

CURSO SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Proyecto

Bacteriemia zero



CONCEPTOS GENERALES



SEGURIDAD DEL PACIENTE

¿De qué estamos hablando?

Ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, de riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria.

Fuente:AMSP/OMS. International Clasification for Patient safety (CISP) v 1.1. 2008

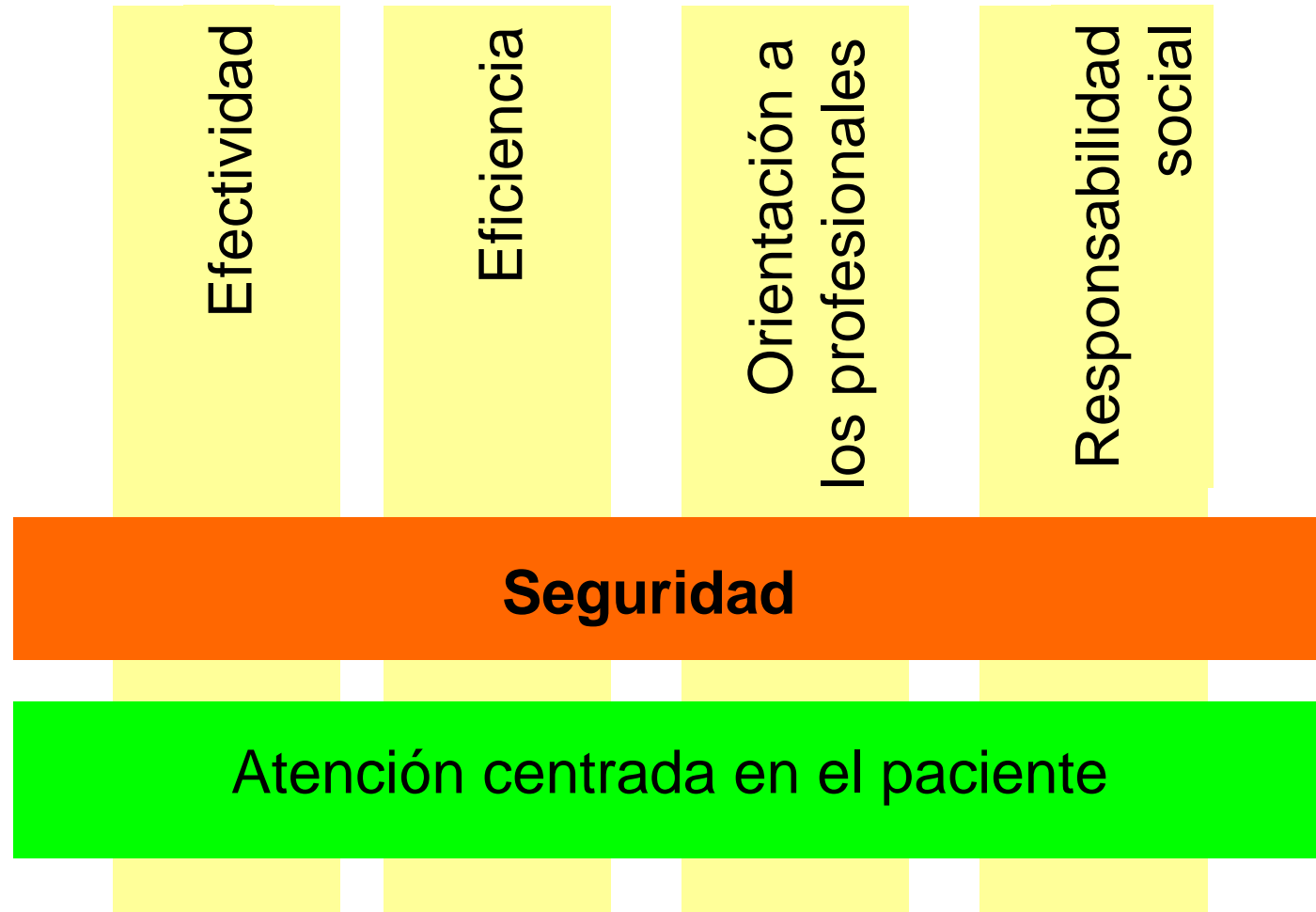
(El “nivel mínimo aceptable” hace referencia al nivel de conocimiento actual, los recursos disponibles y el contexto en que se produce la atención frente al riesgo de no tratamiento u otro tratamiento)



Dimensiones de la Calidad Asistencial



La seguridad del paciente es una dimensión fundamental de la calidad asistencial



WHO EURO, Barcelona. Measuring hospital performance: defining the sub dimensions and a framework for selecting evidence-based indicators Barcelona, WHO 2003.

¿Por qué seguridad del paciente?

- Es el principio fundamental de 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



Hippocrates 460 a/C

“Primum non nocere”



Ante todo, no hacer daño

Definiciones (CISP v 1.1)

- **Incidente relacionado con la SP (Incidente):** evento o circunstancia que pudo haber dado lugar o dio lugar a daño innecesario a un paciente.
- **Suceso adverso:** es un incidente que produjo daño al paciente.

A large iceberg floats in the ocean under a cloudy sky. The visible tip of the iceberg is labeled 'Eventos adversos', while the much larger submerged part is labeled 'Incidentes'.

Eventos adversos

- Fallos del sistema
- Errores
- Características del paciente

Incidentes

La seguridad del paciente

Depende de la interacción y el equilibrio permanente de múltiples actuaciones del sistema sanitario y de sus profesionales

El sistema como causa del error

- Las personas fallan
- Los errores son esperables / previsibles
- Los errores se facilitan o son consecuencia de:
 - Fallos latentes en el entorno asistencial
 - Los procesos y procedimientos que se aplican
- La estrategia de actuación es analizarlos y aprender sobre los mismos (*Learn from errors*):
 - Identificar el suceso
 - Reparar el daño
 - Buscar las causas profundas en el sistema
 - Rediseñar el sistema en función del análisis

Errores activos y fallos del sistema

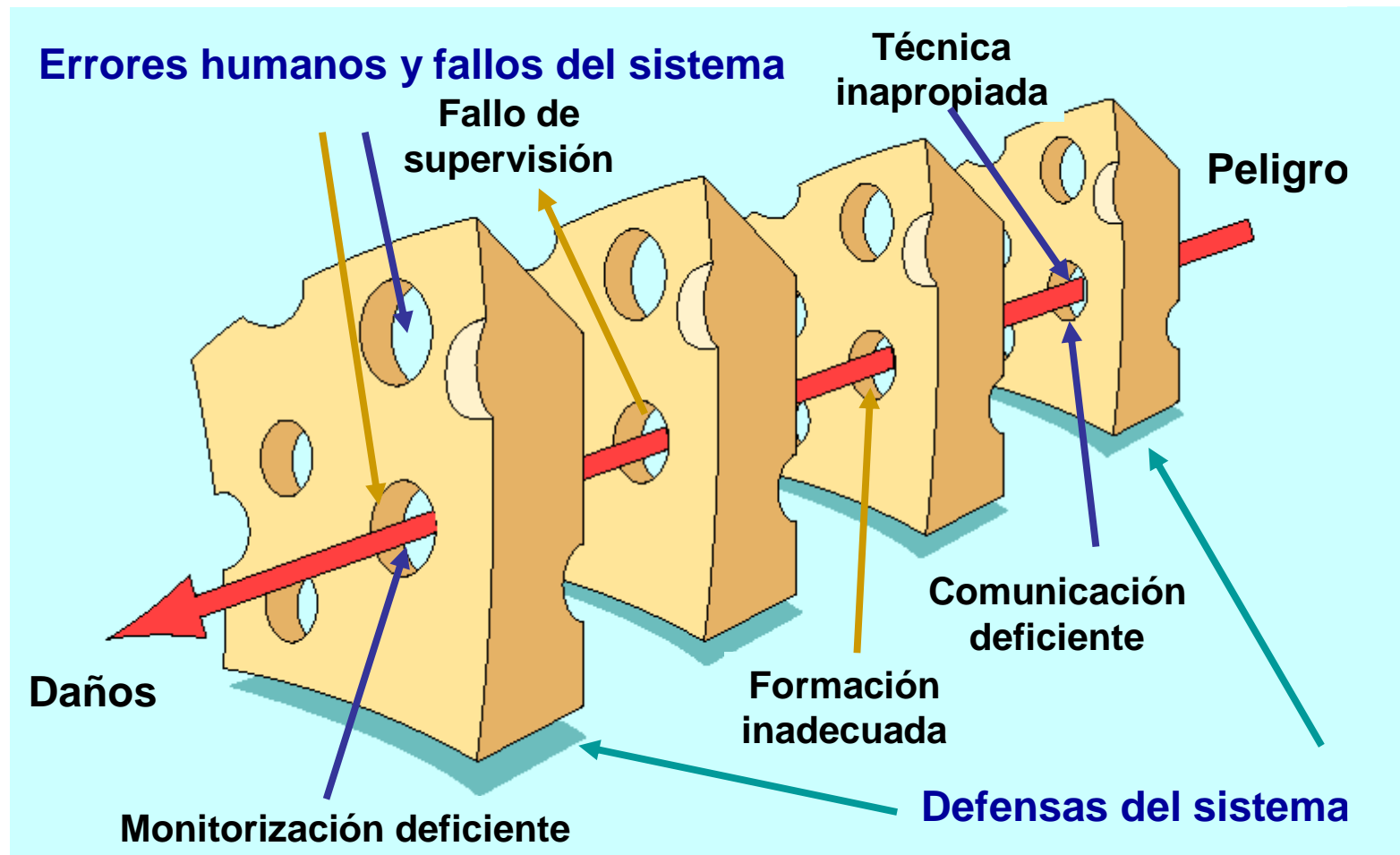
- **Errores activos**

- Ocurren en el punto de contacto entre el paciente y el final de un sistema complejo.
- Incluyen: fallos de la atención, despistes, distracciones lapsus, errores de valoración, incumplimiento de normas establecidas.
- La falta de entrenamiento o formación, la fatiga, la sobrecarga de trabajo y el estrés son condicionantes que pueden contribuir a su producción.

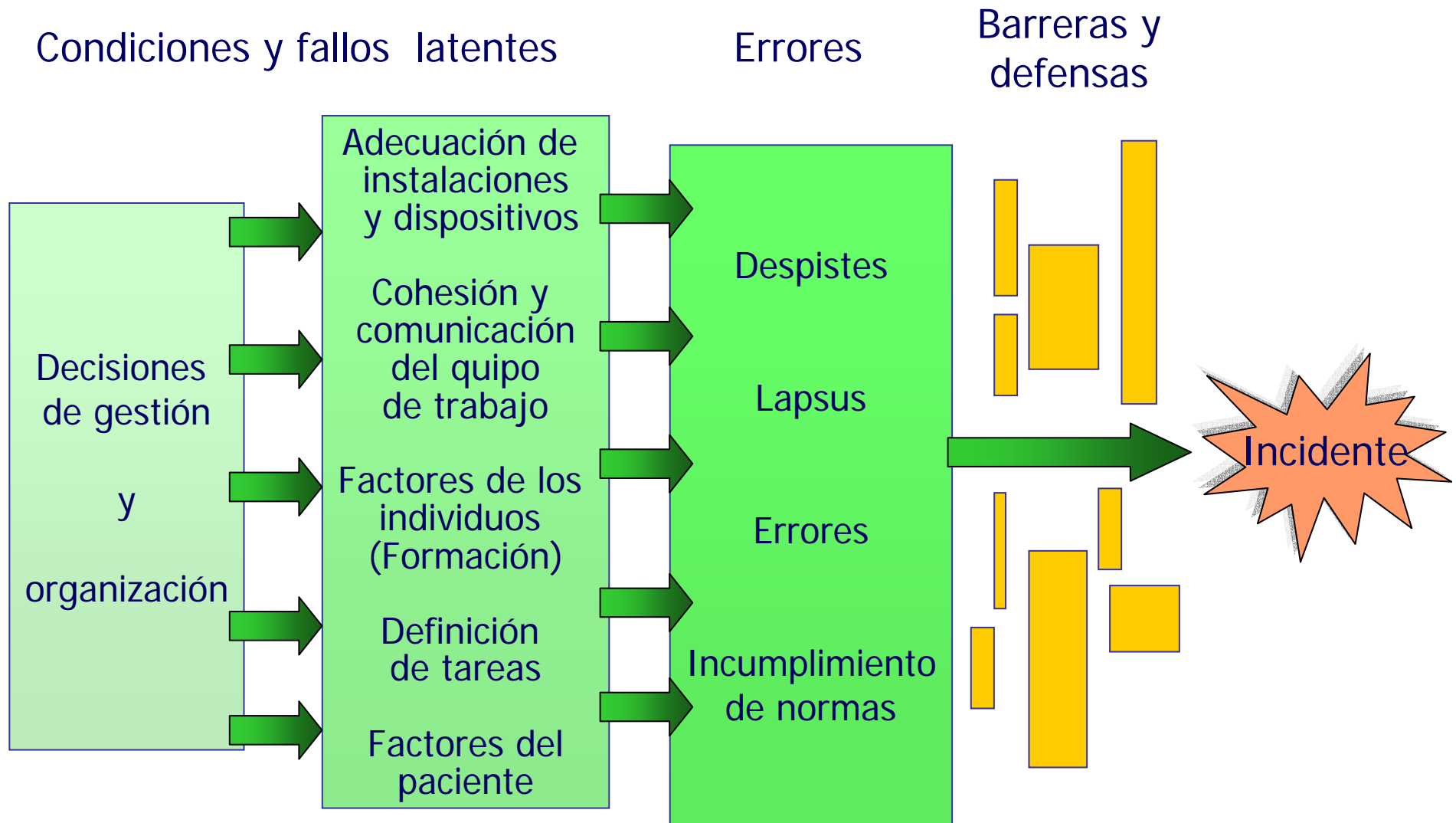
- **Condiciones latentes o fallos del sistema**

- Incluyen: circunstancias y fallos menos claros existentes en la organización y el diseño de dispositivos, actividades, etc..

Modelo de Reason: el modelo del queso suizo en la producción del daño



Análisis sistemático de los incidentes



Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine BMJ 1998;316:1156 (modif por Aibar et al)

El ciclo de mejora



Acciones proactivas y reactivas

Reactiva

“A toro pasado”



Proactiva

Preparación para prevenir y actuar ante riesgos y sucesos adversos

Identificar riesgos potenciales

Analizar, priorizar, planificar respuestas y planes de contingencia, llevar a cabo un seguimiento

Conclusiones

- Los errores son frecuentes, muchas veces inevitables y con graves consecuencias:
 - **Aplique la epidemiología para conocerlos**
- El reproche y la culpabilización conduce a que se oculten:
 - **Piense médicamente: etiología – patogenia – clinica – diagnóstico -tratamiento**
- Los errores tienen antecedentes:
 - **Analice las causas latentes**
- Muchos problemas pueden evitarse y algunos remediarse:
 - **Use un enfoque sistémico que considere todos los factores contribuyentes**
- Son problemas crónicos que requieren tratamientos prolongados:
 - **Persevere**

ENEAS: estudio de EA en el SNS

Estudio de cohortes retrospectivo

Objetivos: estimar

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

Muestra:

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

ENEAS: resultados

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

(1) 473 pacientes con 601 EAs.

(2) 525 pacientes con 655 EAs.

(3) 655 pacientes con 876 EAs.

ENEAS: tipos de EA

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

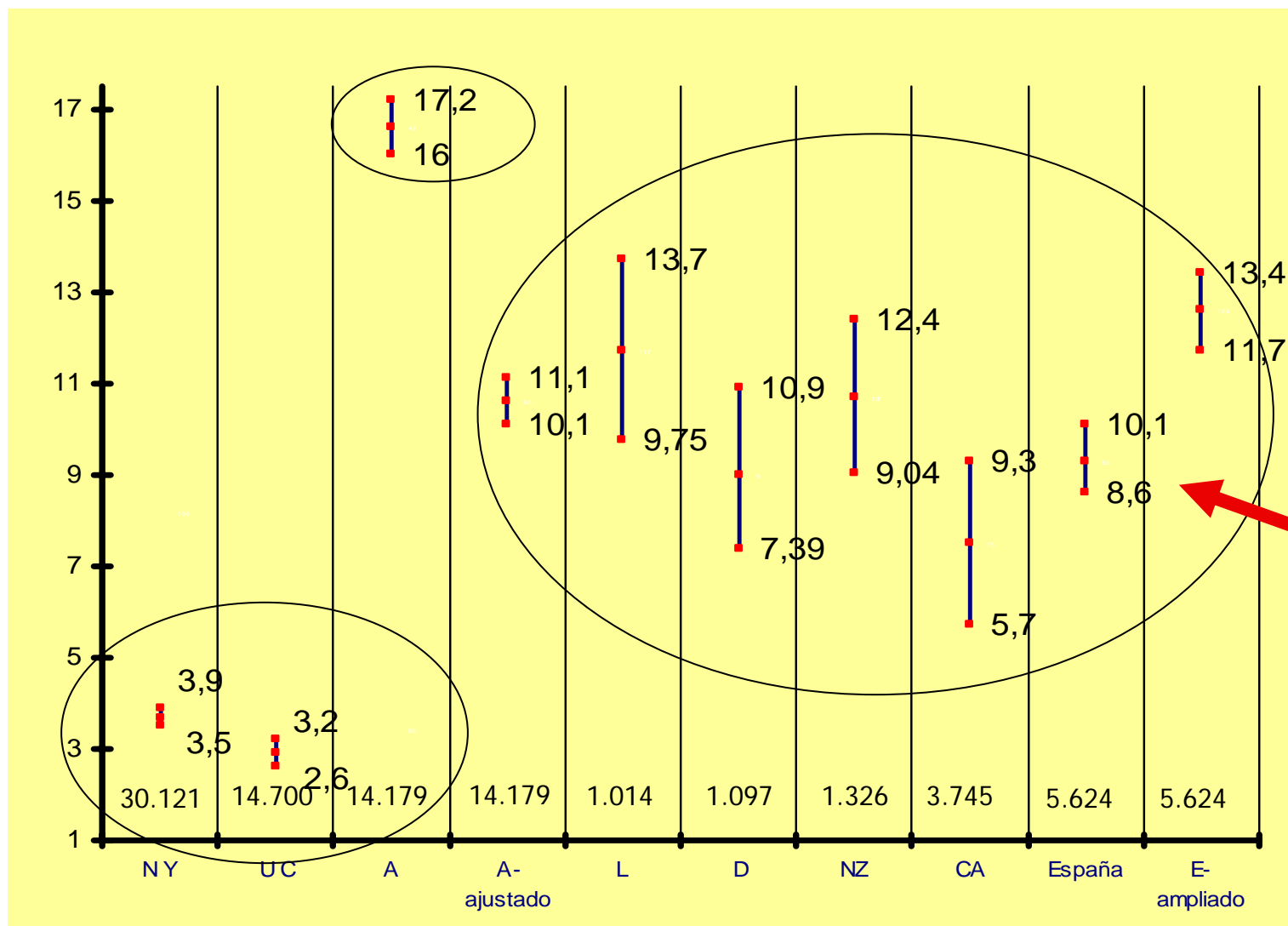
Estudios epidemiológicos de eventos adversos en hospitales

	Autor y año	Nº hospitales	Nº pacientes	Incidencia	% evitables
EE.UU Estudio Harvard	Brennan 1984	51	30.195	3,8	27,6
EE.UU Estudio UTCOS	Thomas 1992	28	14.565	2,9	27,4 -32,6
AUSTRALIA Estudio QAHCS	Wilson 1992	28	14.179	16,6	51,2
REINO UNIDO	Vincent 1999	2	1.014	11,7	48,0
DINAMARCA	Schioler 2002	17	1.097	9	40,4
NUEVA ZELANDA	Davis 1998	13	6.579	11,3	37
CANADÁ	Baker 2002	20	3.720	7,5	36,9
ESPAÑA	Aranaz 2005	24	5.624	9,3	42,6

Aranaz JM^a, Aibar C, Gea MT, León MT. Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. *Med Clin (Barc)*, 2004; 123(1): 21-5 (modificado por Aibar et al)

ENEAS vs OTROS ESTUDIOS

Incidencia de Pacientes con EA



Causas frecuentes de errores en el uso de medicamentos

- Etiquetado de apariencia similar o nombre similar
- Problemas con los equipos y dispositivos de administración
- Confusión en la identificación del paciente
- Falta de comunicación entre los profesionales

Para saber más sobre seguridad del paciente

- www.seguridaddelpaciente.es

Ofrece acceso a los tutoriales:

- Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria
- Gestión de riesgos y mejora de la seguridad del paciente: tutorial y herramientas de apoyo



CONTENIDO DE LA CHARLA:

Mejorando la Seguridad del Paciente

Peter Pronovost, MD, PhD,

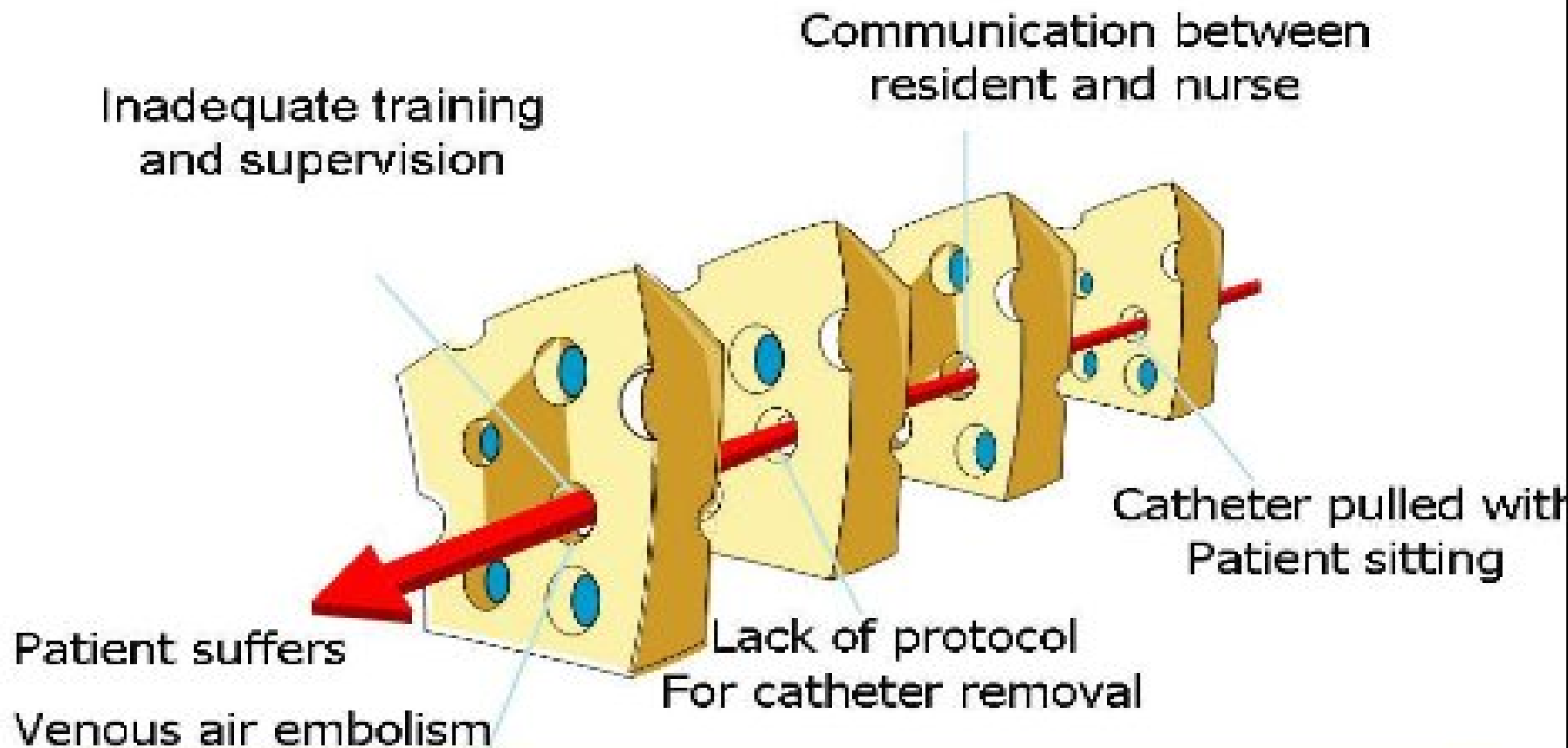
Department of Anesthesiology and Critical Care
Medicine

Johns Hopkins University

¿Cómo podemos mejorar?: entender la ciencia de la seguridad

- Cada sistema está perfectamente diseñado para conseguir los resultados que alcanza
- Entender los principios del diseño seguro: estandarizar, listas de verificación, aprender de los errores
- Reconocer que estos principios conciernen tanto al trabajo técnico como al trabajo en equipo
- Los equipos toman buenas decisiones cuando hay aportaciones diversas e independientes

System Failure Leading to this error



JOHNS HOPKINS

Prónovost Annals IM 2004

9

Los factores del sistema tienen impacto en la seguridad

- Factores institucionales, del hospital, del servicio
- Ambiente de trabajo
- Factores de equipo
- Factores individuales
- Factores de la tarea
- Características del paciente

Principios básicos del diseño seguro

- Estandarizar los procedimientos
- Elaborar listas de verificación
- Diseñar estrategias para aprender de los errores

Estos principios deben aplicarse a los procedimientos técnicos y especialmente al trabajo en equipo.

Tu papel

- Escoge un área y piensa sobre los sistemas que predicen la actuación: observa el proceso
- Trabaja para minimizar los errores
 - Estandarizar las técnicas y el trabajo en equipo
 - Crear controles independientes
 - Aprender de los errores
- Comparte lo aprendido

Habilidades para marcar diferencias

- Lavar las manos antes de entrar y salir de la habitación
- Hacer las rondas con las enfermeras y otros profesionales
- No juegues en desventaja

Aprendiendo de los errores: investigación de sucesos adversos

- ¿Qué ha pasado?
- ¿Qué contribuyó a que ocurriera?
- ¿Qué medidas se tomaron para que no volviera a ocurrir?
- ¿Qué medidas fueron útiles en la reducción del riesgo?

Bacteriemia zero



MANEJO CVC

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

PSI

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

