

**XXXI Congreso Nacional
de la Sociedad Española
de Medicina Interna**

OVIEDO
17-20 Noviembre 2010

Auditorio-Palacio de Congresos
"Príncipe Felipe"

**II Congreso Ibérico de
Medicina Interna**

**VII Congreso de la Sociedad
Asturiana de Medicina Interna**

TALLER DE SEGURIDAD CLÍNICA

MAGNITUD DEL PROBLEMA Y SUS CAUSAS

Oviedo, 17 de noviembre, 2010



Dimensiones de la Calidad Asistencial

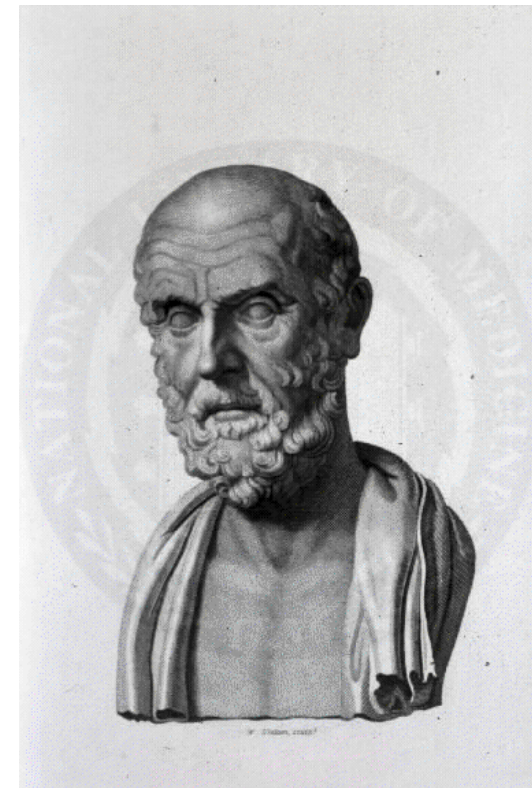
- Accesibilidad
- Agilidad
- Comunicación
- Calidad relacional
- Información
- Confort
- Trato
- Utilidad
- **Seguridad**
- Adecuación
- Centrada en necesidades
- Momento adecuado
- Efectividad
- Eficiencia
- Homogeneidad
- Continuidad
- Orientada al paciente
- ... / ...



Seguridad Clínica

Juramento hipocrático

Primum non nocere





Seguridad Clínica

Concepto de suceso adverso

- **Sucesos adversos:** conjunto de eventos adversos e incidentes
- **Evento adverso:** lesión relacionada con la asistencia sanitaria, más que con las complicaciones de la enfermedad del paciente, que prolonga la estancia hospitalaria, precisa de procedimientos diagnósticos o terapéuticos adicionales, con secuelas al alta o que está relacionado con el fallecimiento del paciente.
- **Incidente:** suceso susceptible de provocar daño o complicación en otras circunstancias o que pudieran favorecer la aparición de un evento adverso



Seguridad Clínica

¿De que hablamos?

- Infecciones hospitalarias
- Úlceras por presión
- Complicaciones anestésicas
- Caídas
- Errores y retrasos diagnósticos
- Cirugía inadecuada
- Dehiscencias de sutura
- Cirugía en lugar erróneo
- Hemorragias y hematomas postoperatorios
- Cuerpos extraños
- Errores de medicación
- Prescripción errónea
- Trauma obstétrico
- Confusión de historias y documentos clínicos
- Sobreutilización de medicamentos
- Variaciones injustificadas
- Reingresos
- Exitus
- Litigios y reclamaciones
- .../...



Seguridad Clínica

La realidad asistencial: el denominador

- En España se producen al año:
 - 5 millones de altas hospitalarias
 - 43 millones de estancias
 - 4 millones de intervenciones quirúrgicas (25% sin ingreso)
 - 500.000 partos
 - 24 millones de urgencias
 - 72 millones de consultas médicas Atención Especializada
 - 300 millones de consultas en Atención Primaria
- y desarrollan su actividad profesional:
 - 194.668 médicos
 - 225.954 diplomados de enfermería
 - 57.954 farmacéuticos

<http://www.msc.es/estasEstudios/estadisticas/docs/>
<http://www.semfc.es/es/noticias/>



Seguridad Clínica

Hechos

- Estos acontecimientos suceden de **forma reiterada**. En los mejores hospitales y a los mejores profesionales
- Unos son esporádicos de inusitada gravedad y trascendencia, pero otros son **cotidianos con graves repercusiones** para los pacientes
- La organización no tiene definido un proceso de **aprendizaje y prevención**.
- Hay que destinar **mucho esfuerzo** y dedicación para prevenir acontecimientos poco frecuentes, pero de consecuencias devastadoras para los pacientes, profesionales y organización.
- Se pueden conseguir **grandes resultados con pocos recursos**, trabajando con las personas y la forma en que desarrollamos nuestro trabajo. Son los más difíciles de lograr. Hay que **cambiar la cultura** de todos los trabajadores de la sanidad.
- La aproximación para su estudio y prevención deberá ser desde la **mejora de la calidad y rediseño de procesos**.
- Únicamente con nuestra **participación y colaboración** podremos mejorar la seguridad de nuestros centros



Seguridad Clínica

Principales cambios en la atención sanitaria

“La medicina solía ser simple, poco efectiva y relativamente segura. Hoy en día es compleja, muy efectiva y potencialmente peligrosa para los pacientes.”



Cyril Chantler

Lancet 1999; 353:1178-81

Cyril Chantler was Dean of the Guy's, King's College and St Thomas' Hospitals' Medical and Dental School, where he was the Children Nationwide Medical Research Fund Professor of Paediatric Nephrology until his retirement in 2000. He was a consultant to Guy's Hospital (1972 – 2000). Previously, he was Principal of the United Medical and Dental School of Guy's and St Thomas's Hospitals (1992 – 1998) and General Manager of Guy's Hospital (1985-1988). He was Chairman of Great Ormond Street Hospital for Children (2001 to 2008) and of the Clinical Advisory Group for NHS London 2007/2008.



Seguridad Clínica

Principales cambios en la atención sanitaria

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



Seguridad Clínica

- **Evento adverso prevenible**: Una lesión (o complicación) resultado de un error o fallo de sistema. Aunque haya acuerdo en que los errores individuales son el resultado final de fallos de sistema, los pacientes y familiares los perciben como sucesos con responsabilidad personal.
- **Evento adverso no prevenible**: Una lesión (o complicación) no relacionada con un error ni fallo de sistema y no siempre evitable en el estado actual del conocimiento científico.



Seguridad Clínica

Concepto de casi error – *Near Miss*

Categoría mal definida que incluye:

- Caso en el que el accidente ha sido evitado por poco.
- Cualquier situación en la que una sucesión continuada de efectos fue detenida evitando la aparición de potenciales consecuencias.
- Hecho que estuvo a punto de ocurrir.
- Suceso que en otras circunstancias podría haber tenido graves consecuencias.
- Acontecimiento peligroso que no ha producido daños personales, pero sí materiales y que sirve de aviso de posibles sucesos.



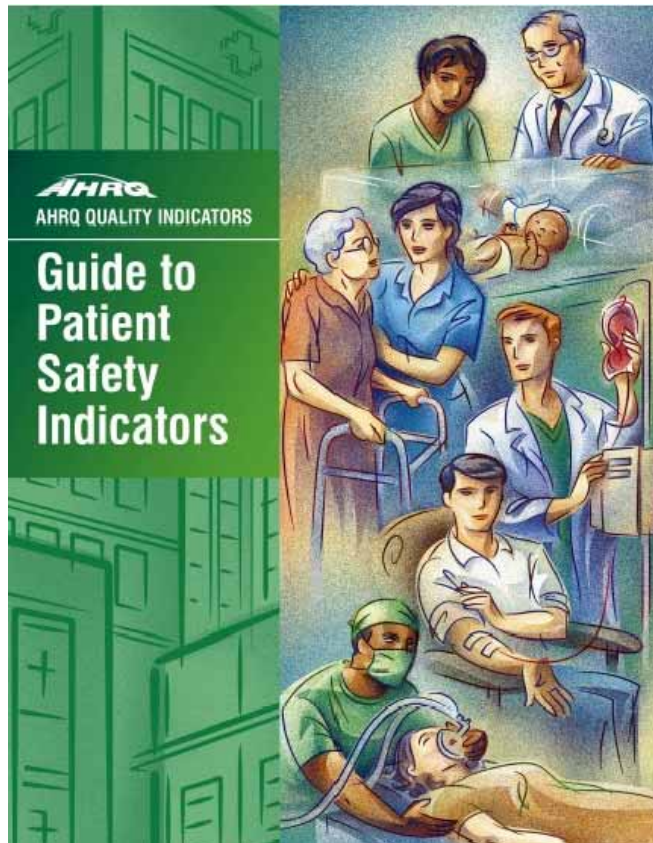
Seguridad Clínica

¿Por qué es una prioridad?

- Es un problema frecuente con tendencia creciente
- Gran impacto económico, sanitario y social
- Preocupa a profesionales, instituciones y ciudadanos
- **Prevenible** en un alto porcentaje: evidencia sobre el impacto y efectividad de medidas y prácticas seguras

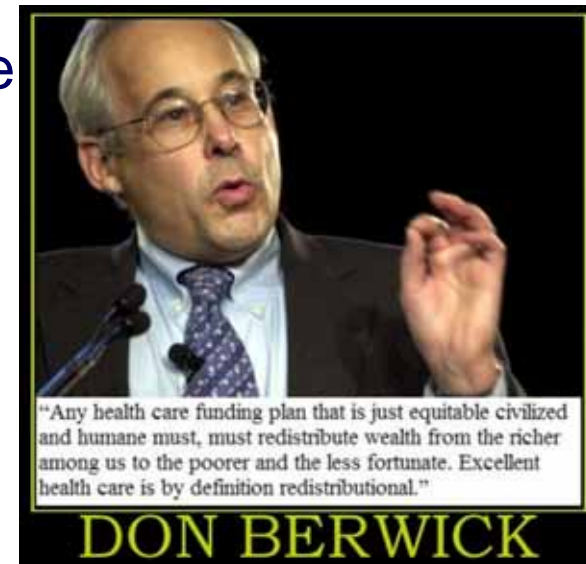


Seguridad Clínica

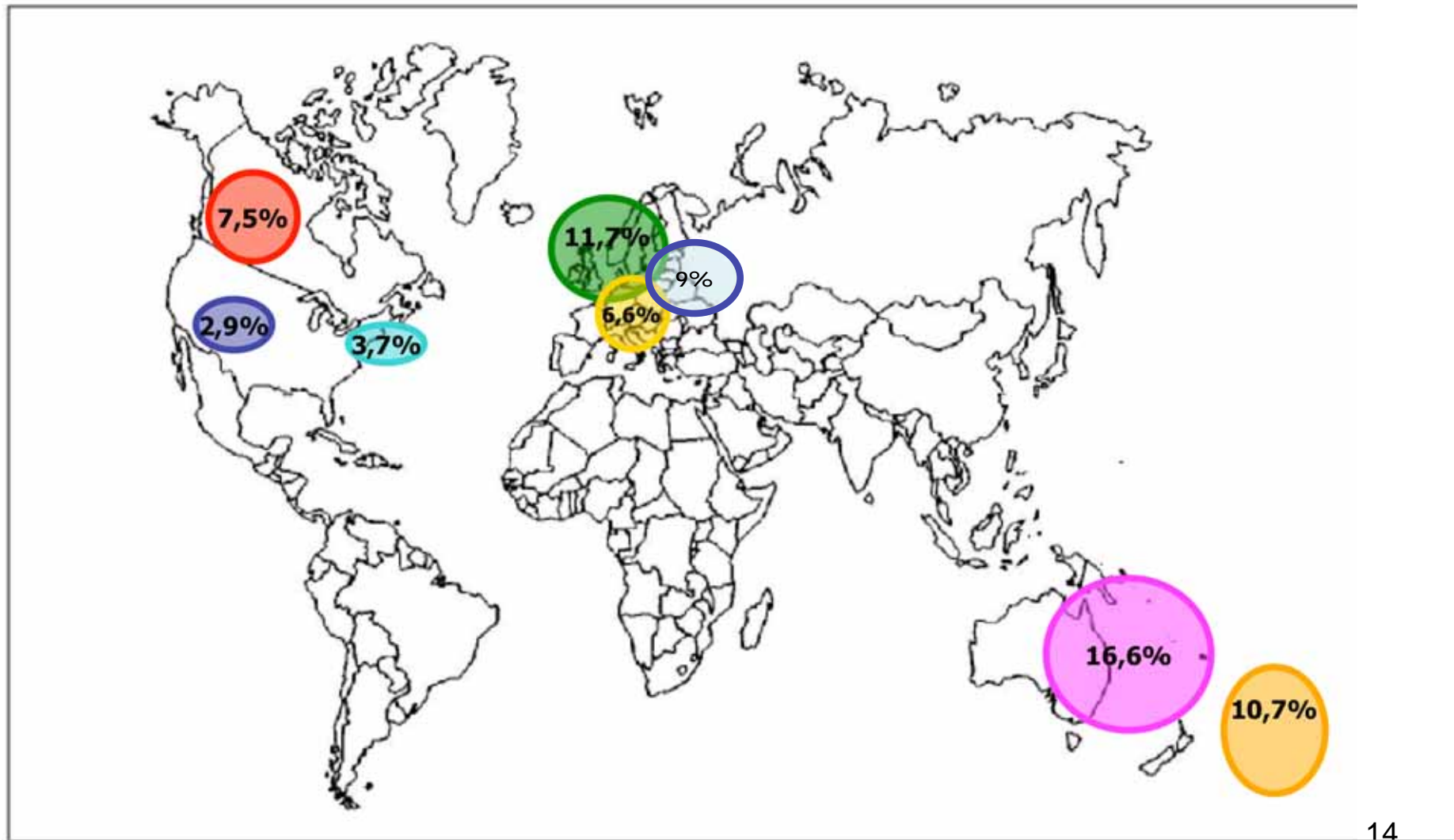


Donald Berwick:

“Un sistema está perfectamente diseñado para obtener los resultados que

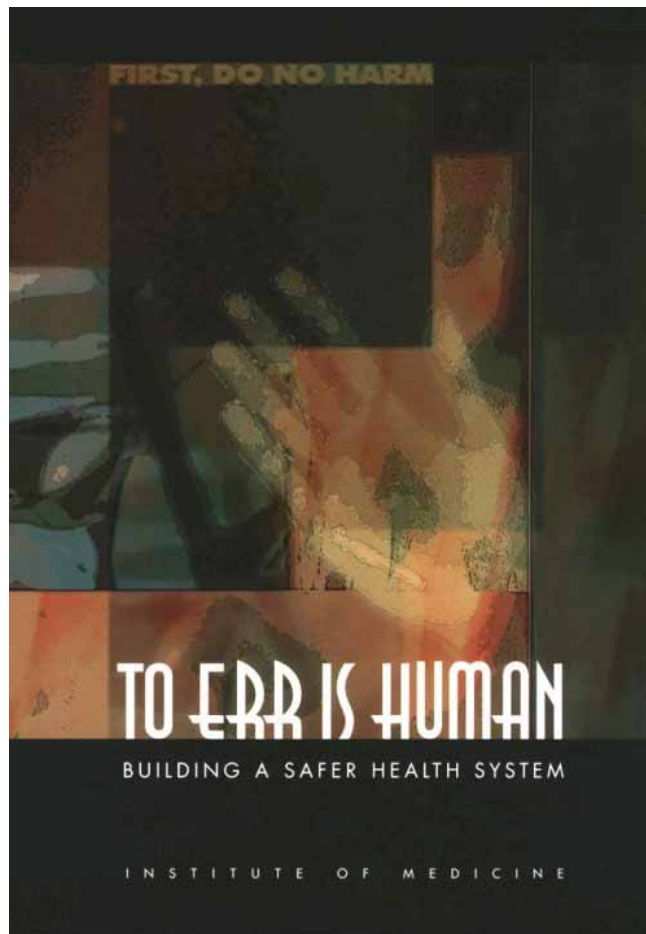


Magnitud del problema

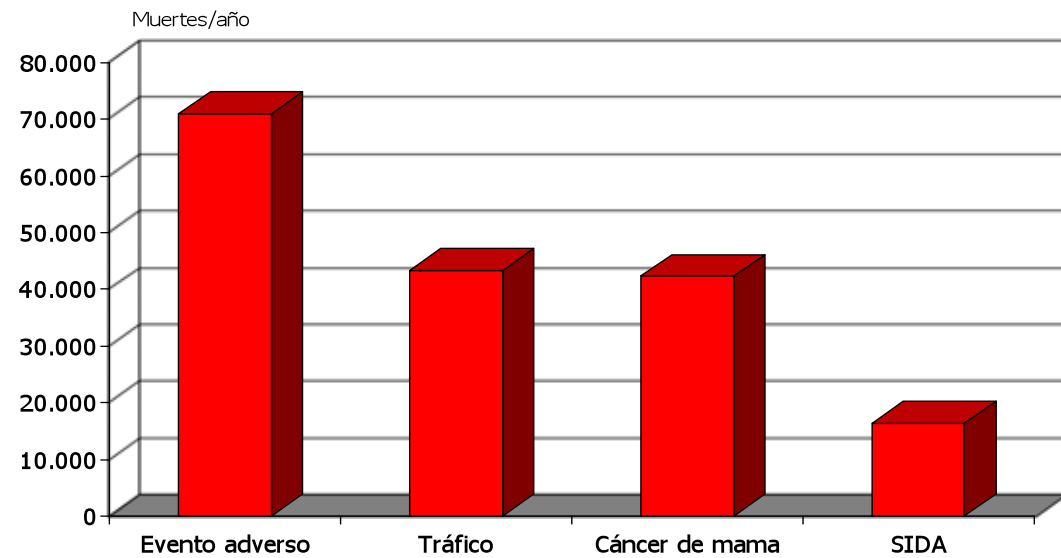




Magnitud del problema

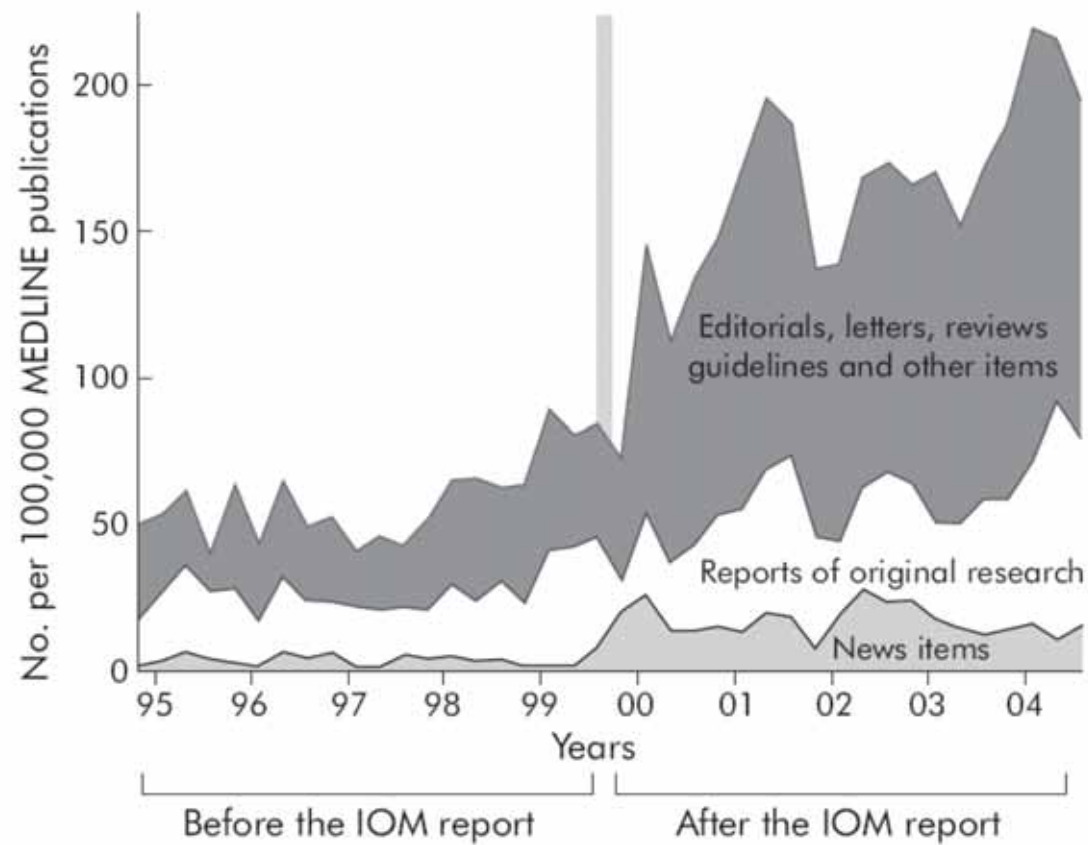


✓ 98.000 muertes anuales EEUU





Magnitud del problema



Patient safety publications in Medline. In *Stelfox HT et al. Qual Saf Health Care 2006;15;174-178*



Seguridad Clínica



British Medical Journal, 18 Mar 2000.

Special theme issue:

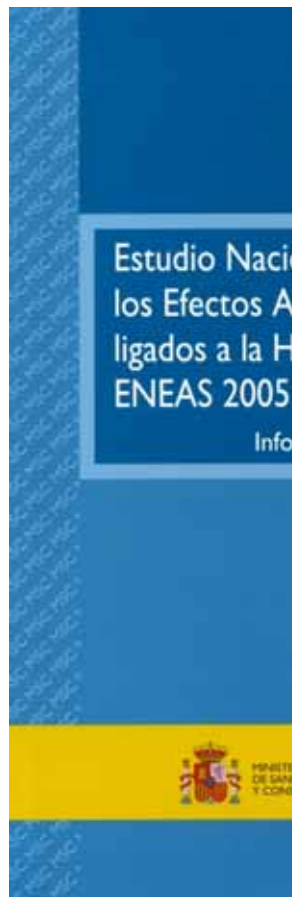
Reducing error. Improving safety.

<http://www.bmj.com/content/vol320/>



XXXI Congreso Nacional
de la Sociedad Española
de Medicina Interna

II Congreso Ibérico de
Medicina Interna

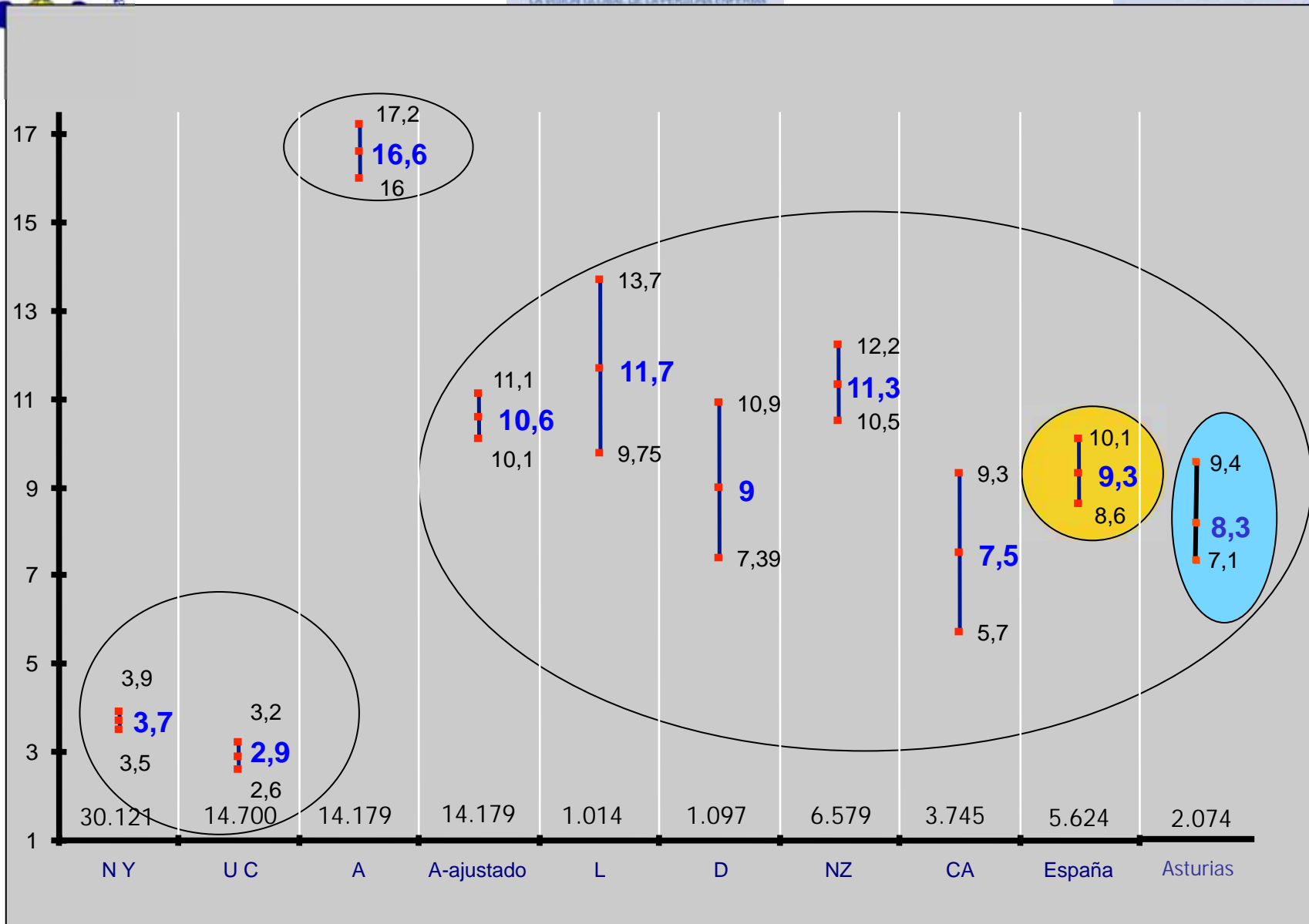


adversos (IC 8,6 – 10,1%)

en Urgencias

en el diagnóstico

en el tratamiento



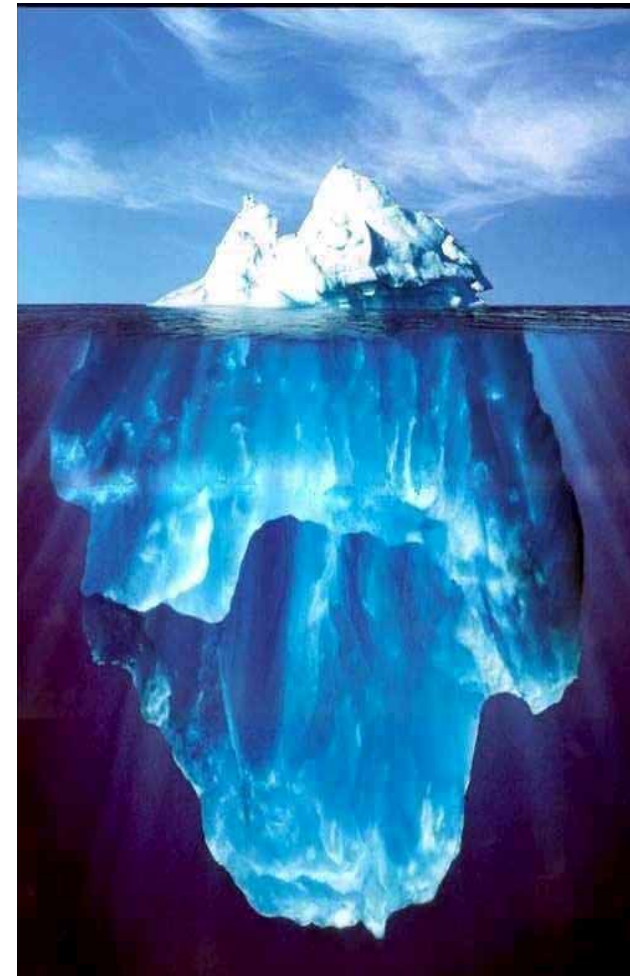


Seguridad Clínica

Alcance del problema

Infraestimación

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 los errores documentados en la HC



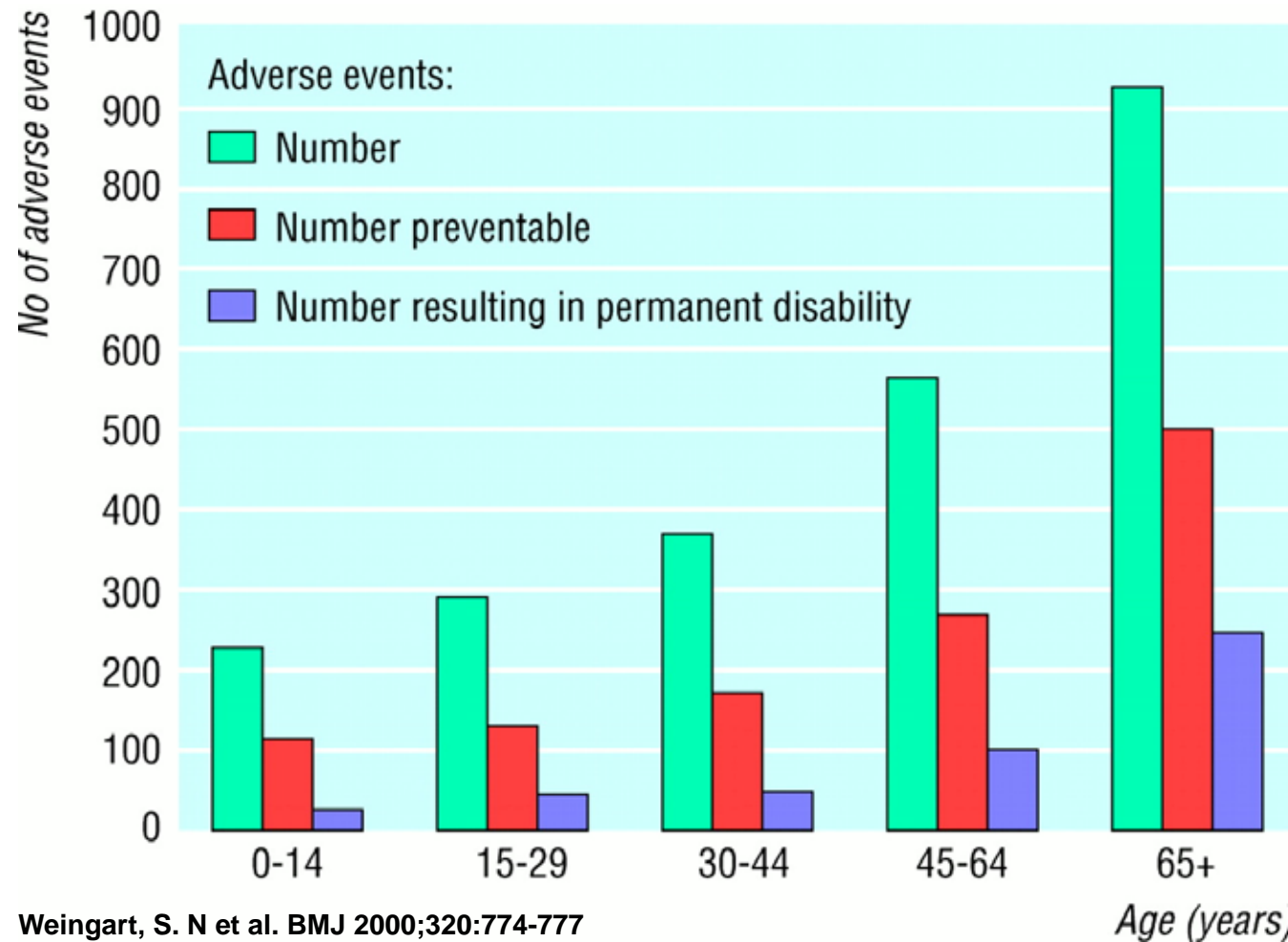


XXXI Congreso Nacional
de la Sociedad Española
de Medicina Interna

II Congreso Ibérico de
Medicina Interna

Seguridad Clínica

Alcance del problema





Seguridad Clínica

Joint Commission – Sucesos centinela

	Número casos	%
Suicidios	415	14,00%
Complicación quirúrgica	365	12,30%
Cirugía en sitio erróneo	370	12,50%
Error de medicación	326	11,00%
Retraso en el tratamiento	221	7,50%
Muerte/ lesión por inmovilización	124	4,20%
Caídas	144	4,90%
Asalto/ violación/ homicidio	107	3,60%
Error por transfusión	85	2,90%
Muerte perinatal / pérdida de funciones	84	2,80%

*Diciembre 31, 2004

Total: 2.966 casos revisados



XXXI Congreso Nacional
de la Sociedad Española
de Medicina Interna

II Congreso Ibérico de
Medicina Interna

Seguridad Clínica

Dirección  <http://www.who.int/patientsafety/en/>

عربي | 中文 | English | Français | Русский | Español

 World Health Organization

All WHO
 This site only

Home	Patient safety
About WHO	Events Links Contact us
Countries	WHO > WHO sites
Health topics	Patient safety
Publications	
Research tools	
WHO sites	
Patient safety	
World alliance	
Global challenge	
Patients for patient safety	
Taxonomy	
Research	
Solutions	
Reporting and learning	
Technical activities	
Information centre	
Journals library	

The ever increasing incidence of adverse events in health care has led to the emergence of an international drive to create a "culture of safety". The fifty-fifth World Health Assembly in 2002 adopted a resolution urging countries to pay the closest possible attention to the problem of patient safety, and strengthen safety and monitoring systems. The resolution requested WHO to take a lead in building global norms and standards and supporting country efforts in developing patient safety policies and practice.

Since then, there has been a tremendous response from countries and agencies around the world. Many patient safety initiatives have been established within national health systems and many more have contacted WHO for technical assistance.

Reducing accidents and the risk of error in health care requires a

Technical experts worldwide

This is a restricted access area for the Alliance technical experts.
[Access here](#)

PATIENT SAFETY NEWS

United Kingdom

19 July 2005

Hospital patient safety warning

[Full text](#)

Singapore

7 June 2005

New safety reporting requirements for registered medicinal products

[More information](#)

United States of America

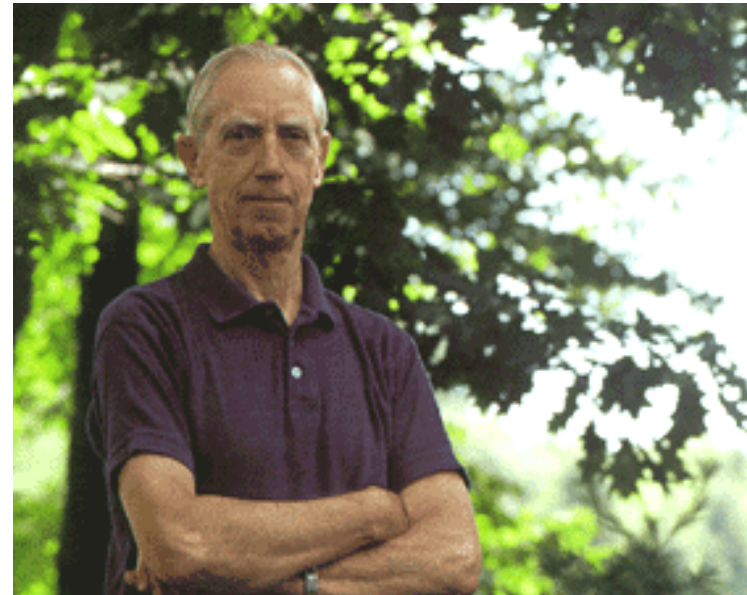
6 June 2005

Removing Insult from Injury: Disclosing Adverse Events



Seguridad Clínica

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



Lucian L. Leape

Seguridad Clínica

Factors Affecting Medication Errors

Human Error



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



Seguridad Clínica

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





Seguridad Clínica

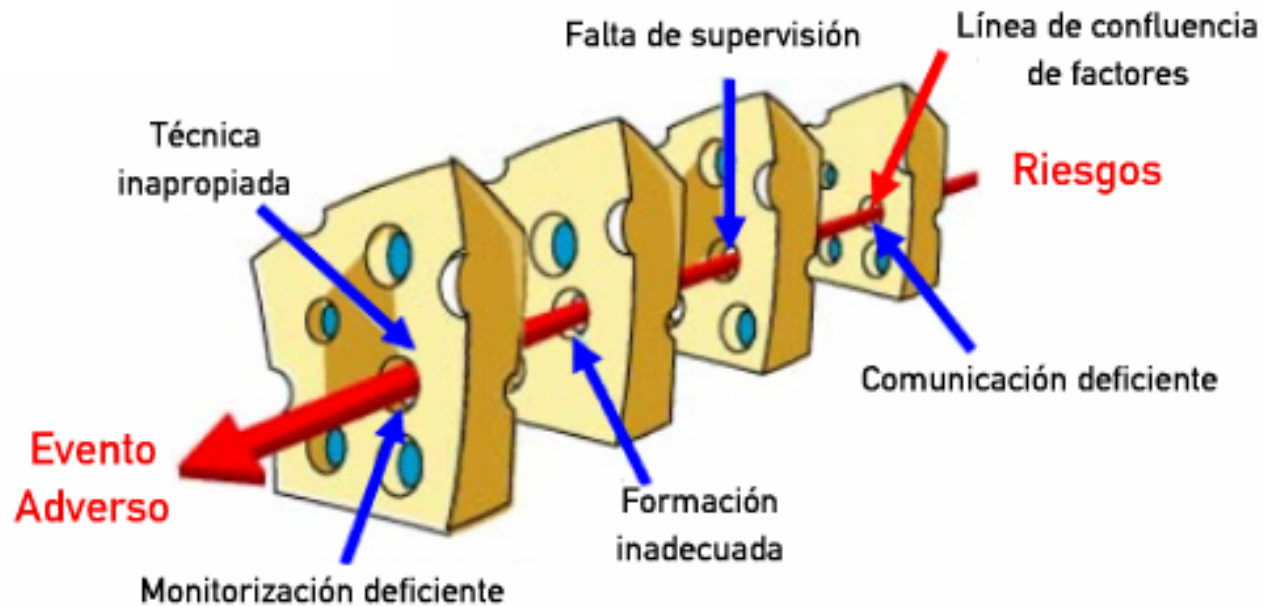
Modelo centrado en el sistema

- **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



Seguridad Clínica

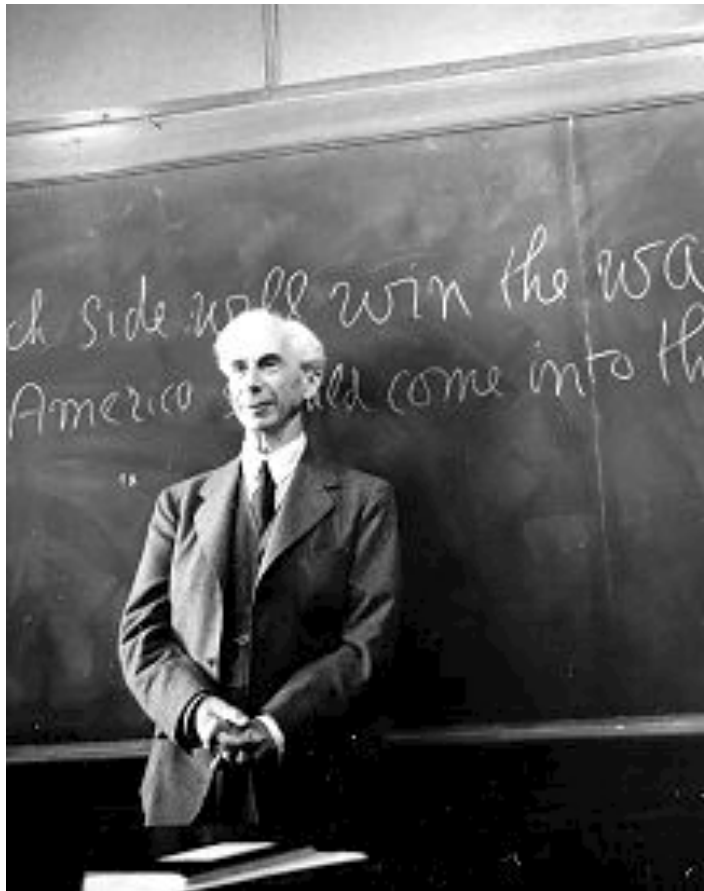
Modelo centrado en el sistema



J. Reason (2000)
Human error: models and management



Seguridad Clínica



¿Para qué repetir los errores antiguos habiendo tantos errores nuevos para cometer?

Bertrand Russell (1872-1970),
Filósofo, matemático y escritor británico.



Seguridad Clínica

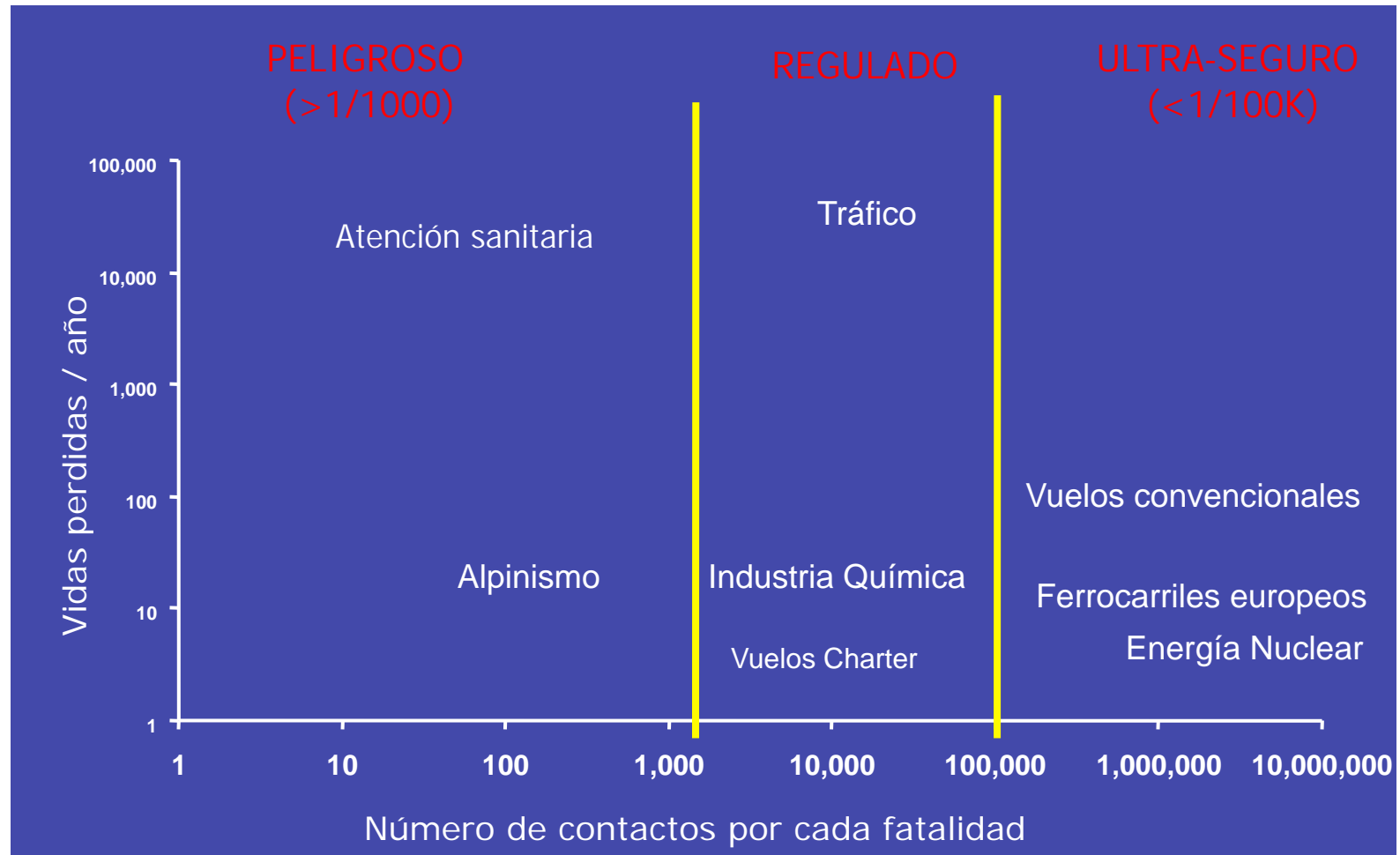


“To err is human, to cover up is unforgivable and to fail to learn is inexcusable.”

“Errar es humano, encubrir es imperdonable y no aprender inexcusable.”

*- Sir Liam Donaldson, Chair
World Alliance for Patient Safety*

¿Cuan peligrosa es la atención sanitaria?



Lucian Leape, 2001



Seguridad Clínica

“Hay algunos pacientes a los que no podemos ayudar, pero ninguno al que no podamos dañar”

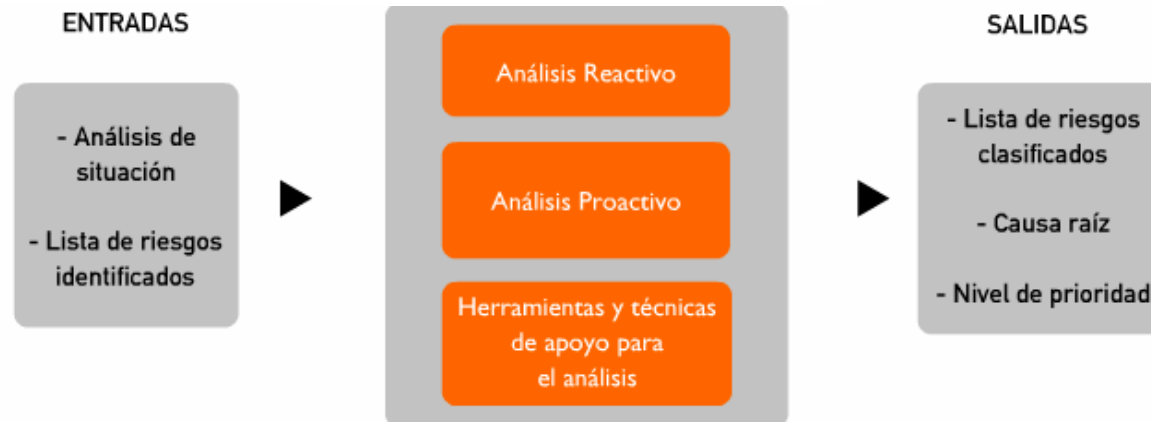


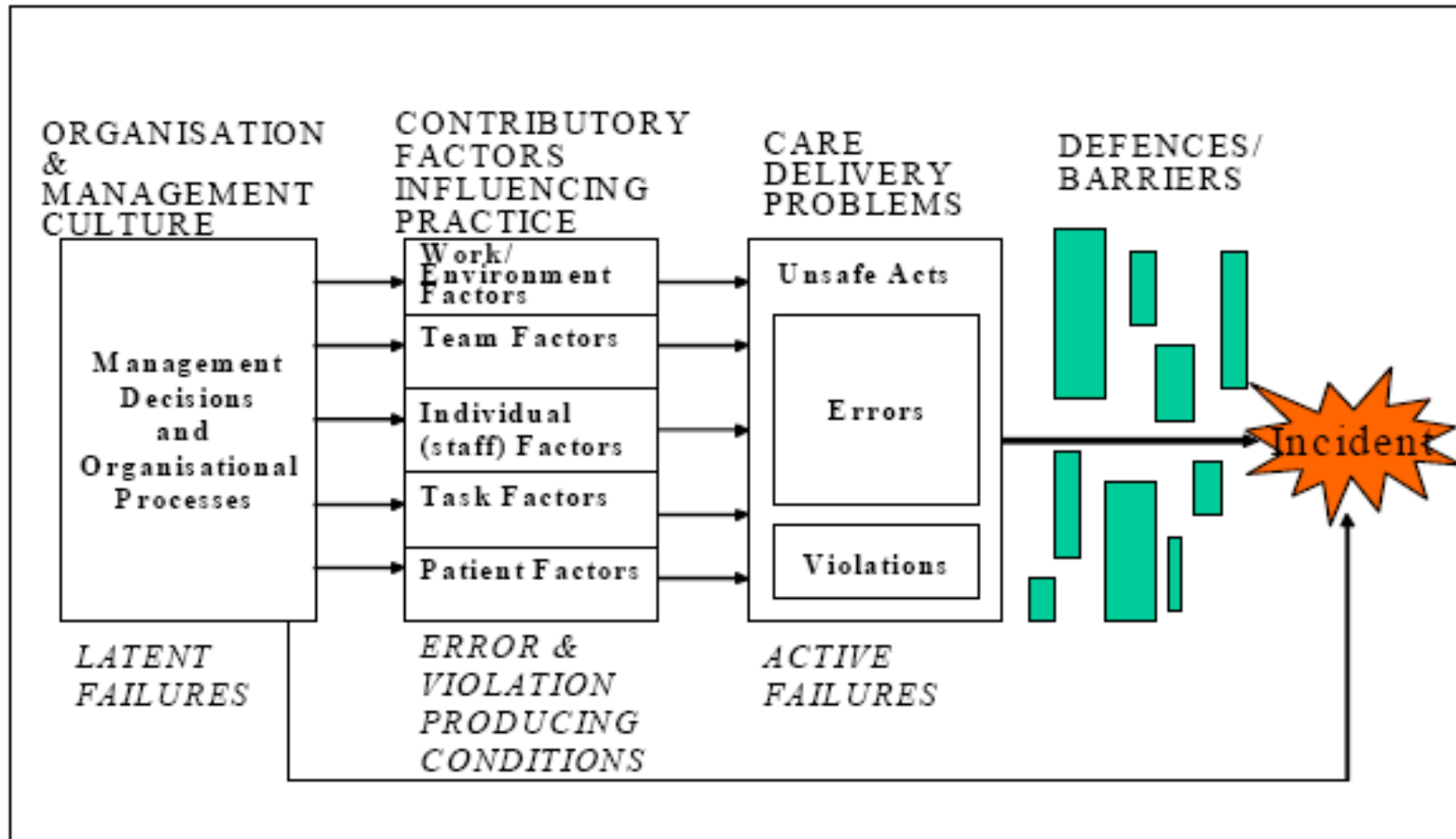
Arthur Bloomfield (1888-1962),
Jefe del Departamento de Medicina Interna,
Universidad de Stanford



XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna
II Congreso Ibérico de Medicina Interna

GESTIÓN DE RIESGOS Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:





Taylor Adams S, Vincent C. Systems Analysis of Clinical Incidents. The London Protocol. Imperial College London. Vincent C, et al. How to investigate and analyze clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management protocol. BMJ 2000; 320(7237):777-81.



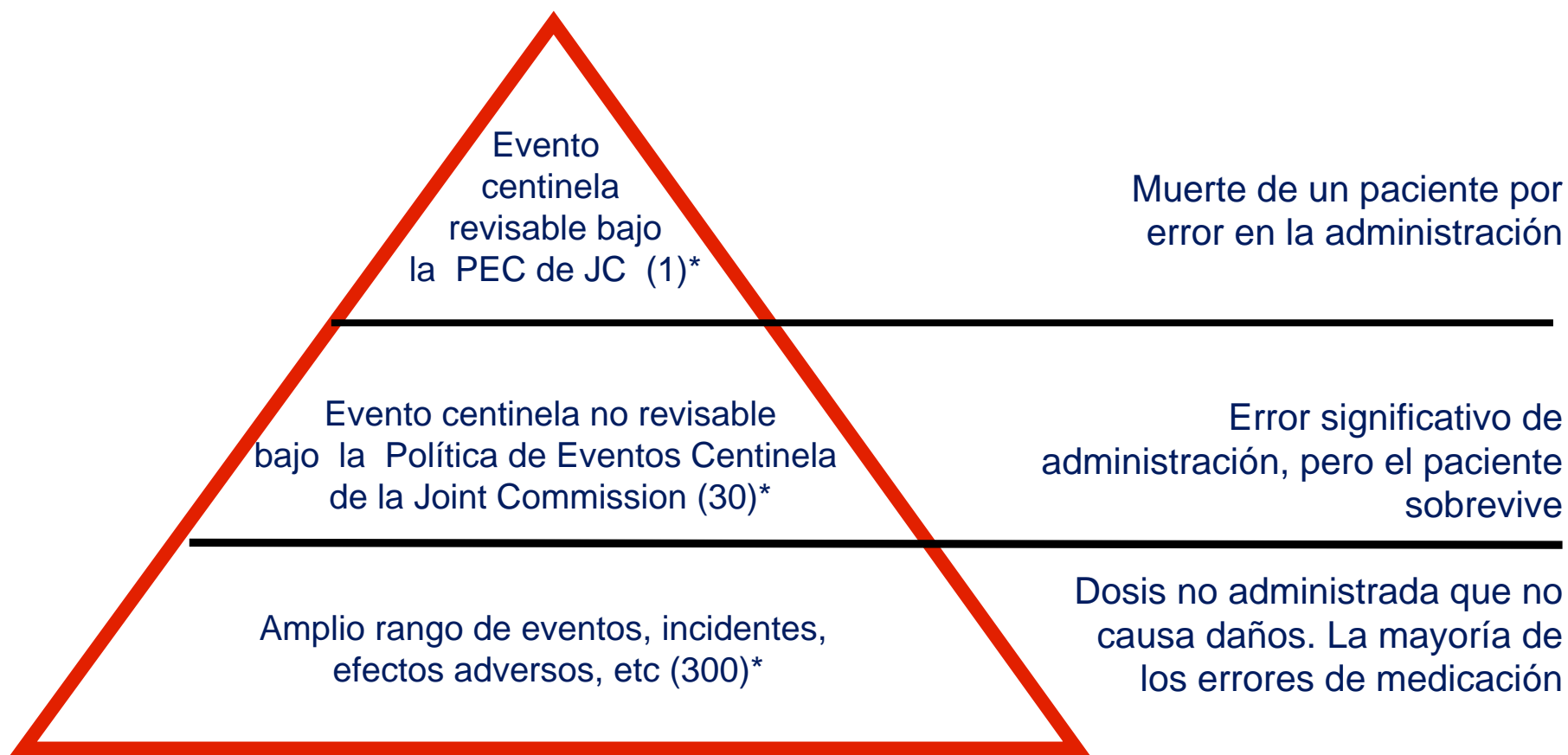
FACTOR TYPES	CONTRIBUTORY INFLUENCING FACTOR
Patient Factors	Condition (complexity & seriousness) Language and communication Personality and social factors
Task and Technology Factors	Task design and clarity of structure Availability and use of protocols Availability and accuracy of test results Decision-making aids
Individual (staff) Factors	Knowledge and skills Competence Physical and mental health
Team Factors	Verbal communication Written communication Supervision and seeking help Team structure (congruence, consistency, leadership, etc)
Work Environmental Factors	Staffing levels and skills mix Workload and shift patterns Design, availability and maintenance of equipment Administrative and managerial support Environment Physical
Organisational & Management Factors	Financial resources & constraints Organisational structure Policy, standards and goals Safety culture and priorities
Institutional Context Factors	Economic and regulatory context National health service executive Links with external organisations

Taylor Adams S, Vincent C. Systems Analysis of Clinical Incidents. The London Protocol. Imperial College London.
 Vincent C , et al. How to investigate and analyze clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management protocol. BMJ 2000; 320(7237):777-81.



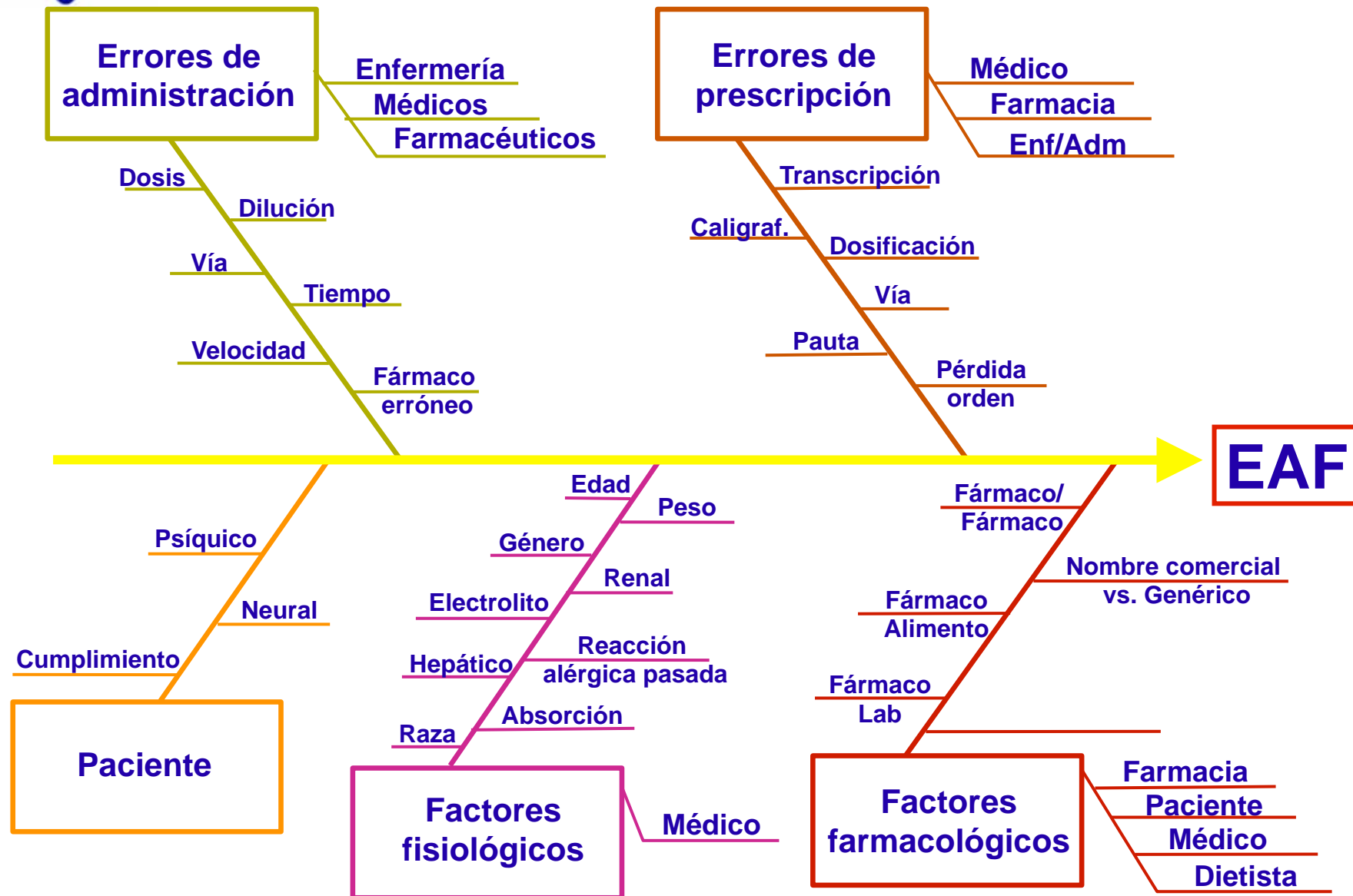
Seguridad Clínica

Política de Eventos Centinela de JCI



(*) Heinrich's Ratio. Heinrich HW. Industrial Accident Prevention, NY & London 1941

Causas de los Efectos Adversos a Fármacos





XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna
II Congreso Ibérico de Medicina Interna

