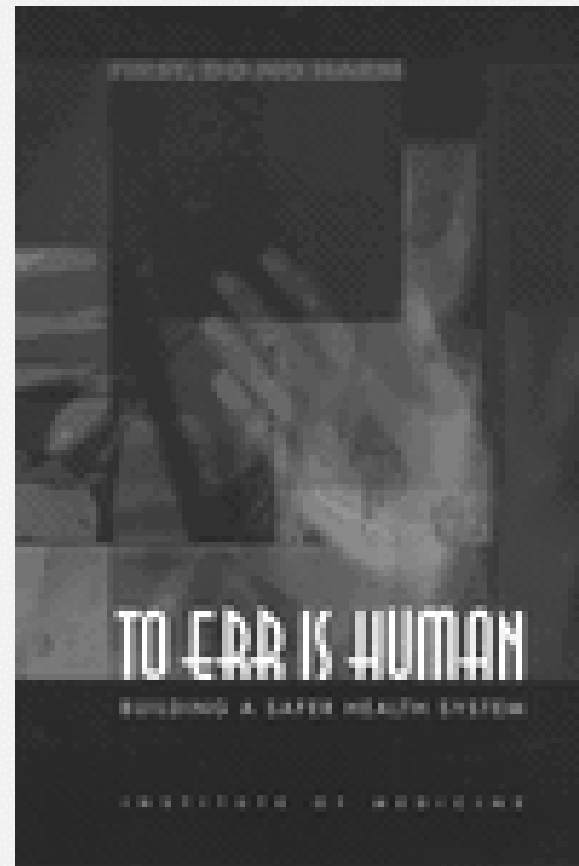
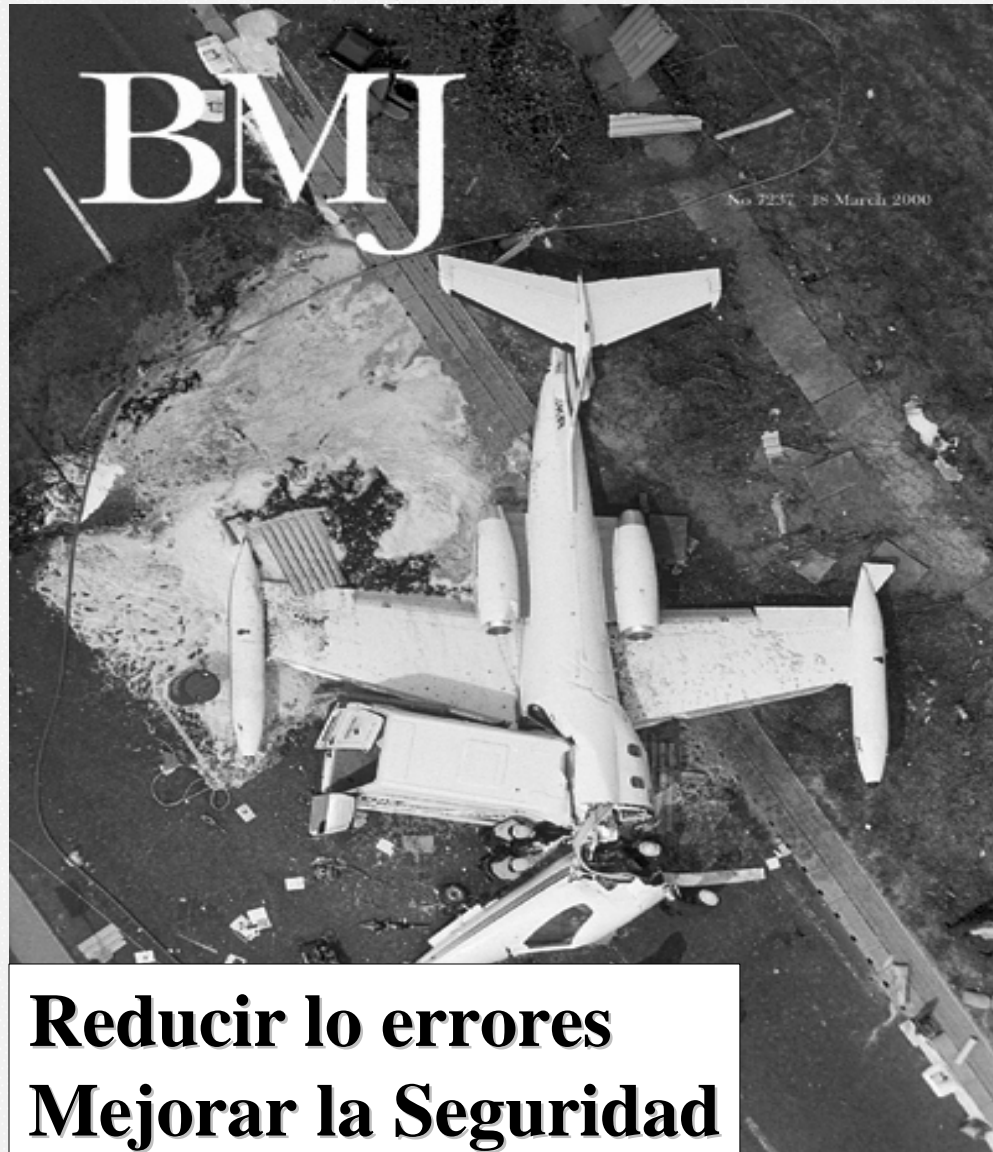


- Errar es humano: Construyendo un sistema de Salud Seguro
- Poner la seguridad a la cabeza de la agenda sanitaria de cada uno de los países





**Reducir lo errores  
Mejorar la Seguridad**

# *Impacto*

## Reporte del Institute of Medicine - 1999

- Muerte en vuelos domesticos - 1 in 8,000,000 vuelos
  - Eventos adversos en hospitales 1 cada 27 a 34 ingresos
  - Muerte en hospitales por errores asistenciales 1 cada 343 a 764 ingresos
- = 44,000-98,000 muertes anuales (IOM)**

# Study: Hospital errors cause 195,000 deaths

Wednesday, July 28, 2004  
Posted: 10:08 AM

SEARCH

## Report doubles earlier Institute of Medicine estimate

The Web



CNN.com

Wednesday, July 28, 2004 Posted: 10:08 AM EDT (1408 GMT)

International Edition

- Home Page
- World
- U.S.
- Weather
- Business
- Sports
- Politics
- Law
- Technology
- Science & Space
- Health
- Entertainment
- Travel
- Education
- Special Reports

careerbuilder.com

Give your guy Norelco's best shave ever...



Learn more

**NORELCO**  
Spectra  
SHAVING SYSTEM

WASHINGTON (Reuters) — As many as 195,000 people a year could be dying in U.S. hospitals because of easily prevented errors, a company said Tuesday in an estimate that doubles previous figures.

Lakewood, Colorado-based HealthGrades Inc. said its data covers all 50 states and is more up-to-date than a 1999 study from the Institute of Medicine that said 98,000 people a year die from medical errors. "The HealthGrades study shows that the IOM report may have underestimated the number of deaths due to medical errors, and, moreover, that there is little evidence that patient safety has improved in the last five years," said Dr. Samantha Collier, vice president of medical affairs at the company. The company, which rates hospitals based on a variety of criteria and provides information to insurers and health plans, said its researchers looked at three years of Medicare data in all 50 states and Washington, D.C.

"This Medicare population represented

---read more

HEALTH LIBRARY




• Health Library

In association with  MayoClinic.com



Health care policy

Centers for Disease Control and Prevention

or Create your own

Centro de Investigaciones Epidemiológicas  
Academia Nacional de Medicina, Bs. As.



- **Errores en la atención de la salud**
  - Una epidemia groseramente subestimada.
- **La seguridad de los pacientes**
  - Dimensión central de la **Calidad de la Atención Médica**.
- **Joint Commission (JCAHCO) = 1997**
  - Nuevos Estándares para el mejoramiento de la seguridad en la atención de los pacientes
- **Algunos países**
  - **Agencias** que se dedican específicamente al tema.

# ALGUNAS DEFINICIONES

- **Evento adverso:** Injuria o complicación no intencional (accidental) consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud (y no de la enfermedad misma del paciente)
- **Error:** Falla en completar una acción planeada como era la intención, o uso de un plan incorrecto para alcanzar el objetivo
- **Evento adverso por Error médico:** *Evento adverso prevenible* utilizando medios habituales o disponibles

# ALGUNAS DEFINICIONES

## Seguridad:

*Ausencia de daño o enfermedad accidentales resultantes del proceso de atención (agente externo)*

# ALGUNAS DEFINICIONES

## Seguridad del paciente:

- Acciones realizadas por los individuos y organizaciones para proteger a quienes reciben cuidados de salud, de los efectos perjudiciales de los mismos

## Práctica de seguridad (PSP)

- Estructura o proceso cuya utilización reduce la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.

# Estrategias Progresivas de Mejoramiento de la Seguridad I

- **Eventos (centinela / serios / “llamados de atención” )**
- **Análisis de Problemas de Seguridad:**
  - **Reactivos: Incidentes, Causas Raíz (ACR)**
  - **Proactivos: Fallos y Efectos (AMFE), Peligros, Riesgo probabilístico**

# Evento Centinela (JCAHCO)

**El evento ha dado por resultado una *muerte no anticipada* o una pérdida de función permanente y significativa, no relacionada con el curso natural de la enfermedad del paciente o de su condición subyacente**

# REPORTE DE EVENTOS CENTINELA

## JCAHCO - 2000

TIPO DE EVENTO CENTINELA	#	%
Suicidio del paciente	155	19.4%
Error de Medicación	114	14.3%
Complicacion intra-postoperatoria	85	10.7%
Cirugía del sitio erróneo	64	8.0%
Retraso en Tratamiento	40	5.0%
Caída del paciente	35	4.4%
Homicidio/asalto/violación	33	4.1%
Muerte/injuria Pte. Reducido	32	4.0%
Fuga de paciente	28	3.5%
Error de Transfusión	21	2.6%

# Análisis Causa Raíz

- **Herramienta para identificar las causas básicas y los factores que contribuyen a la ocurrencia de un evento indeseado, y las contramedidas preventivas necesarias, a nivel de sistemas y procesos.**

**Requiere:**

- Grupo de evaluación.
- Recolección de la información involucrando a los individuos relacionados con el evento.
- Análisis imparcial en profundidad (buscar las causas de las causas).
- Identificación de los cambios preventivos necesarios.

# Análisis de Modos de Fallas y sus Efectos (AMFE)

- Herramienta para evaluar las distintas formas (modos) en que puede fallar en su funcionamiento cada uno de los componentes de un sistema, sus causas contribuyentes y su efecto sobre el funcionamiento seguro del sistema (consecuencias).

## AMFE: CUANDO?

- **El estándar LD.5.2 de la JCAHO exige que la Institución seleccione al menos un proceso de alto riesgo para una evaluación de riesgo proactiva cada año.**
- **Esta selección ha de basarse en parte en la información publicada periódicamente por la JCAHO que identifica los tipos de Eventos Centinela que se producen con mayor frecuencia.**

# AMFE: Pasos a seguir

1. Selección de un proceso de alto riesgo
2. Formación de un equipo
3. Flujograma del proceso.
4. Tormenta de ideas sobre potenciales modos de fallo y determinación de sus efectos.
5. Priorización del modo de fallo , frecuentemente acompañado del cálculo del número de “criticidad” de riesgo: frecuencia de ocurrencia x grado de severidad x oportunidad de detección
6. Encontrar las causas raíces de los modos de fallo (ACR).
7. Rediseño del proceso.
8. Análisis y re-testeo del nuevo proceso.
9. Implementación y Monitorización del proceso rediseñado.

# Estrategias Progresivas de Mejoramiento de la Seguridad

## II

- **Prácticas de Seguridad**
- **Modelos de Gestión de Calidad**
  - CQI / TQM /
  - Six Sigma / Sistema Toyota
- **Indicadores de Seguridad**
  - Evaluación/ Monitoreo
- **Evaluación Externa de la Seguridad**
  - Auditoria / acreditación
- **Diseño y Rediseño en Seguridad**
  - Primario / Benchmarking

# 1ra Práctica de Seguridad: *Crear una Cultura de Seguridad*

- Valores y Visión compartida Organización acerca de la Seguridad
- Compromiso con “no dañar”
- Enfoque sobre los Sistemas y no las personas
- Ambiente libre de castigo, reconociendo los errores
- Recursos humanos informados
- Cultura del Reporte
- Cultura de Aprendizaje
- Cultura “Justa”
- Cultura de la mejora continua
- Trabajo en equipo
- Empowerment para participar a pacientes y familiares

# Ranking de Prácticas de Seguridad Máxima fuerza de evidencia

*Agency for Healthcare Research and Quality*

Capítulo	Objeto de Seguridad de Atención	Practica de Seguridad	Complejidad Implementación /Costo
31	Trombo embolismo venoso (TEV)	Profilaxis apropiada para TEV	Baja
25	Eventos cardiacos peri operatorios en pacientes que van a cirugía no-cardiovascular	Uso de beta bloqueantes peri operatorios	Baja
16.1	Bacteriemias relacionadas a catéter venoso central	Uso de máxima barrera estéril durante la inserción del catéter	Baja
20.1	Infecciones del Sitio quirúrgico	Uso apropiado de profilaxis antimicrobiana	Baja
48	Consentimiento informado perdido, incompleto o no comprendido totalmente	Preguntar a los pacientes que recuerden y repitan que es lo que se les ha dicho durante el consentimiento informado	Baja
17.2	Neumonía asociada a respirador	Aspiración continua de secreciones subglóticas (ACSS)	Mediana



# Ranking de Prácticas de Seguridad Máxima fuerza de evidencia

*Agency for Healthcare Research and Quality*

<b>Capitulo</b>	<b>Objeto de Seguridad de Atención</b>	<b>Practica de Seguridad</b>	<b>Complejidad Implementación /Costo</b>
<b>27</b>	<b>Ulceras de decúbito</b>	<b>Uso de materiales de cama para aliviar la presión de decúbito.</b>	<b>Mediana</b>
<b>21</b>	<b>Morbilidad secundaria a la inserción de catéteres venosos centrales</b>	<b>Uso de guía con ecografía en tiempo-real durante la inserción</b>	<b>Alta</b>
<b>9</b>	<b>Eventos adversos relacionados con la anticoagulación crónica con warfarina</b>	<b>Auto-manejo por el paciente utilizando dispositivos de monitoreo hogareño</b>	<b>Alta</b>
<b>33</b>	<b>Morbilidad y mortalidad en pacientes post-quirúrgicos y críticamente enfermos</b>	<b>Diversas estrategias nutricionales</b>	<b>Mediana</b>
<b>16.2</b>	<b>Bacteriemias relacionadas a catéter venoso central</b>	<b>Catéteres impregnados con antimicrobianos</b>	<b>Baja</b>



# Nuevos Sistemas de Mejoramiento de la Seguridad

- **Six Sigma:**
  - Alcanzar el quasi-cero defecto
    - 3.4 defectos por millón de oportunidades
    - Control y mantenimiento del desempeño
- **Sistema Producción Toyota**
  - Eliminación de pasos "basura" (simplificación de procesos)
  - Mejoras de base científica
  - Alto empowerment del frontline

## Indicadores hospitalarios de Seguridad

*Agency for Healthcare Research and Quality*

- \* Laceración o punción accidental.
- \* Complicaciones de anestesia.
- \* Úlceras de decúbito.
- \* Fallas en el rescate (de pacientes que desarrollaron una complicación ).
- \* Cuerpos extraños olvidados durante un procedimiento.
- \* Neumotorax iatrogénico.
- \* Infecciones debidas al Cuidado Médico.
- \* Hematomas o hemorragias posquirúrgicas.
- \* Fracturas de cadera postquirúrgicas.

## Indicadores hospitalarios de Seguridad *Agency for Healthcare Research and Quality*

- \* Alteraciones metabólicas o psicológicas postquirúrgicas.
- \* Trombosis venosa profunda o tromboembolismo de pulmón postquirúrgicos.
- \* Insuficiencia respiratoria postquirúrgica.
- \* Sepsis Postquirúrgica.
- \* Dehiscencia de sutura postquirúrgica.
- \* Reacción transfusional.
- \* Trauma del recién nacido (injuria neonatal).
- \* Trauma obstétrico en parto por cesárea.
- \* Trauma obstétrico en parto vaginal con instrumentación.
- \* Trauma obstétrico en parto vaginal sin instrumentación.

# Principios de Diseño en Seguridad

- **Visibilidad de los pacientes para el staff**
- **Estandarización**
- **Automatización**
- **Reducción de complejidad**
- **Información accesible en momento de decisión / acción**
- **Sistematizar proceso de información**
  - **checklists, recordatorios, protocolos**

- **Involucrar a ptes y fliars en atención**
- **Reducción del ruido**
- **Diseño “a medida” en paciente vulnerable**
- **Revisión de Factores Humanos**
- **Minimización de fatiga**
- **Diseño orientado a procesos proclives a eventos**

# Opciones en el Rediseño de Procesos Seguros

- **Hacer imposibles los errores**
  - Medicaciones ya preparadas para administrar
  - Discos de computadora protegidos contra sobreescritura

# Opciones en el Rediseño de Procesos Seguros

- **Diseñar procesos más seguros**
  - **Barreras de contención**
    - Repetición retrograda obligatoria de orden dada
    - Confirmación de sitio a operar

# Opciones en el Rediseño de Procesos Seguros

- **Reducir daño causado por errores**
  - **La gente debe poder reconocer rápidamente los errores y tomar acciones**
    - Intercepciones humanas
    - Equipos de respuesta / rescate
    - Automatización
    - Duplicación
    - Backups

# Implementación de Programas

- **Los reguladores, acreditadores, pagadores y financiadores deben exigir la implementación de Programas de Mejoramiento de la Seguridad y requerir el cumplimiento de estándares**

# Programas de Seguridad en la Atención de los Pacientes (PSAS)

- **Conjunto de elementos estructurales y de actividades que tienen como fin específico la mejora continua de la seguridad**
  - **COMPONENTES:**
    - Cultura de la Seguridad
    - Vigilancia Epidemiológica de Incidentes / Eventos y su análisis
    - Mejoramiento y Diseño de la Seguridad
  - **INSTRUMENTOS:**
    - **Comité de Seguridad AP = Participación Institucional**
      - *Coordinador de Seguridad AP*

# Características de Programas

- **Objetivo estratégico declarado y prioritario**
- **Responsabilidad ejecutiva definida**
- **Implementar Sistemas de reporte y Análisis de eventos no punitivos**
- **Incorporar principios de Seguridad probados**
- **Entrenar en trabajo en equipo interdisciplinario**
- **Diagnóstico local de problemas de Seguridad y Adaptación de herramientas**

# Lecciones aprendidas

- **El cambio cultural es incremental**
- **Enfoque en mejoras en los sistemas**
- **Intervenciones de seguridad guiadas por objetivos**
- **El personal asistencial debe asumir responsabilidad por la seguridad**
- **Documentación de las mejoras (medición)**

# ¿Qué hacen algunas industrias?

- Tienen preocupación colectiva frente a las fallas.
- Esperan cometer errores y entrenan a su fuerza de trabajo para reconocerlos y recuperarse.

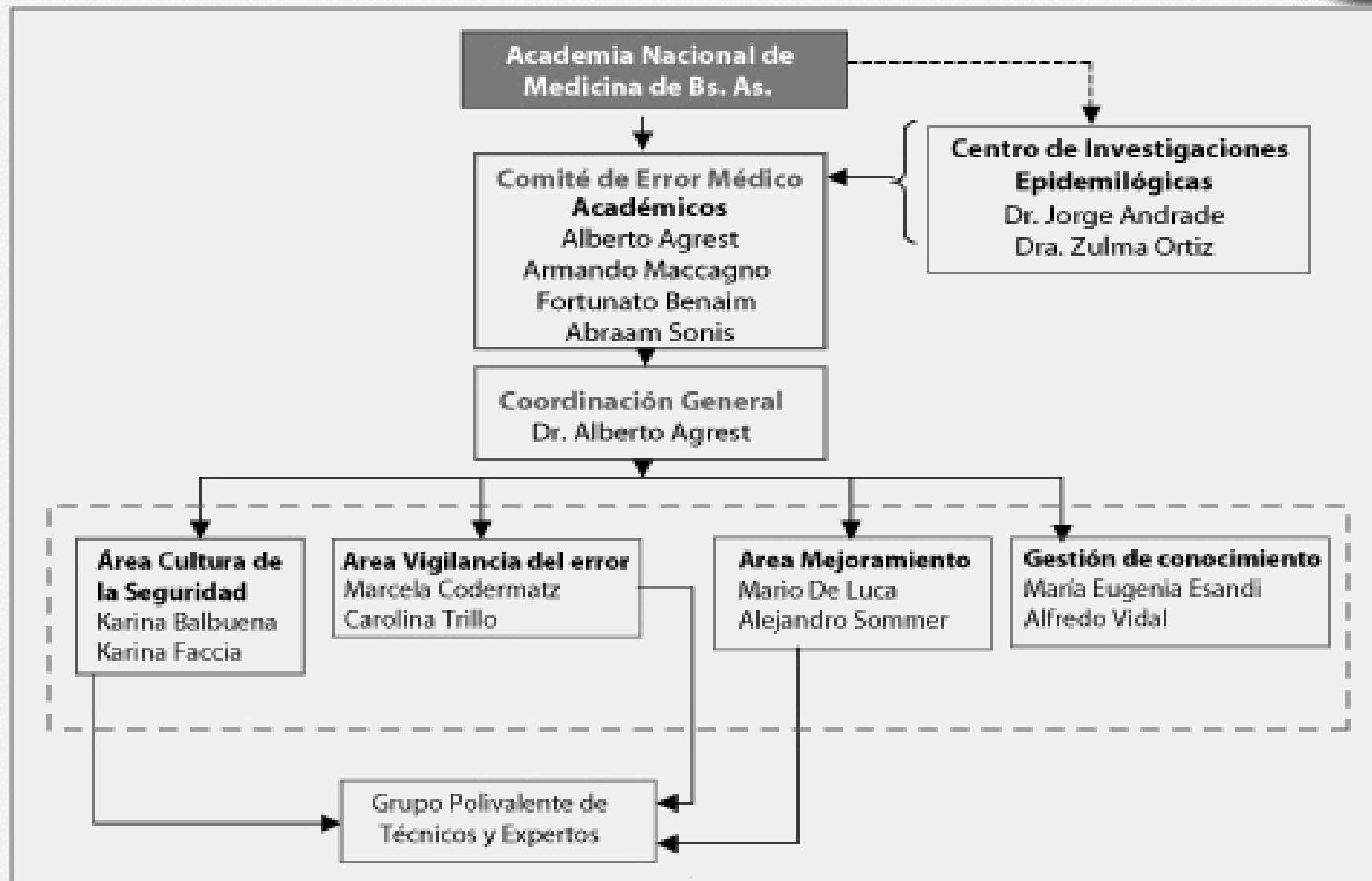
# Experiencia Internacional

- **Agencias e instituciones dedicadas a la seguridad de la atención médica.**
- **Generación de un cuerpo de conocimientos específicos sobre el tema.**
- **Promoción y desarrollo de un cambio cultural respecto a la seguridad de los pacientes.**
- **Modalidades de implementación de sistemas de información y reporte.**
- **Promoción del desarrollo y difusión de Intervenciones para mejoramiento de la Seguridad.**
- **Promoción de la investigación en Error y Seguridad**

# Proyecto de Error en Medicina y Seguridad en la Atención de los Pacientes

## Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires

- **Año 2001:** El Académico Dr. Alberto Agrest propuso trabajar e investigar sobre el Error y la Calidad en Medicina en la ANM, creándose una comisión responsable.
- **Año 2002 y 2003:** Se realizaron actividades de difusión y promoción de comités de Seguridad y Error Médico y se desarrolló un sistema de reporte anónimo para instituciones.
- **Noviembre de 2003:** Se obtuvo el primer subsidio otorgado por el Ministerio de Salud de la Nación para identificar aspectos culturales relacionados con el error en medicina y la seguridad del paciente en instituciones de la Ciudad de Buenos Aires.



# Propósito y Objetivos

- **Contribuir a la reducción de los errores en la atención y al mejoramiento de la seguridad de los pacientes mediante:**
  - ✓ **Creación de un cuerpo de conocimientos relacionados con la seguridad del paciente, el error y la calidad de la atención médica**
  - ✓ **Difusión del cuerpo de conocimientos y promoción de la aplicación del mismo**
  - ✓ **Construcción de una red de personas e instituciones interesadas en reducir la frecuencia y magnitud de los errores en la atención de los pacientes**
  - ✓ **Crecimiento y desarrollo del espacio de trabajo existente en la ANM para alcanzar sus objetivos**

# Actividades

- ✓ **Generación de una Base del Conocimiento**
  - ✓ Revisiones sistemáticas sobre “Cultura de la Seguridad”, “Sistemas de Vigilancia del Error” y “Mejoramiento de la Seguridad”
  - ✓ Análisis crítico de publicaciones en general e información accesible a través de Internet
  - ✓ Organización de la información en las áreas de:
    - Cultura de la Seguridad
    - Vigilancia del Error
    - Mejoramiento de la Seguridad en la Atención
- ✓ **Desarrollo de Herramientas de Implementación**
  - ✓ Evaluación de Cultura prevalente
  - ✓ Identificación de Problemas de Seguridad relevantes
  - ✓ Intervenciones para Mejoramiento y monitoreo de Seguridad

# Estrategia Comunicacional:

Difusión en el ámbito de la salud de la información y herramientas existentes

## Página Web

<http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar>

## Actividades Presenciales

Conferencias

Ateneos

Seminarios



## COMPONENTES TEMÁTICOS

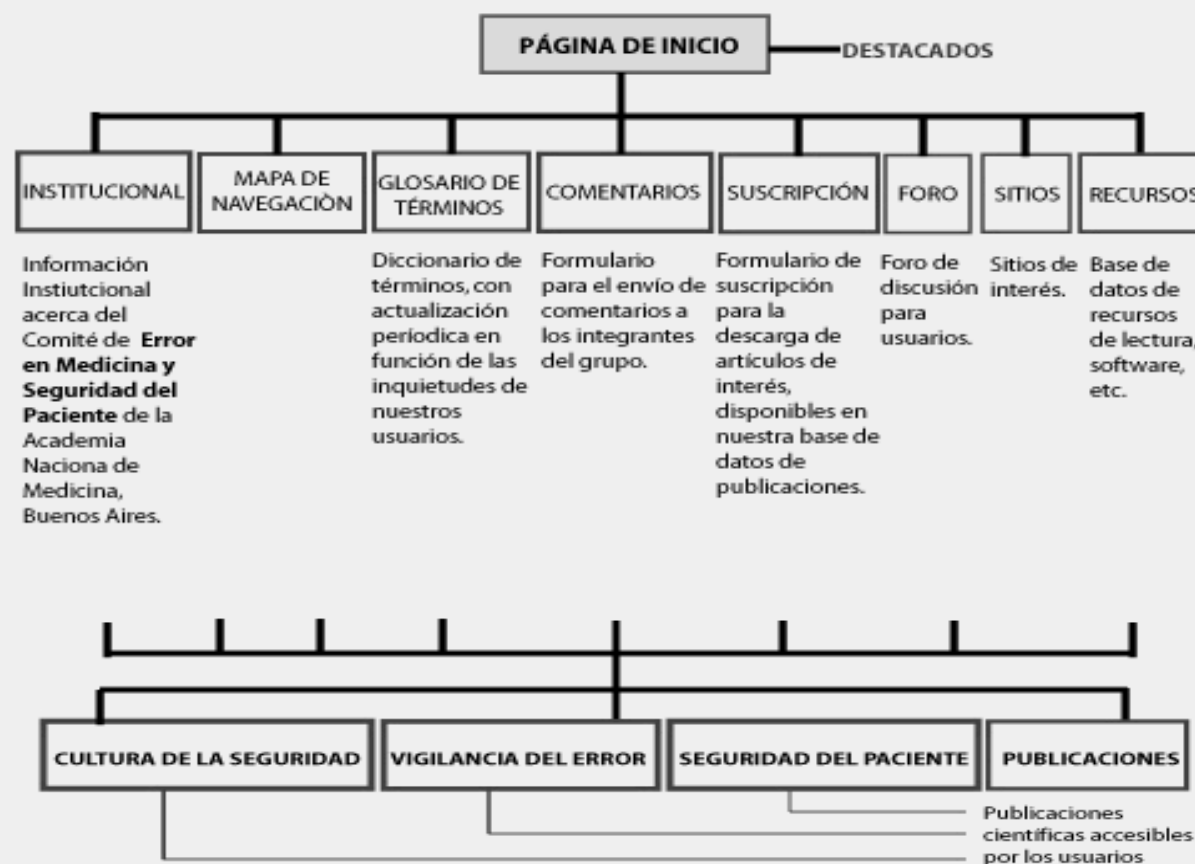
CULTURA DE LA SEGURIDAD

VIGILANCIA DEL ERROR

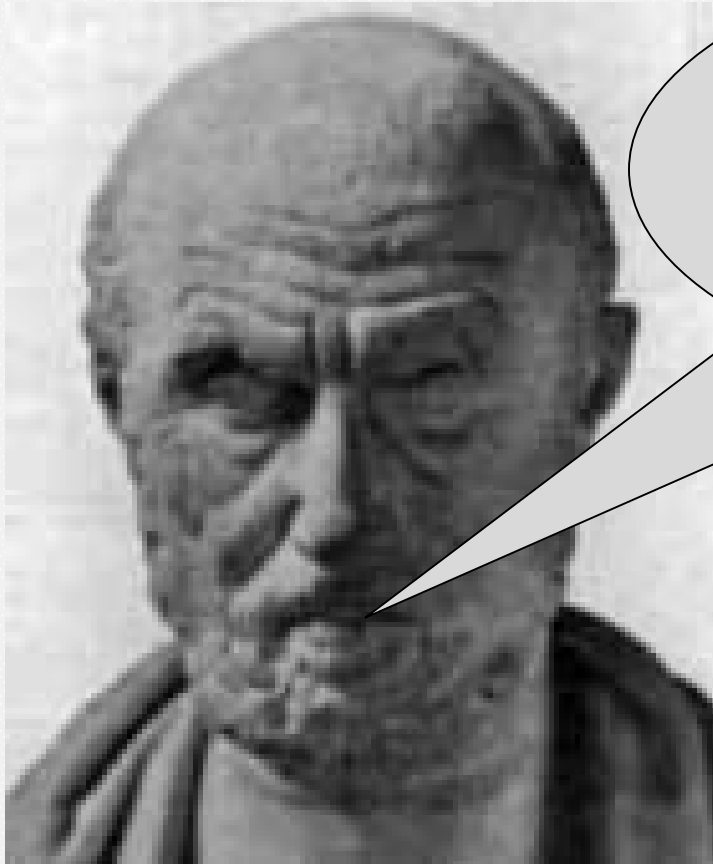
SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN

PUBLICACIONES

## Mapa de Navegación



**Para colmo de males,  
no es nada nuevo...**



**“Primero, no  
dañar”**

**Gracias por  
su atención...**