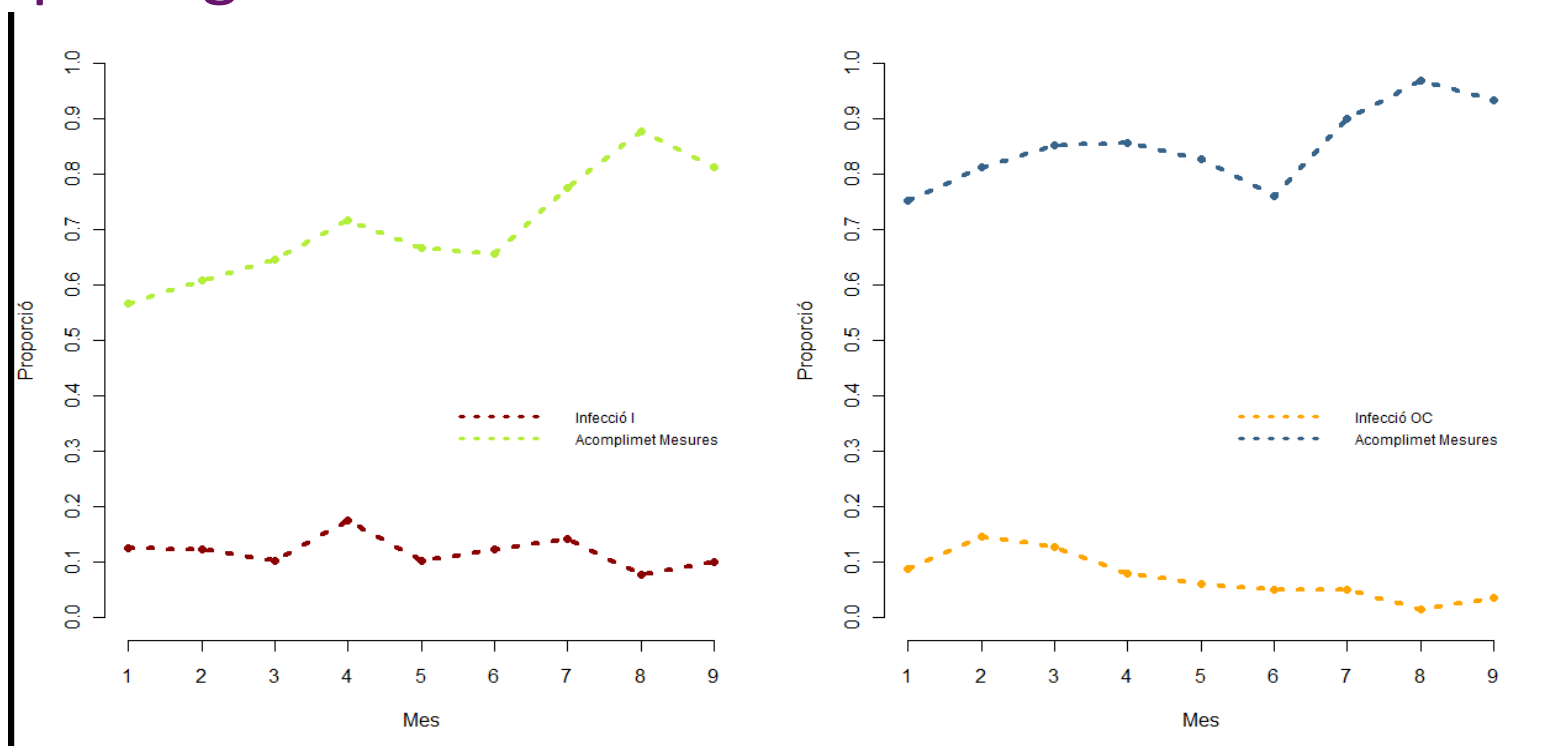
doi: 10.1136/bmj.c1234

Care bundles utilizados para reducir la mortalidad intrahospitalaria

1. Catéter venoso central
2. Diarrea i vómitos
3. Ictus
4. Neumonía asociada a ventilación
5. Infecciones por Meticillin resistant *Staphylococcus aureus*
6. Insuficiencia cardíaca
7. Infección quirúrgica
8. EPOC

La tasa de mortalidad hospitalaria estandarizada disminuyó de 89.6 el año 2006-7 a 71.1 el año 2007-8

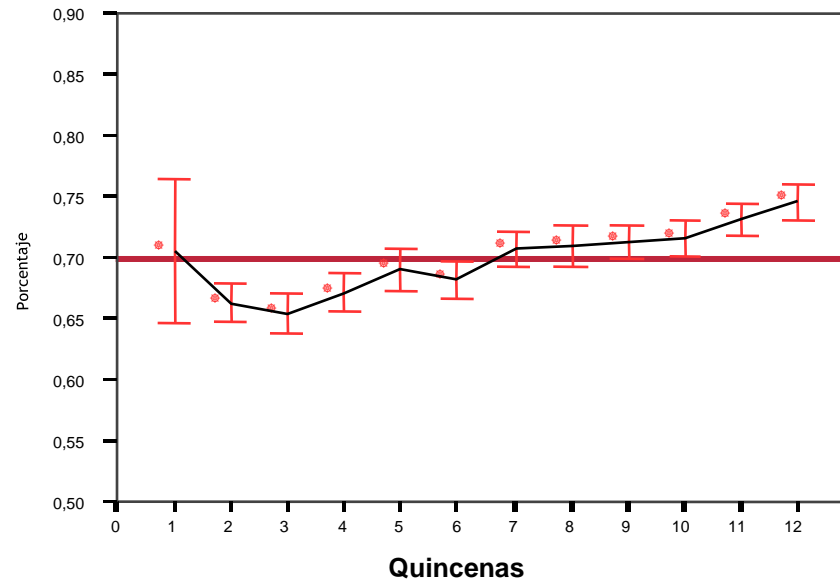
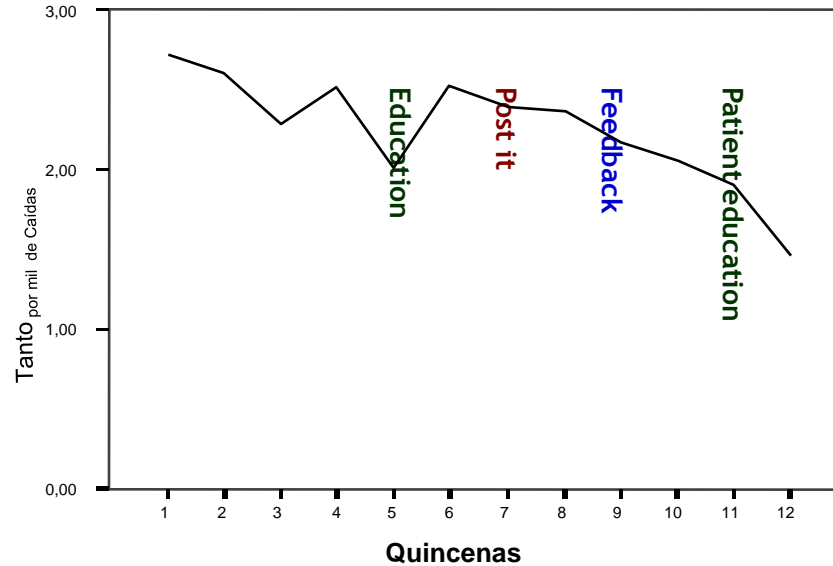
Aplicación de medidas preventivas e infecció quirúrgica colon



12.60% a un 10.17% Infecció organocavitaria

8.8% a un 3.67% Infecció superficial

Relación entre el
 ratio de caídas
 de pacientes
 con los centros
 participantes y
 la aplicación de
 medidas
 preventivas



INDICADORES - Cuadro de Mando de seguridad del paciente

Hospitalización

A. Quirúrgica

1. *Prevalença d'UPP*
2. *Valoració del risc d'UPP*
3. *Taxa de caigudes*
4. *Valoració de risc de caigudes*
5. *ITU en pacient sondat*
6. *Bacterièmia per catèter*
7. *Avaluació periòdica del dolor*
8. *Avaluació dolor postope*
9. *Pacients amb dolor (EVA < 3)*
10. *Revisions periòdiques de carros ACR*
11. *Acompliment higiene de mans*
12. *Malalts identificats*

1. Infecció localització quirúrgica en cirurgia neta
2. Infecció localització quirúrgic pròtesi de maluc i genoll
3. Incidències en el control de gases
4. Incidències en el control de material
- 5.1 Retorn no previst a quiròfan en 72h. Cir. Programada
- 5.2 Retorn no previst a quiròfan en 72h. Cir. Urgent
- 6.1 Mortalitat durant les primeres 24 h. Cir. Programada
- 6.2 Mortalitat durant les primeres 24 h. Cir. Urgent
7. Transfusions no previstes
8. Dotació de personal en les intervencions quirúrgiques
9. Profilaxi quirúrgica antibiòtica correcta
10. Peces i mostres biològiques correctament identificades
11. Broncoaspiració Cir. Programada i Cir. Urgent
12. Reaccions anafilàctiques
13. Reintubacions àrea quirúrgica

S. Urgències

1. Temps admissió-triatge < 10min
2. Pèrdues abans de triatge
3. Pacients no visitats després de triatge
4. Demora primera assistència segons nivell de grau (I-V)
 - 5.1 Temps porta-agulla en l'IAM
 - 5.2 Temps porta-baló en l'IAM
6. Demora en la realització d'ECG en pacients amb síndrome coronària aguda
7. Control i supervisió en pacients politraumatitzats
8. Acompliment del Codi Ictus
9. Demora en l'inici del tractament antibiòtic
10. Caigudes de pacients
11. Estadets superiors a 24 h
12. Temps de demora d'ingrés
13. Readmissions a 72 h
14. Readmissions amb ingrés
15. Revisió de material i aparells de la sala de reanimació
16. Taxa de mortalitat en el servei d'urgències
17. Avaluació de la mortalitat

SMI

1. Pneumònia associada a VM
2. Posició semiincorporada en pacients amb VMI
3. Bacterièmia relacionada amb catèter venós central
4. Extubació no programada
5. Infecció en pacients portadors de sondatge vesical
6. Raó de mortalitat estandarditzada
7. Infecció relacionada amb gèrmens multi-resistent
8. Monitoratge de la pressió intracranial en el TCE greu amb TAC patològic
9. Sedació adequada
10. Prevenció de la malaltia tromboembòlica
11. Tècniques de reperfussió precoç
12. Profilaxi de l'hemorràgia gastrointestinal en malalts amb VMI

3.- Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP)

- Características y funcionamiento del SiNASP
- Aplicación informática
- Experiencia de implantación en 4 Comunidades Autónomas

PROCESO DE DESARROLLO DEL SiNASP

- 2007
 - **Revisión bibliográfica y visitas a otros países**
 - Inglaterra y Gales - Dinamarca
 - **Consulta a expertos y representantes de las CCAA**
- 2008
 - 18 representantes de la CCAA y 12 expertos en seguridad
 - **Grupos focales de pacientes**
 - **Definición de los principios básicos del sistema**
 - **Consulta a profesionales (Sociedades Científicas)**
 - 59 representantes de 53 Sociedades Científicas
- 2009
 - **Diseño del cuestionario y aplicación informática**
 - Marco conceptual de la OMS
 - 4 CCAA, 3 sistemas de otros países, cuestionarios de medicación
- 2010
 - **Prueba piloto a nivel de hospital**
 - 2 hospitales de 2 Comunidades Autónomas
 - Formación, 3 meses de notificación, evaluación
 - **Prueba piloto a nivel de CCAA**
 - 32 hospitales de 2 Comunidades Autónomas
 - **Implantación progresiva en otras CCAA**
 - **Prueba piloto para la adaptación del sistema a Atención Primaria**

PRINCIPIOS BÁSICOS DEL SISTEMA

- Voluntariedad
- No punibilidad
- Confidencialidad
- Notificación anónima o nominativa con anonimización (o de-identificación) de los datos.
- Análisis para el aprendizaje e implementación de mejoras a nivel local
- Orientación sistémica para el análisis

ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO



PROCESO DE NOTIFICACIÓN Y MEJORA

Detección

Notificación

Clasificación

Análisis y
Gestión

Implantación
de mejoras

Feedback

	Frecuente	Probable	Ocasional	Poco frecuente	Muy infrecuente
7. Contribuyó o causó la muerte	Extremo	Extremo	Extremo	Extremo	Alto
6. Comprometió la vida y se precisó intervención	Extremo	Extremo	Alto	Alto	Moderado
5. Causó daño permanente	Extremo	Extremo	Alto	Alto	Moderado
4. Causó daño temporal y precisó intervención	Alto	Alto	Alto	Moderado	Moderado
3. Causó daño temporal y precisó hospitalización	Alto	Alto	Alto	Moderado	Moderado
2. No causó daño, pero precisó monitorización	Moderado	Moderado	Moderado	Bajo	Bajo
1. Llegó al paciente, pero no le causó daño	Moderado	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo

• Investigación del incidente mediante un ACR

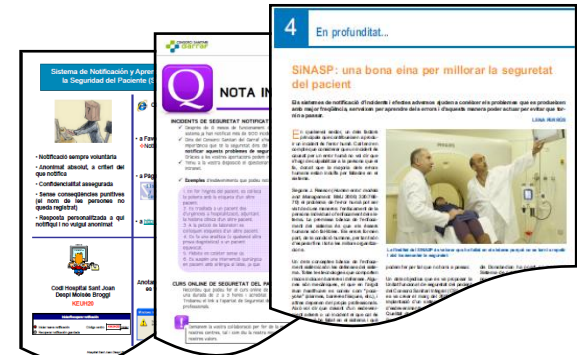
- Investigación mediante versión simplificada de ACR o método similar

o con datos agregados

Gestor del SINASP

Núcleo /
Comisión de
Seguridad

Dirección
del centro

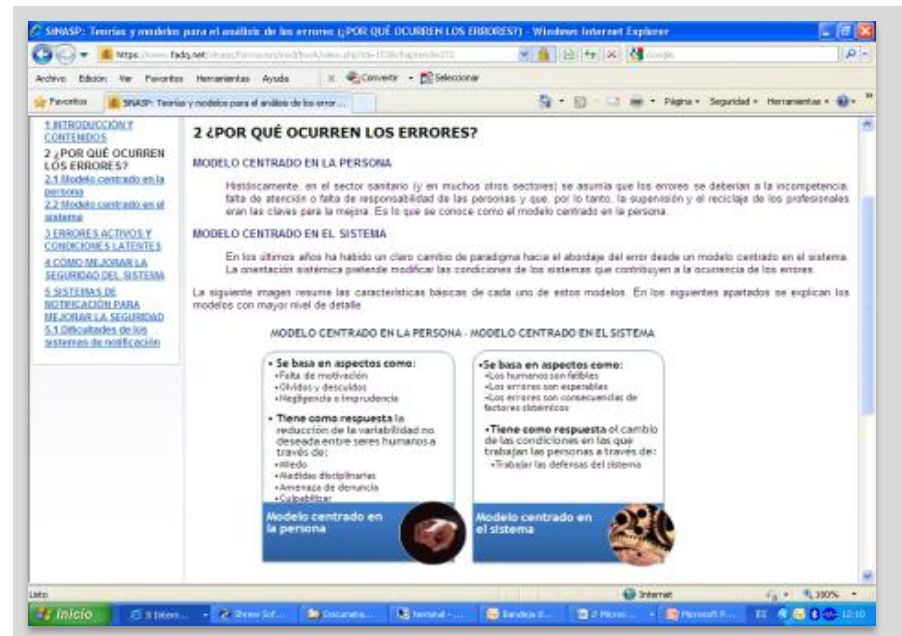


APLICACIÓN INFORMÁTICA SiNASP: Área pública

- Cuestionario de notificación
- Acceso al curso de formación on-line
- Análisis causa raíz con recomendaciones de mejora

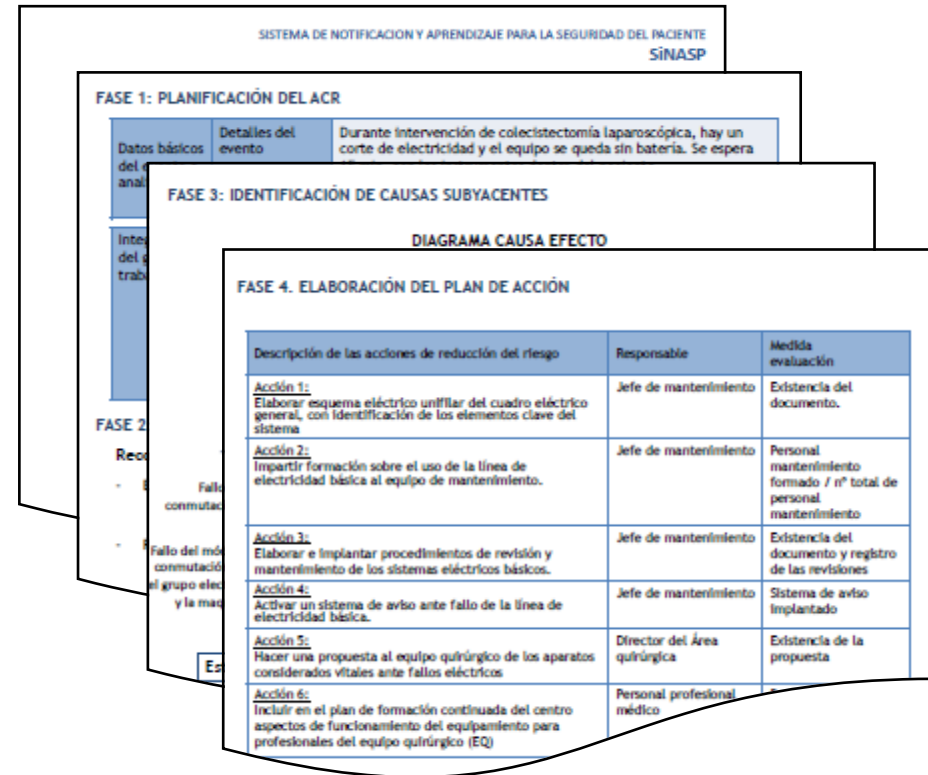
Curso de formación on-line sobre seguridad del paciente y SiNASP

- 4 créditos de formación continuada
- 21.529 alumnos (jun10 - oct11)
- Media de satisfacción: 4,13 (sobre 5)



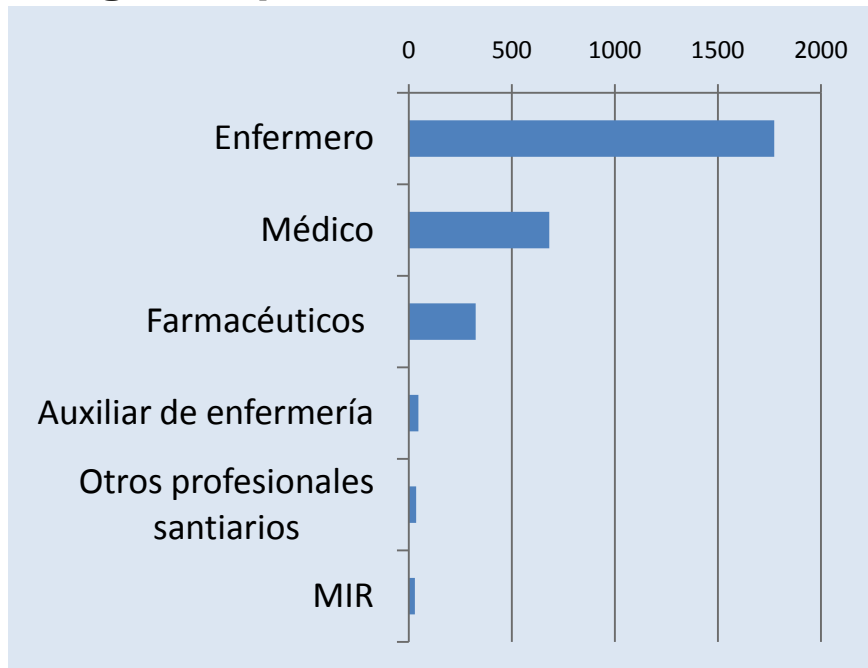
APLICACIÓN INFORMÁTICA SiNASP: Área pública

- Cuestionario de notificación
- Acceso al curso de formación on-line
- Análisis causa raíz con recomendaciones de mejora

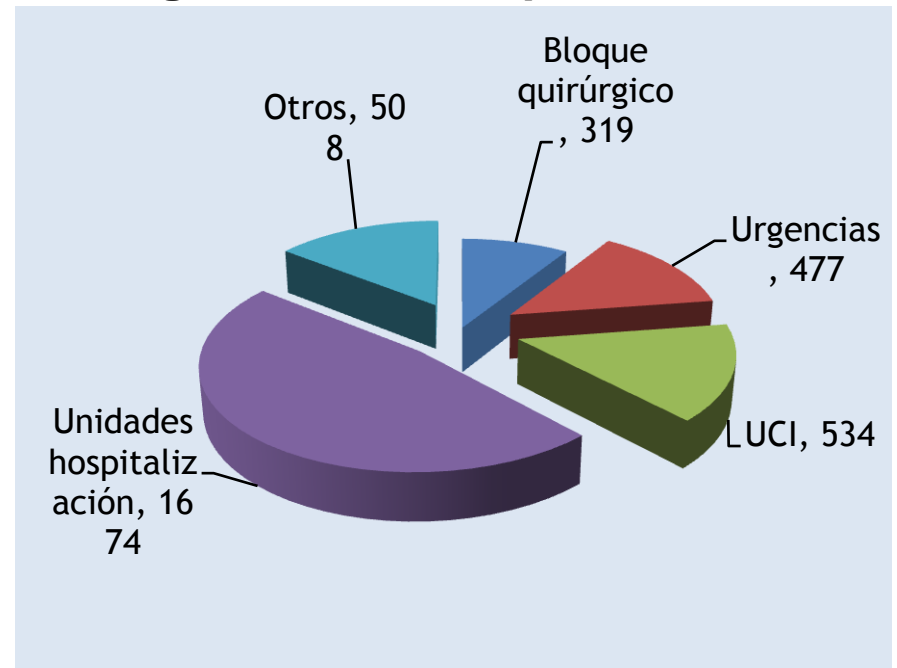


TIPO DE NOTIFICACIONES RECIBIDAS

Según la profesión del notificante



Según el área en que ocurrió el

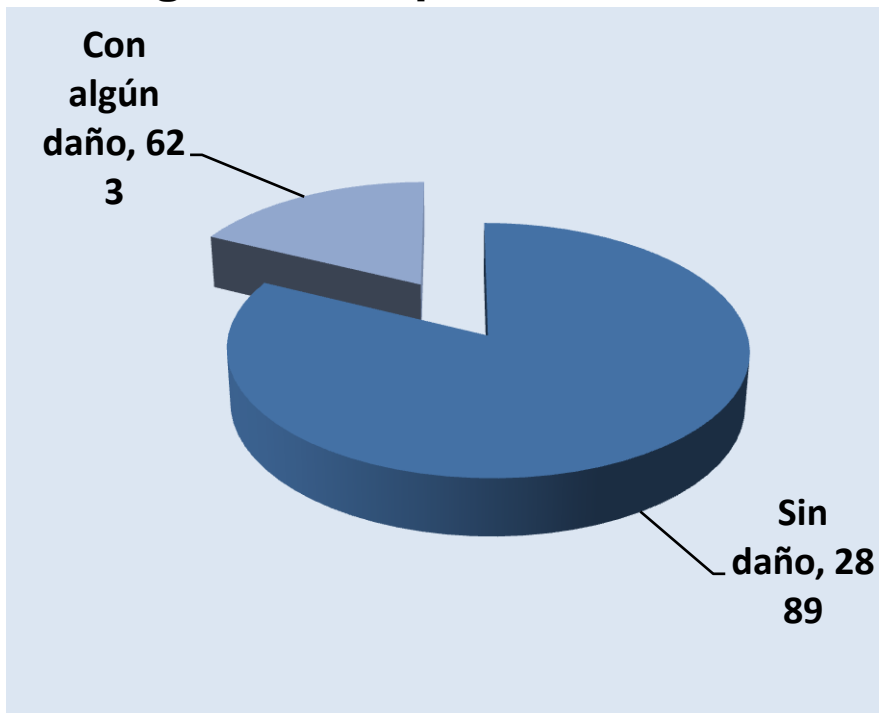


n=3.512

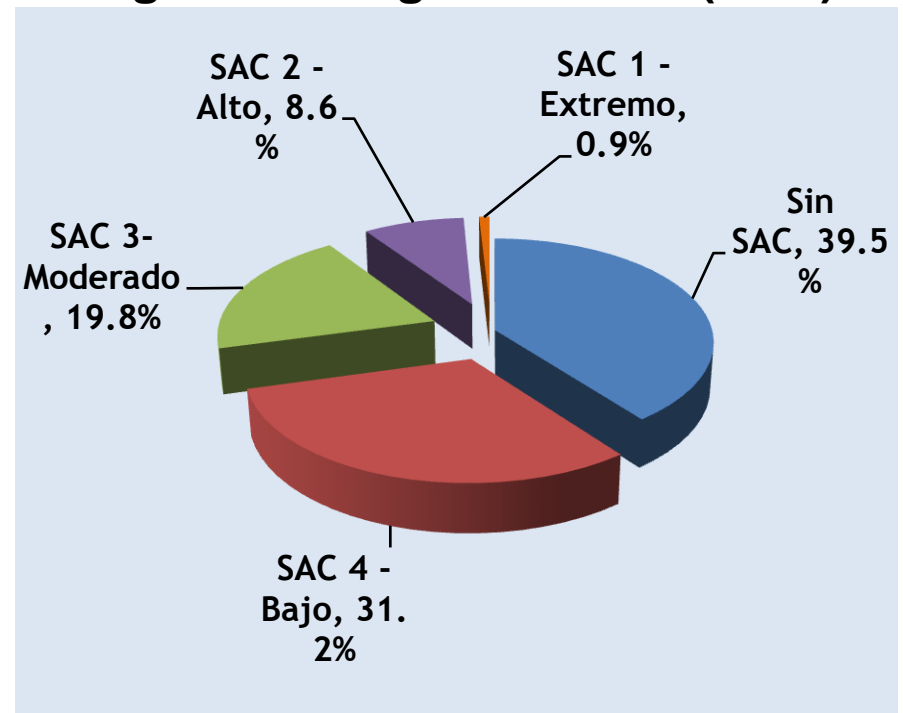
TIPO DE NOTIFICACIONES RECIBIDAS

Total notificaciones

Según si han producido daño



Según su riesgo asociado (SAC)



n=3.512

TIPO DE NOTIFICACIONES RECIBIDAS

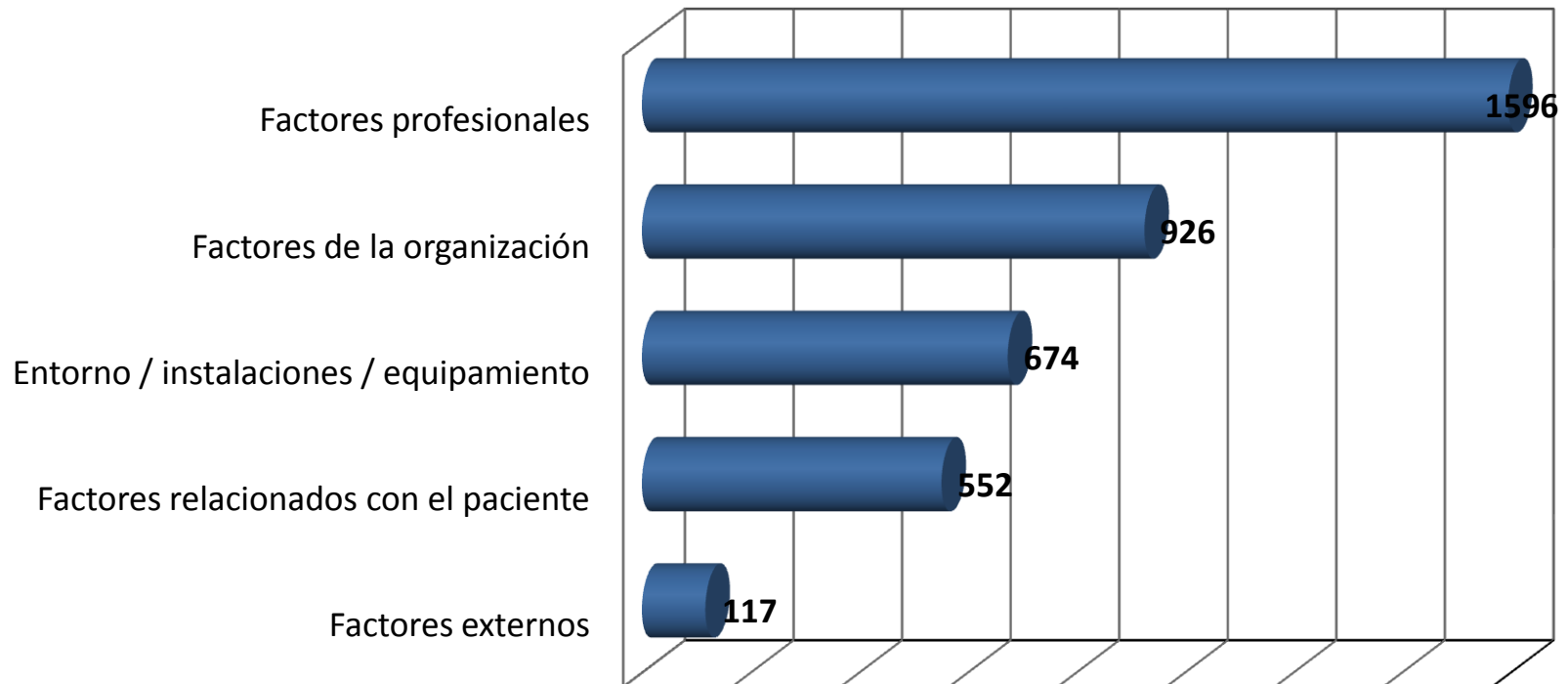
Tipo de incidente

Medicación	1214
Identificación	528
Caídas	440
Equipos / dispositivos	355
Procedimientos terapéuticos	279
Gestión organizativa - Recursos	286
Pruebas diagnósticas	219
Procedimientos quirúrgicos	194
Otros procedimientos administrativos	149
Transporte / traslados	125
Sangre y productos sanguíneos	125

(cada notificación puede estar relacionada con varios tipos de incidentes)

TIPO DE NOTIFICACIONES RECIBIDAS

Factores contribuyentes



(cada notificación puede estar relacionada con varios tipos de factores contribuyentes)

4.- Currículo formativo para la comunicación de los errores a los pacientes



Qué entendemos por Comunicación del error al paciente

- El reconocimiento de que se ha producido un error y su explicación de una forma abierta y sincera.
- La inclusión de una expresión de empatía.
- El mantener al paciente informado de la evolución de las consecuencias.
- La investigación de las causas que lo han provocado.

Comunicación del error al paciente y Seguridad del paciente

Informar a los pacientes cuando se produce un error o evento adverso significa:



Poner de manifiesto un problema de seguridad.




Avanzar en el conocimiento de las condiciones latentes que han intervenido.




Buscar los medios para evitar su repetición en condiciones similares.






La comunicación del error no es una acción simple que se pueda improvisar de una manera no planificada.



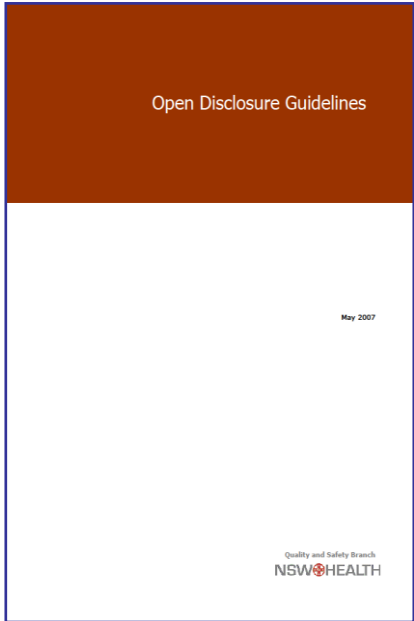
Al contrario, un número importante de factores intervienen en la comunicación efectiva del error.



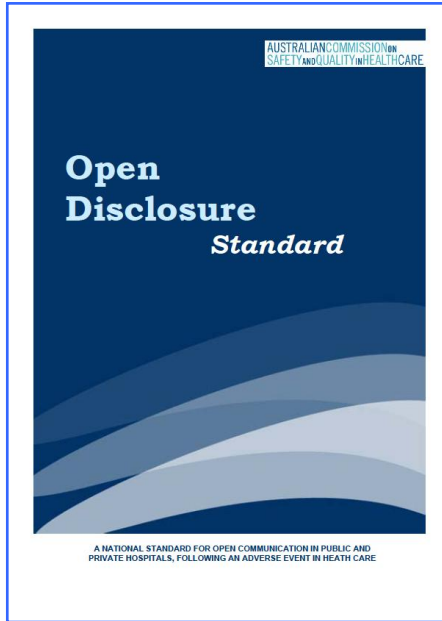
Conocer estos factores y saber utilizarlos adecuadamente juega un papel determinante en el bienestar del paciente y en la probabilidad de evitar sanciones legales.



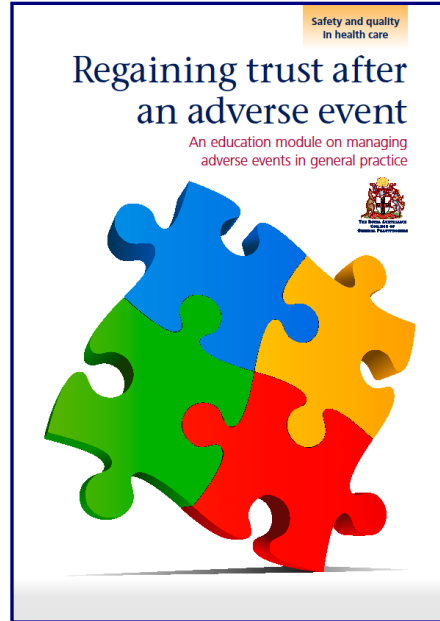
Experiències internacionals



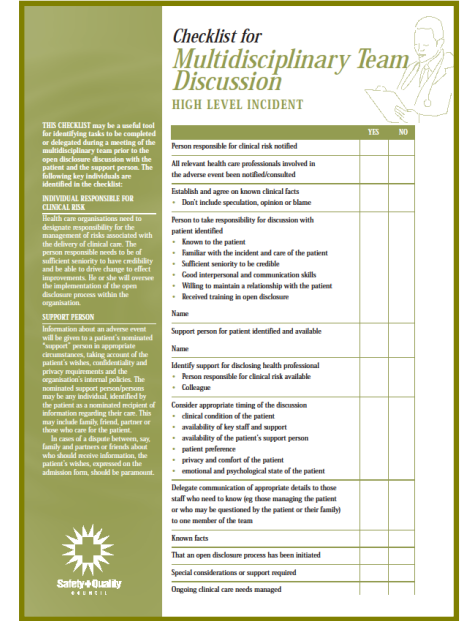
Australian Guidelines



Australian Standars



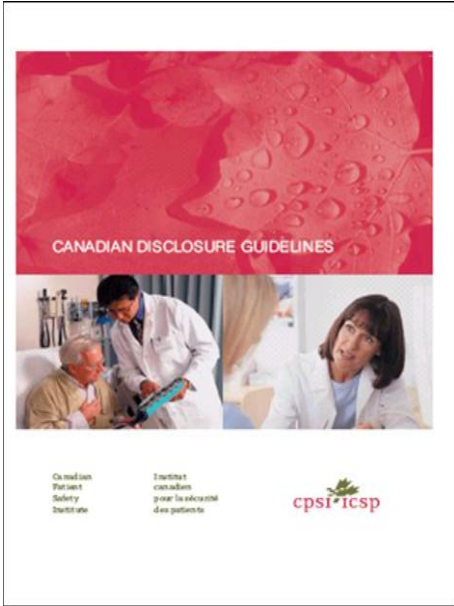
Australian Colegi de Metges



Australian Check-list



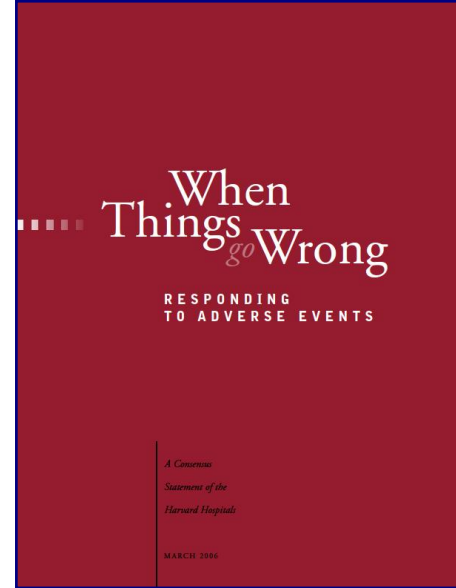
Experiències internacionals



Canadian
Guidelines



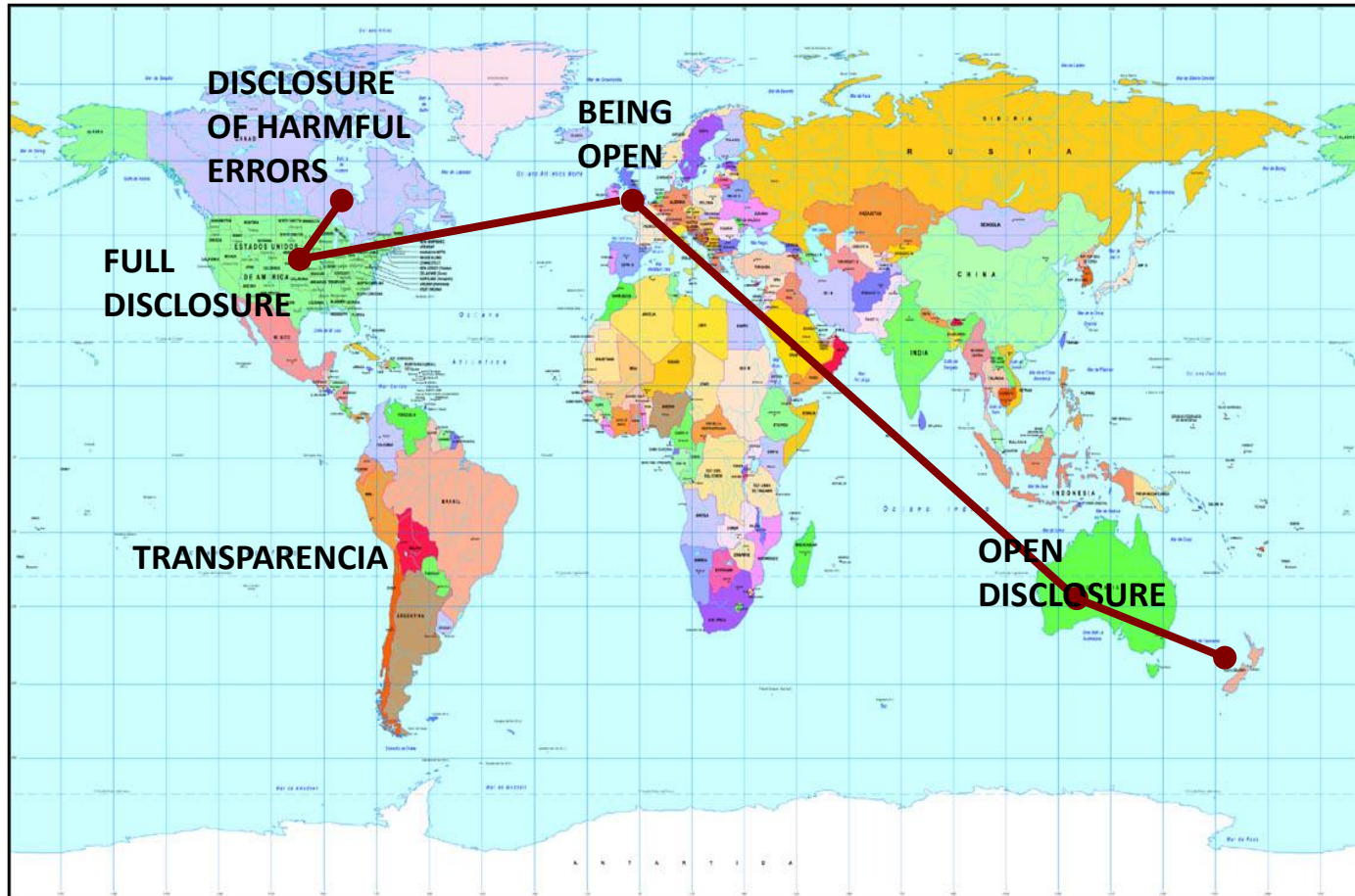
National Health
Service
Reino Unido



Massachusset
Guidelines



Dinamarca



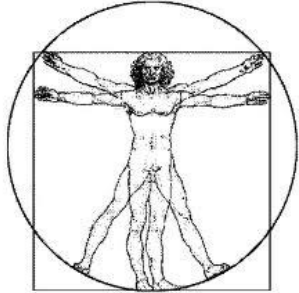


¿Porqué es importante la CEP?
Razones para comunicar

- Es lo que los pacientes quieren, la investigación ha demostrado que los pacientes quieren saber qué ha ocurrido.
- Es ética y moralmente lo correcto
- Un vehículo para recuperar la confianza del paciente

La comunicación del error al paciente permite:

- ➔ **Aumentar la confianza de los pacientes con el sistema sanitario.**
- ➔ **Facilitar a los pacientes la implicación en su atención.**
- ➔ **Mejorar la cultura de la seguridad del paciente mediante sistemas de aprendizaje.**



Aspectos Éticos

Algunas Organizaciones y Asociaciones incluyen la comunicación al paciente del evento adverso en sus códigos éticos

En el código ético de la Asociación Médica Canadiense figura el siguiente punto: “Tomar todas las medidas necesarias para evitar el daño al paciente y si este se produce, comunicárselo”



Aspectos Legales

Considerando los principales factores que conducen al litigio, Thomas Gallagher destaca en primer lugar la percepción del paciente o de sus familiares en cuanto a:

- Que el profesional sanitario no ha sido sincero
- Que no le escucha
- Que hay dificultad para obtener información del equipo

Aspectos Legales



**¿Desvelar el error me
puede llevar al litigio?**



**¿Hay menos litigios cuando se
desvela el error?**

Las denuncias pueden disminuir si los pacientes ven que los profesionales son honestos y saben reconocer los errores.

Aspectos Legales

La experiencia indica que hay menos denuncias cuando se comunica el error al paciente.

En los 90 la “Veteran’s Administration” de EEUU, puso en marcha un plan: defender una postura humanista ante los que han sido dañados en lugar de responder frente al paciente de una manera defensiva como si fuera un adversario.



Mas tarde, el hospital decidió la obligatoriedad de desvelar los detalles de las investigaciones a los pacientes y familiares afectados por los errores o negligencias.

Diez años mas tarde, la practica de la disculpa ante los errores dio como resultado un descenso en las reclamaciones y litigios.



COMUNICACIÓN DEL
ERROR





Qué se ha de informar

**UN ERROR QUE CAUSE DAÑO AL PACIENTE,
HA DE COMUNICARSE**

Apoyo a los profesionales

La base del apoyo que se puede dar a los profesionales comienza con la formación en la comunicación del error al paciente



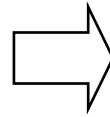
VISIÓN COMPARTIDA

LA COMUNICACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS/ERRORES COMO UN DERECHO DE LOS PACIENTES



Nuevos paradigmas de la atención sanitaria

- El incremento de la complejidad ha sido exponencial
- Se ha producido una necesaria fragmentación entre diferentes profesionales y niveles asistenciales



La probabilidad de aparición de errores i de problemas de seguridad ha aumentado

PRINCIPIOS ÉTICOS Y SEGURIDAD CLÍNICA

PRINCIPIOS ÉTICOS

NO MALEFICENCIA

BENEFICENCIA

AUTONOMÍA

JUSTICIA

SEGURIDAD CLÍNICA

- **Prevención del daño evitable**
- **Minimizar los daños no evitables**
- **Ayudar a la toma de decisiones responsable en procesos de riesgo**
- **Comunicación de errores**
- **No culpabilización**
- **Búsqueda de las causas raíz y de las condiciones latentes**

El territorio común entre la ética, la atención sanitaria y el movimiento e la seguridad es que los tres buscan la MEJORA DE LOS RESULTADOS DE SALUD

Cultura de seguridad

