

Curso virtual de introducción a la Investigación en Seguridad del Paciente

Sesión 1

¿Qué es Seguridad del Paciente?

Carlos Aibar Remón MD

Departamento de Microbiología, Medicina Preventiva y
Salud Pública

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Universidad de Zaragoza (España).





- **Carlos Aibar Remón** (Coordinador del curso), Profesor Titular de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Zaragoza y Jefe de Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España (con la colaboración de Blanca Obón Azuara)
- **Jesús Aranz Andrés**, Profesor de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Miguel Hernández (UMH) y Jefe del Servicio de Medicina Preventiva y Calidad Asistencial del Hospital Universitario Sant Joan d' Alacant, Académico Correspondiente de la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana, España
- **Ezequiel García Elorrio**, Director de Calidad y Seguridad en Atención Médica, Director de Administración, Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina (con la colaboración de Viviana E Rodríguez)
- **Astolfo Franco**, Centro Medico IMBANACO, Profesor Escuela de Salud Pública, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia



Objetivos del curso

Describir los conceptos fundamentales relacionados con la seguridad del paciente

Explorar áreas, prioridades y métodos de investigación en relación con el contexto social, cultural y económico



Índice

- 1) Introducción: ¿de qué vamos a hablar?
- 2) Conceptos básicos
 - A propósito de un caso
- 3) Problemas de seguridad del paciente
- 4) Retos y enfoques de la investigación en seguridad del paciente
- 5) Conclusiones



1. ¿De qué vamos a hablar?:



Algunas cuestiones sobre el tema (1)

Un error es el incumplimiento deliberado y sistemático de las normas y reglas de la atención sanitaria:

- a. Verdadero
- b. Falso

¿Cuáles de los siguientes factores facilitan la aparición de errores por omisión o por comisión?:

- a. Recurrir a la memoria
- b. Procedimientos de trabajo no normalizados
- c. Sobrecarga de trabajo
- d. Todos los anteriores



Algunas cuestiones sobre el tema (2)

El daño sufrido por un paciente como consecuencia de la atención recibida se denomina:

- a. Negligencia
- b. Malapraxia
- c. Incidente relacionado con la seguridad del paciente
- d. Evento adverso

¿ La primera etapa del ciclo de investigación sobre seguridad del paciente es?:

- a. La medición del daño
- b. El análisis de los factores contribuyentes
- c. La evaluación de la efectividad y la pertinencia de las soluciones de mejora
- d. Cuando desea comprobar las razones del por qué no funciona una solución
- e. Ninguna de las anteriores



Errores en la atención sanitaria: ¿ocurren?

- Una enfermera administra a un paciente una dosis 4 veces superior a la indicada de metotrexate. El paciente falleció.
- Una paciente con fractura de cadera es intervenida de la cadera opuesta. Posteriormente es reintervenida de la cadera fracturada
- Un paciente recibe una dosis de insulina 10 veces superior a la indicada. El paciente entra en shock, las maniobras de resucitación consiguen que sobreviva pero con graves secuelas cerebrales.



1. Conceptos básicos



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

Algunos conceptos importantes (1)

Error:

- Es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto.
- Los errores pueden manifestarse al hacer algo erróneo (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error por omisión).
- ya sea en la fase de planificación o en la de ejecución.

Infracción/incumplimiento:

- Desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos operativos

Errores e infracciones aumentan el riesgo de aparición de incidentes y eventos adversos

Algunos conceptos importantes (2)

Seguridad del paciente:

- Reducción del riesgo de **daño** innecesario asociado a la **atención sanitaria** hasta un mínimo aceptable.

Daño asociado a la atención sanitaria:

- **Daño** derivado de planes o medidas adoptados durante la prestación de asistencia sanitaria o asociado a ellos. No el debido a una **enfermedad** o **lesión** subyacente.

*Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente.
Informe Técnico Definitivo Enero de 2009. WHO 2009*

http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

Algunos conceptos importantes (3)

Incidente relacionado con la seguridad del paciente

Evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.

Cuasi incidente: no alcanza al paciente.

Incidente sin daño: alcanza al paciente, pero no causa ningún daño apreciable.

Evento adverso: incidente que produce daño a un paciente

Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente.

Informe Técnico Definitivo Enero de 2009. WHO 2009

http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

Algunos conceptos importantes. 4

Cultura de seguridad:

Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.

Comite of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care. Glossary of terms related to patient and medication safety – approved terms. Council of Europe. 2005
Disponible en: <http://www.bvs.org.ar/pdf/seguridadpaciente.pdf>



Organización
Mundial de la Salud

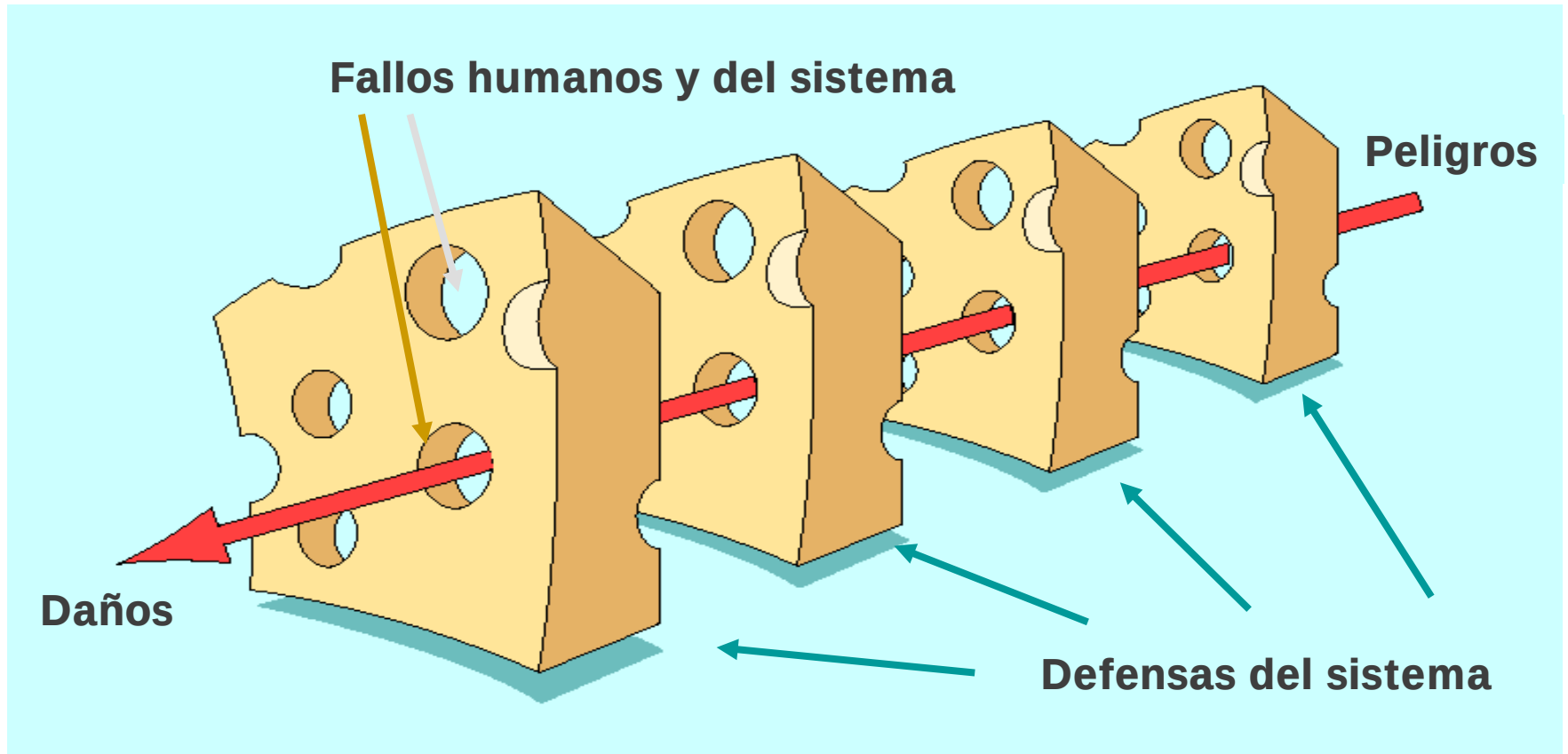
Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

Incidentes y eventos adversos: la parte visible de la inseguridad del paciente



El modelo del queso suizo en la producción de accidentes



Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000; 320:769

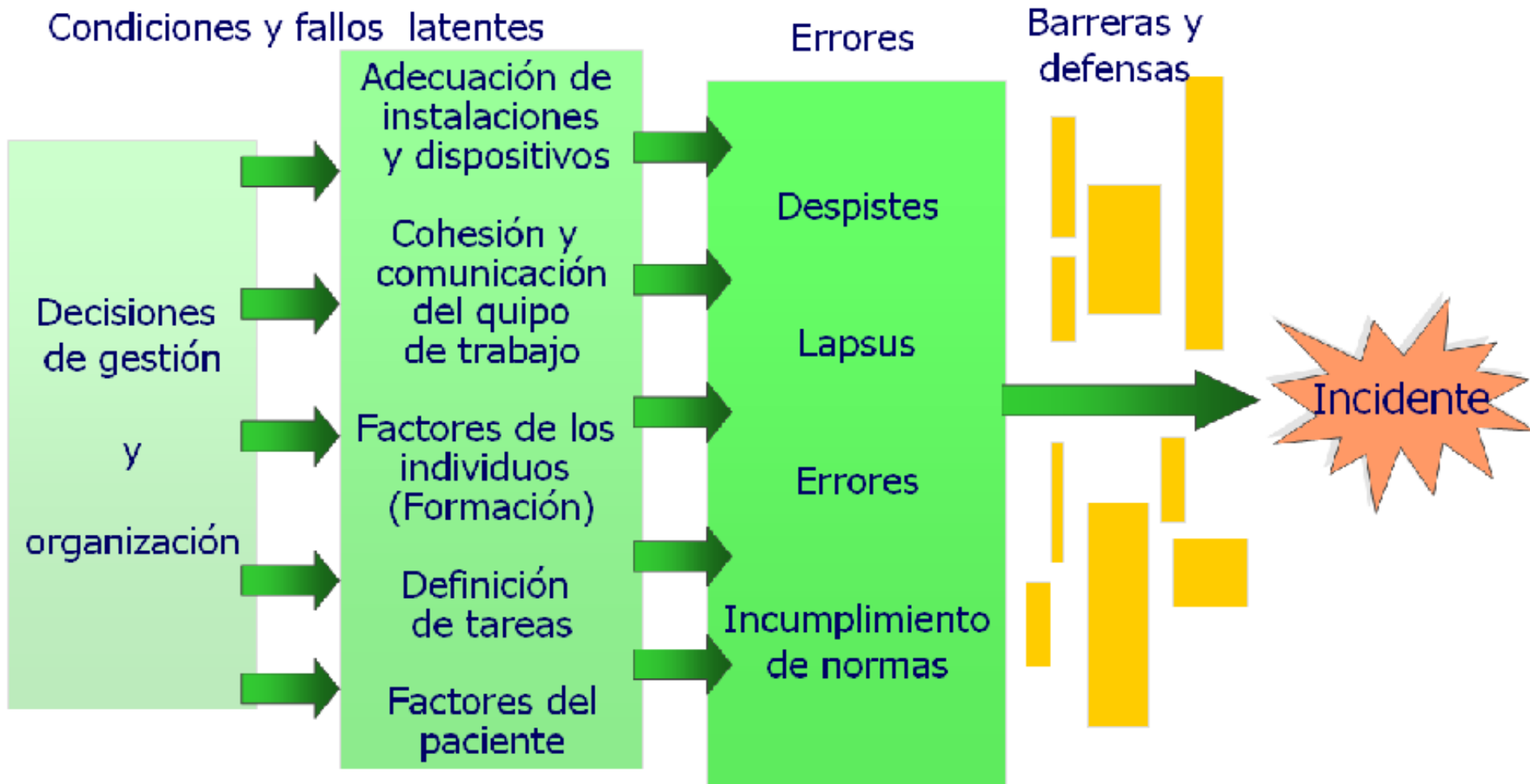


Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

Análisis sistemático de incidentes clínicos



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

Dos mitos a erradicar y dos objetivos a conseguir

Mitos:

- Los errores de los profesionales son la causa de los eventos adversos.
- El castigo y el reproche son efectivos para reducir los incidentes y los eventos adversos.

Objetivos:

- Aprender de los errores.
- Mejorar el sistema para disminuir los errores y sus consecuencias



El factor humano: facilitadores del error

- Recurrir a la memoria
- Excesivo número de traslados de los pacientes
- Procedimientos no normalizados
- Turnos de trabajo prolongados
- Sobrecarga de trabajo, estrés
- Escasez de feedback
- Procesamiento rápido de múltiples fuentes de datos para la toma de decisiones
- ...



¿Cómo reducir los errores?

1. Evitar la dependencia de la memoria
2. Simplificar
3. Estandarizar
4. Emplear la estandarización cuando la actividad lo permita
5. Utilizar los protocolos y listas de verificación
6. Mejorar el acceso a la información
7. Reducir los traslados y los cambios de servicio
8. Mejorar feedback



A propósito de un caso

Blanca Obón-Azuara

Médico Especialista en Medicina Intensiva



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

En una Unidad de Cuidados intensivos..... 1

- Paciente de 75 años con patología oncológica que recibe tratamiento quimioterápico.
- Ingresa en UCI por presentar una situación de shock séptico secundario a infección respiratoria relacionada con su situación de inmunodepresión.
- En tratamiento con ventilación mecánica no invasiva, drogas vasoactivas, antibióticos de amplio espectro, analgesia (paracetamol y cloruro mórfico) y midazolam a dosis bajas.



En una Unidad de Cuidados intensivos..... 2

- Una mañana, ante la intensificación del dolor del paciente, el facultativo **añade** al cloruro mórfico en perfusión continua que llevaba pautado, dosis extras. Anota: cloruro mórfico a 0.5 mg/h.
- El sistema informático **NO RECONOCE** el punto del decimal, y la orden queda guardada como una dosis de 5 mg/h (dosis **10 veces superior** a la prescrita).





- Entrada de órdenes
- Recordatorios órdenes
- Registro administración (ot
- Registro de administración

Alergias: Sin alerg. conocidas.

Peso admisión: • Altura: • ASC:

Entrada de órdenes

Modo: Entrada directa médico

1. PERFUSION

2. Morfina

3. Morfina (mg/h)

PERFUSION

Aditivos	* Morfina
Formulación	Morfina (mg/h)
Dosis	* 0.5 mg/h
Dosis máxima	
Cantidad añadida	20 mg
Concentración	1 mg/ml
Usar dosis según el p...	No
Dosis/Tiempo	No
Solución base	SF
Volumen base	20 ml
Velocidad administra...	
Volumen total	20 ml
Frecuencia máx admin.	
Volumen administrado	
Frecuencia	* A demanda
Iniciar	13/04/2012 11:01
Detener	
Instrucciones de la o...	

Aceptar

Cancelar

Indicaciones no guardadas

Categoría Orden

Medicación actual

Orden

Aminoven G 3,5% 2500 ml

Azitromicina 500 mg IV /24h.

Ceftriaxona 2 gr IV /24h.

Enoxaparina (CLEXANE) 40 mg SC /24h.

Gelatina 4% 1000 ml 500 a chorro por cada vía

Linezolid 600 mg IV /12h.

Mantenimiento arteria ,500 ml, Heparina sódica, 10 mg,

Midazolam (Dormicum) 15 mg Bolo IV A demanda

Morfina (mg/h) 2 mg/h - 2 ml/h

Noradrenalina base (mcg/Kg/min) 0,05 mcg/kg/min -

Omeprazol 40 mg IV /24h.

Paracetamol 1 gr IV Según instrucciones

0.5 MG/H

En una Unidad de Cuidados intensivos..... 3

- Ante la dosis tan elevada registrada, la enfermera **interpreta** que se tomado la decisión de adoptar medidas de limitación del soporte vital (LSV) y que se ha aumentado la dosis de analgesia para procurar un máximo confort al paciente.
- Por la tarde, cuando el médico de guardia revisa los pacientes, observa una importante depresión del nivel de conciencia del paciente, acompañada de una depresión respiratoria. Examina el tratamiento y detecta el error.
- Se procede a suspender el fármaco y a administrar un antagonista de la morfina (naloxona), recuperando el paciente su situación anterior.



¿Por qué ocurrió?. Factores contribuyentes (1)

Contexto institucional y organizativo

Plantilla numerosa de médicos y enfermeras
Elevada rotación de persona
Contratos temporales (turn-over)

Paciente

Edad elevada
Gravedad de patología de base
Bajo nivel de conciencia

Profesionales

Formación limitada en el sistema informático
Falta de plan de acogida en el servicio

Tareas a desarrollar

Ausencia de protocolo consensuado de LSV



¿Por qué ocurrió?. Factores contribuyentes (2)

Comunicación

Deficiente comunicación entre profesionales y entre turnos de trabajo de la Unidad
No consta expresamente LSV en la historia

Equipo

Implantación reciente del sistema de prescripción informatizada

Formación y entrenamiento

Control insuficiente sobre la formación adecuada de los profesionales sobre el sistema informático

Tareas a desarrollar

Sistema informático nuevo y poco pilotado (1 semana)



MEDIDAS DE MEJORA

- El problema fue **analizado en profundidad** en varias sesiones conjuntas con todos los profesionales de la UCI
- Se optó inicialmente por adoptar la medida más **sencilla e inmediata**: contactar con el Servicio de Informática del hospital para que modificara la programación y **no permitiera** la introducción de cifras con puntos, sólo con comas



- Entrada de órdenes
- Recordatorios órdenes
- Registro administración (ot
- Registro de administración

Alergias: Sin alerg. conocidas.

Peso admisión: • Altura: • ASC:

Entrada de órdenes

Modo: Entrada directa médico

1. PERFUSION

2. Morfina

3. Morfina (mg/h)

PERFUSION

Aditivos	* Morfina
Formulación	Morfina (mg/h)
Dosis	* 0 mg/h
Dosis máxima	
Cantidad añadida	20 mg
Concentración	1 mg/ml
Usar dosis según el p...	No
Dosis/Tiempo	
Solución base	SF
Volumen base	20 ml
Velocidad administra...	
Volumen total	20 ml
Frecuencia máx admin.	
Volumen administrado	
Frecuencia	* A demanda
Iniciar	13/04/2012 11:08
Detener	
Instrucciones de la o...	

Aceptar

Cancelar

Indicaciones no guardadas

Categoría

Orden

!SOLUCIÓN
INMEDIATA!

Aminoven G 3,5% 2500 ml

Azitromicina 500 mg IV /24h.

Ceftriaxona 2 gr IV /24h.

Enoxaparina (CLEXANE) 40 mg SC /24h.

Gelatina 4% 1000 ml 500 a chorro por cada vía

Linezolid 600 mg IV /12h.

Mantenimiento arteria ,500 ml, Heparina sódica, 10 mg,

Midazolam (Dormicum) 15 mg Bolo IV A demanda

Morfina (mg/h) 2 mg/h - 2 ml/h

Noradrenalina base (mcg/Kg/min) 0,05 mcg/kg/min -

Omeprazol 40 mg IV /24h.

Paracetamol 1 gr IV Según instrucciones

Otras medidas de mejora

- Revisión del protocolo de LSV
- Incorporación de un Documento de LSV a la Historia Clínica electrónica.
- Realización de sesiones semanales conjuntas entre médicos y personal de enfermería para mejorar la comunicación.



Una enfermera administra a un paciente una dosis de metotrexate 4 veces superior a la indicada

- Tasa de errores cuando las enfermeras calculan las cantidades y dosis de los tratamientos a partir de viales multidosis: tasa de error de 11%
- Tasa de errores cuando las enfermeras calculan las dosis añadiendo medicaciones desde soluciones intravenosas: 21%



Una enfermera administra a un paciente una dosis de metotrexate 4 veces superior a la indicada

Oportunidades de mejora:

- Eliminar frascos multidosis en los controles de enfermería
- Eliminar los cálculos de enfermería dispensando las dosis de los tratamientos prescritos
- Medicación ya preparada, con sus cálculos realizados por farmacéuticos
- Medicación dispensada por dosis unitarias y personalizadas
- Instalación de un sistema de control mediante código de barras



Un paciente recibe una dosis de insulina 10 veces superior a la prescrita

El médico prescribe:

- *Insulina NPH 10 U antes de el desayuno*

Causas frecuentes de errores en la prescripción :

- Utilización de la letra U por unidad
- Utilización de « 0 » tras el decimal (10,0)
- Olvidos de alergias a medicamentos
- Cálculo de la dosis



Tasa de errores de prescripción cuando el facultativo escribe el tratamiento a mano (datos de EEUU): 8%



Un paciente recibe una dosis de insulina 10 veces superior a la prescrita

Oportunidades de mejora:

- Órdenes de tratamiento informatizadas
- Lista de medicamentos desde farmacia
- Gestión por código de barras
- Participación/educación del paciente



Un médico interviene la cadera opuesta

Oportunidades de mejora:

- El cirujano marca el lugar de la intervención con el paciente antes de la sedación
- Examinar revisando el check-list el conjunto de documentos e informes médicos que señalan el procedimiento y localización a intervenir.
- Efectuar una verificación oral del lugar a intervenir con todos los miembros del equipo quirúrgico presentes antes de comenzar cualquier procedimiento.
- Asegurar que se siguen los procedimientos de verificación

3. Problemas de Seguridad del Paciente



Problema de seguridad del paciente

- Situación considerada como inaceptable por sus causas o por sus consecuencias sanitarias o sociales y que exige una respuesta.
- Diferencia entre lo que existe y lo deseable en relación con los daños innecesarios de la asistencia sanitaria



Problemas de seguridad del paciente (1)

Países en desarrollo o con economías en transición

Identificación, desarrollo y aplicación de soluciones localmente efectivas y asequibles
Análisis del coste-efectividad de las estrategias de reducción de riesgos
Medicamentos falsificados y de calidad inferior a la norma
Formación y habilidad del personal sanitario
Atención a la madre y al recién nacido
Infecciones asociadas a la atención sanitaria
Magnitud y naturaleza de los problemas de la seguridad del paciente
Conocimientos apropiados y transferencia de conocimientos
Prácticas inseguras en el manejo de las inyecciones
Prácticas inseguras en el manejo de sangre y derivados
Comunicación y coordinación
Cultura de la seguridad
Problemas institucionales latentes
Indicadores de seguridad del paciente
El paciente como aliado en la prestación de atención sanitaria

Problemas de seguridad del paciente (2)

Países desarrollados

Comunicación y coordinación
Problemas institucionales latentes
Cultura de la seguridad
Análisis de coste-efectividad de las estrategias de reducción de riesgos
Indicadores de seguridad del paciente
Consideración de factores humanos en el diseño y el funcionamiento de procedimientos y dispositivos
Tecnología de la información sanitaria/sistemas de información
El paciente como aliado en la prestación de atención sanitaria
Eventos adversos relacionados con los medicamentos
Atención a las personas frágiles y de mayor edad
Adhesión al tratamiento por parte del paciente
Errores de diagnóstico
Identificación, desarrollo y aplicación de soluciones localmente efectivas
Infecciones asociadas a la atención sanitaria

Desigualdades en seguridad del paciente



Eventos adversos debido a medicación y dispositivos

- Información insuficiente en países en desarrollo y en transición

Errores en la cirugía e infecciones asociadas a la atención sanitaria

- Origen de daños en todos los países
- Informes preliminares en países en desarrollo y transición

Sangre y hemoderivados no seguros

- Probablemente la principal causa de daño en algunos países en vías de desarrollo.
- Informes previos de calidad suficiente en determinados países (OMS)

Seguridad del paciente entre las embarazadas y recién nacidos

- Se precisan mejores informes de países en desarrollo y en transición

Jha AK, Prasopa-Plaizier N, Larizgoitia I, Bates DW. Error management: Patient safety research: an overview of the global evidence. Qual Saf Health Care. 2010;19:42-47

<http://qualitysafety.bmj.com/content/19/1/42.full>

Riesgos asociados a las inyecciones

- Cada año se aplican 16 mil millones de inyectables en los países en desarrollo
- 39,6% con jeringuillas y agujas reutilizadas no esterilizadas (70% en algunos países)
- La eliminación de residuos, con frecuencia, no se encuentra legislada, pudiendo existir, incluso, una reventa de los mismos en el mercado negro

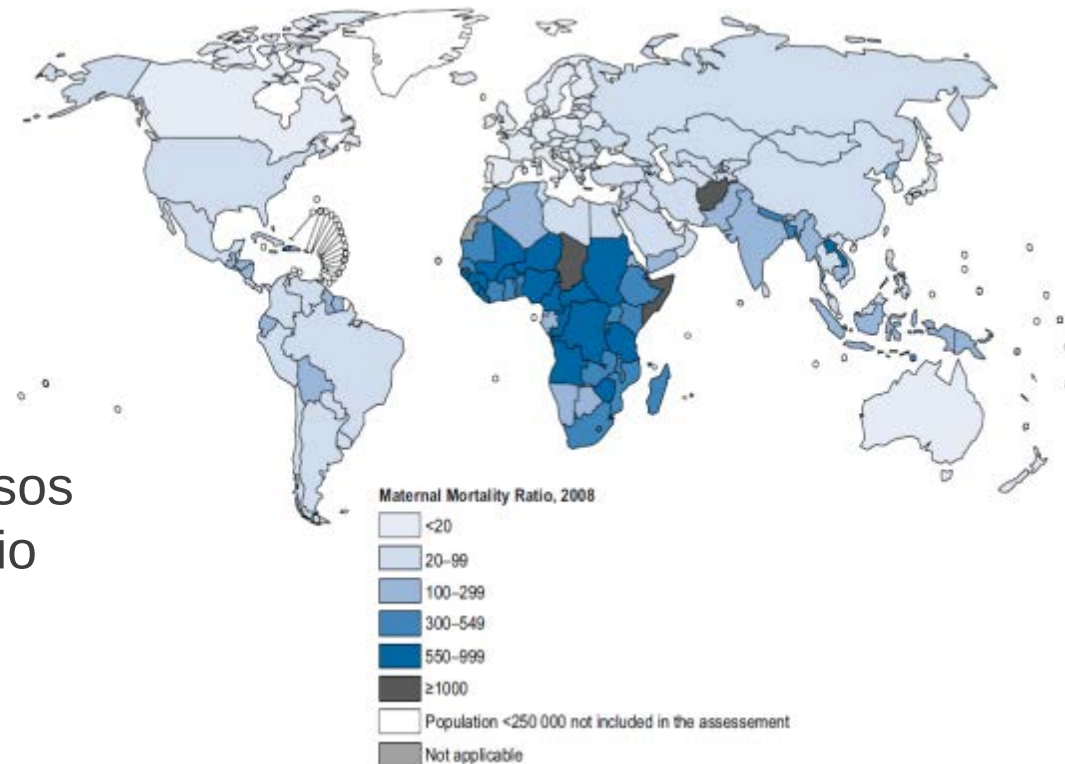


Se desconoce el total de EA originados por prácticas de riesgo en la administración IM o IV de fármacos.



Atención obstétrica insegura: algunos ejemplos

- Tasas de mortalidad materna elevadas
- El 47% de los nacimientos en países en desarrollo no son atendidos por profesionales sanitarios
- Prevalencia de eventos adversos en Obstetricia de 8,4% (Estudio IBEAS)



<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr77/es/index.html>

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

Trasfusiones no controladas y medicamentos falsos

- 5-15% de las infecciones por VIH en los países en vías de desarrollo son debidas a transfusiones no controladas adecuadamente.
- Los riesgos de transmisión de sangre contaminada son: hepatitis B y C, sífilis, paludismo, enfermedad de Chagas y fiebre del Nilo Occidental.
- Los medicamentos falsos representan hasta el 30% de los fármacos consumidos en algunos países.



Actualmente los daños y el impacto debidos a transfusiones no controladas es desconocido.



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

Déficit de personal sanitario cualificado

- Se estima que en 57 países existe un déficit de 2,4 millones de médicos, enfermeras y comadronas, particularmente en África Subsahariana y sudeste asiático (WHO, 2006).
- La fatiga y la presión asistencial incrementan el riesgo de errores.



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

Algunas iniciativas de mejora ante problemas universales de la seguridad del paciente

- Higiene de manos y prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria
- Cirugía y Anestesia Segura
- Errores en la medicación
- Pacientes por la Seguridad de los pacientes



Cinco momentos para la higiene de manos



http://www.seguridaddelpaciente.es/recursos/documentos/HigieneManos/manual_tecnico.pdf

http://www.who.int/gpsc/information_centre/gpsc_5_momentos_poster_es.pdf

SAVE LIVES
Clean Your Hands

Manual técnico de referencia para la higiene de las manos

Dingido a los profesionales sanitarios, a los formadores y a los observadores de las prácticas de higiene de las manos

1 ANTES DEL CONTACTO DIRECTO CON EL PACIENTE

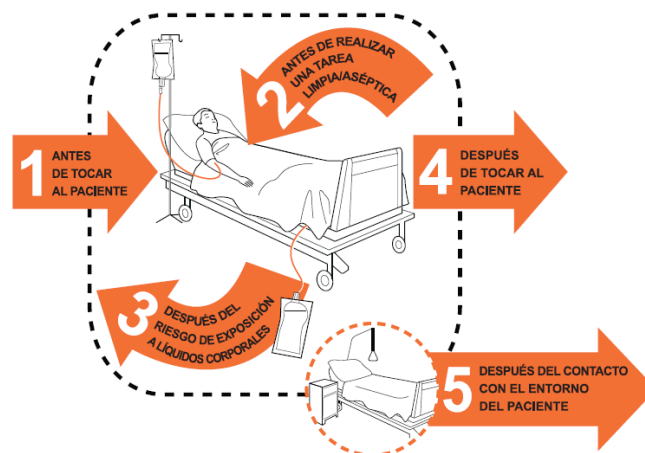
2 ANTES DE REALIZAR UNA TAREA LIMPIA O ASEPTICA

3 DESPUES EXPOSICIÓN A FLUIDOS CORPORALES

4 DESPUES DEL CONTACTO CON EL PACIENTE

5 DESPUES DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE

Sus 5 Momentos para la Higiene de las Manos



1	ANTES DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO? Lávese las manos antes de tocar al paciente cuando se acerque a él. ¿POR QUÉ? Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tiene usted en las manos.
2	ANTES DE REALIZAR UNA TAREA LIMPIA/ASEPTICA	¿CUÁNDO? Lávese las manos inmediatamente antes de realizar una tarea limpia/aseptica. ¿POR QUÉ? Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluidos los gérmenes del propio paciente.
3	DESPUES DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A LIQUIDOS CORPORALES	¿CUÁNDO? Lávese las manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales (y tras quitarse los guantes). ¿POR QUÉ? Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
4	DESPUES DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO? Lávese las manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deje la cabecera del paciente. ¿POR QUÉ? Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
5	DESPUES DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE	¿CUÁNDO? Lávese las manos después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje (incluso aunque no haya tocado al paciente). ¿POR QUÉ? Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.



Organización Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente
UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES
Clean Your Hands

La Organización Mundial de la Salud ha tomado todas las precauciones necesarias para asegurar la información contenida en este documento. Sin embargo, el material publicado no garantiza su exactitud, ya que esta depende de la calidad de los datos de la información y del uso del material. La Organización Mundial de la Salud no puede ser considerada responsable de los daños que pudieran ocasionar su utilización. La OMS agradece a los Hospitales Universitarios de Ginebra (HUG) su participación activa en la redacción de este material.

Organización Mundial de la Salud, Octubre 2010

Cirugía y anestesia segura Impacto del Check-List quirúrgico*

- Cada año se realizan en el mundo 234 millones de intervenciones quirúrgicas de cirugía mayor
- De todas las medidas de intervención posibles, el uso de la lista de verificación fue la más efectiva

	Antes	Después
Tasa de mortalidad	1.5%	0.8%
Tasa de complicaciones	11%	7%


Organización Mundial de la Salud
Una alianza mundial para una atención más segura

Seguridad del Paciente
Una alianza mundial para una atención más segura

Lista de verificación de la seguridad de la cirugía

Antes de la inducción de la anestesia
(Con el enfermero y el anestesta, como mínimo)

- ¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?
☐ SI
- ¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?
☐ SI
☐ No procede
- ¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?
☐ SI
- ¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?
☐ SI
- ¿Tiene el paciente...
 - ... Alergias conocidas?
☐ No
☐ SI
 - ... Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?
☐ No
☐ SI, y hay materiales y equipos / ayuda disponible
 - ... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)?
☐ No
☐ SI, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales

Antes de la incisión cutánea
(Con el enfermero, el anestesta y el cirujano)

- ☐ Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función
- ☐ Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento
- ¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?
☐ SI
☐ No procede
- Prevención de eventos críticos**
 - Cirujano:
 - ☐ ¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados?
 - ☐ ¿Cuánto durará la operación?
 - ☐ ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?
 - Anestesta:
 - ☐ ¿Presenta el paciente algún problema específico?
 - Equipo de enfermería:
 - ☐ ¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)?
 - ☐ ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?
- ¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?
☐ SI
☐ No procede

Antes de que el paciente salga del quirófano
(Con el enfermero, el anestesta y el cirujano)

- El enfermero confirma verbalmente:**
 - ☐ El nombre del procedimiento
 - ☐ El recuento de instrumentos, gases y agujas
 - ☐ El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)
 - ☐ Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos
- Cirujano, anestesta y enfermero:**
 - ☐ ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente?

La presente lista no pretende ser exhaustiva. Se recomienda completarla o modificarla para adaptarla a la práctica local.

Revisado 1 / 2009 © OMS, 2009

Haynes AB et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *N Engl J Med* 2009;360:491-9 <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0810119>

De Vries EN et al. Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes. *N Engl J Med* 2010;363:1928-37 <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa0911535>



Organización Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

Errores de medicación (EM)

- Problema de salud pública hospitalaria en todos los países
- Estudios realizados en España indican que los efectos adversos motivados por los EM motivan entre el 4,7 y el 5,3% de los ingresos hospitalarios en España (Otero MJ, 20001, Martín MT, 2002).
- Estudios observacionales muestran en hospitales una tasa de EM del 12,8% cuando se incluyen errores de transcripción, dispensación y tomas (Grupo de trabajo de errores de medicación SCIAS, 2001)
- Son los eventos adversos más comunes en atención primaria de salud (Estudio APEAS, 2008)

Medicamentos de aspecto similar



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

Medicamentos con similitud fonética u ortográfica

<http://www.ismp-espana.org/ficheros/Actualización%20nuevos%20pares%20nombres%202005-2010.pdf>



NUEVOS PARES DE NOMBRES DE MEDICAMENTOS QUE SE CONFUNDEN POR SIMILITUD ORTOGRÁFICA Y/O FONÉTICA

(Complementa el listado publicado en 2005 por el ISMP-España y el Consejo)

A	
Ácido fólico ↔ Ácido folínico	Cefotaxima ↔ Ceftriaxón
Acfol® ↔ Kefol®	Cefotaxima ↔ Ceftriaxón
Acrel® ↔ Actonel®	Cefotaxima ↔ Ceftriaxón
Actonel® ↔ Acrel®	Cefotaxima ↔ Ceftriaxón
Adriamicina ↔ Epiadriamicina	Cefotaxima ↔ Ceftriaxón
Advagraf® ↔ Prograf®	Cefotaxima ↔ Ceftriaxón
Algidol® ↔ Orfidol®	Cefotaxima ↔ Ceftriaxón
Amlodipino ↔ Armolipid®	Cefotaxima ↔ Ceftriaxón
Anafranil® ↔ Enalapril®	Cefotaxima ↔ Ceftriaxón
Anepal® ↔ Apocard®	Cefotaxima ↔ Ceftriaxón
Apocard® ↔ Anepal®	Cefotaxima ↔ Ceftriaxón
Aprovel® ↔ Atrovent®	Cefotaxima ↔ Ceftriaxón
Aprovel® ↔ Seroquel®	Cefotaxima ↔ Ceftriaxón
Aranesp® ↔ Aricept®	Cefotaxima ↔ Ceftriaxón
Aranesp® ↔ Avonex®	Cefotaxima ↔ Ceftriaxón
Aremis® ↔ Arimidex®	Cefotaxima ↔ Ceftriaxón
Aricept® ↔ Aranesp®	Cefotaxima ↔ Ceftriaxón
Aricept® ↔ Azilect®	Cefotaxima ↔ Ceftriaxón
Arimidex® ↔ Aremis®	Cefotaxima ↔ Ceftriaxón
Armolipid® ↔ Amlodipino	Cefotaxima ↔ Ceftriaxón
Atrovent® ↔ Aprovel®	Cefotaxima ↔ Ceftriaxón
Avandamet® ↔ Sinemet®	Cefotaxima ↔ Ceftriaxón
D	
Avandia® ↔ Avidart®	Dabonil® plus ↔ Dobup
Avidart® ↔ Avandia®	Dactinomicina ↔ Daptón
Avonex® ↔ Aranesp®	Dafalgán® ↔ Dalparán®
Aziatropina ↔ Azitromicina	Daktarin® ↔ Dastosin®
Azilect® ↔ Aricept®	Dalparán® ↔ Dafalgán®
Azitromicina ↔ Aziatropina	Dalparán® ↔ Dolcopin®
B	
Bristacool® ↔ Pritadol®	Daonil® ↔ Diemil®
C	
Calbióm® ↔ Cebión®	Daptomicina ↔ Dactinon
Carboplatino ↔ Cisplatino	Daunorubicina ↔ Doxor
Cardiovás® ↔ Co diován®	Daunorubicina ↔ Idarubi
Cardurán® ↔ Condrosán®	Decentán® ↔ Dercutane
Casenglicol® ↔ Casenglicol®	Dercutane ↔ Decentán
Casenglicol® ↔ Casenbionic®	Dexametasona ↔ Doxaz
Cebión® ↔ Calbióm®	Dextetropofeno ↔ Dextr
Ceclor® ↔ Cedax®	Dextropropoxifeno ↔ De
Cedax® ↔ Ceclor®	Diazepam ↔ Diltiazem
Cefazolina ↔ Cefotaxima	Diazepam ↔ Diltiazem
Cefazolina ↔ Ceftriaxida	Diazepam ↔ Diltiazem
Cefonicida ↔ Cefotaxima	Diazepam ↔ Diltiazem
Cefotaxima ↔ Cefazolina	Diazepam ↔ Diltiazem
Cefotaxima ↔ Cefonicida	Diazepam ↔ Diltiazem
Cefotaxima ↔ Cefoxitina	Diazepam ↔ Diltiazem
Cefotaxima ↔ Cefoxitina	Diazepam ↔ Diltiazem

Dobutamina ↔ Dopamina	H
Dolac® ↔ Dolorac®	Hidroaltesona® ↔ Hidroclorotiaz
Dolcopin® ↔ Dalparán®	Hidroclorotiazida ↔ Hidroclorotiaz
Dolorac® ↔ Dolac®	Hidrosaluretil® ↔ Hidroxil®
Dolquine® ↔ Depakine®	Hidroxycarbamida ↔ Hidroxocoba
Dolvirán® ↔ Dorival®	Hidroxil® ↔ Hidrosaluretil®
Doneka® ↔ Dorkén®	Hidroxocobalamina ↔ Hidroxicar
Dopamina ↔ Dobutamina	Humalog® ↔ Humulina®
Dorival® ↔ Dolvirán®	Humalog basal kwikpen® ↔ Hum
Dorkén® ↔ Doneka®	Humalog kwikpen® ↔ Humalog t
Doxorubicina ↔ Daunorubicina	Humulina® ↔ Humalog®
Doxazosina ↔ Dexametasona	I
Doxazosina ↔ Digoxina	Idarubicina ↔ Daunorubicina
Doxium® ↔ Nexium®	Inaspir® ↔ Inspra®
Duodart® ↔ Duotrav®	Infanrix® ↔ Infanrix-IPV+HiB®
Duotrav® ↔ Duodart®	Infanrix-IPV+HiB® ↔ Infanrix®
E	
Enalapril® ↔ Anafranil®	Inspra® ↔ Inaspir®
Eneas® ↔ Eucras®	Interderm® ↔ Intiderm®
Eucras® ↔ Eneas®	Intiderm® ↔ Interderm®
Epiadriamicina ↔ Adriamicina	Inanz® ↔ Simdax®
Escitalopram ↔ Citalopram	Iopimax® ↔ Topamax®
Eskazine® ↔ Eskazole®	K
Eskazole® ↔ Eskazine®	Kefol® ↔ Acol®
Esmerón® ↔ Esmolol	Ketolar® ↔ Ketorolaco
Esmolol ↔ Esmerón®	Ketorolaco ↔ Ketolar®
L	
Etopósido ↔ Tenipósido	Lamictal® ↔ Lamisil®
F	
Farmiblastina® ↔ Farmorubicina®	Lamictal® ↔ Largactil®
Farmorubicina® ↔ Farmiblastina®	Lamisil® ↔ Lamictal®
Femara® ↔ Femivit®	Largactil® ↔ Lamictal®
Femivit® ↔ Femara®	Levofloxacino ↔ Levotiroxina
Fer-in-sol® ↔ Ferbisol®	Levofloxacino ↔ Norfloxacin
Ferbisol® ↔ Fer-in-sol®	Levotiroxina ↔ Levofloxacino
Ferplex® ↔ Flurpax®	Linoter® ↔ Lonitén®
Ferrum Sandoz® ↔ Ferrum Sandoz®	Liplat® ↔ Lipolac®
Ferrum Sandoz® ↔ Ferrum Sandoz®	Lipolac® ↔ Liplat®
Fluimucil® ↔ Flumazenilo	Lonitén® ↔ Linoter®
Flumazenilo ↔ Fluimucil®	Lumigán® ↔ Luminal®
Flurpax® ↔ Ferplex®	Luminal® ↔ Lumigán®
M	
Fondaparinux® ↔ Fraxiparina®	Manidón Retard® ↔ Masdil Retar
Forsteo® ↔ Foster®	Masdil® ↔ Mastical®
Foster® ↔ Forsteo®	Masdil Retard® ↔ Manidón Retar
Fosamax® ↔ Fosavance®	Mastical® ↔ Masdil®
Fosavance® ↔ Fosamax®	Metamizol ↔ Metamucil®
Fraxiparina® ↔ Fondaparinux®	Metamizol ↔ Metimazol
Fucibet® ↔ Fucidine®	Metamucil® ↔ Metamizol
Fucidine® ↔ Fucibet®	Metimazol ↔ Metimazol
G	
Genoxal® ↔ Seroxat®	Metimazol ↔ Metronidazol
Glizolán® ↔ Mizolén®	Metronidazol ↔ Metimazol
	Milzone® ↔ Mysoline®

Mitomicina ↔ Mitoxantrona	Pritor® ↔ Proscar®
Mitoxantrona ↔ Mitomicina	Progeffik® ↔ Prograf®
Mizolén® ↔ Glizolam®	Prograf® ↔ Advagraf®
Monocid® ↔ Movicol®	Prograf® ↔ Progeffik®
Monurol® ↔ Movicol®	Prograf® ↔ Prozac®
Movicol® ↔ Monocid®	Pronitol® ↔ Pritor®
Movicol® ↔ Monurol®	Proscar® ↔ Pritor®
Mucosán® ↔ Mucovital®	Prozac® ↔ Prograf®
Mucovital® ↔ Mucosán®	Purelón® ↔ Purilón®
Mysoline® ↔ Milzone®	Purilón® ↔ Purelón®
N	
Nasacort® ↔ Nasonex®	R
Nasonex® ↔ Nasacort®	Relapaz® ↔ Relpax®
Nerbovin® ↔ Neurontin®	Relpax® ↔ Relapaz®
Nerdipina® ↔ Nevirapina	Reminyl® ↔ Revlimid®
Neurontin® ↔ Nerbovin®	Renitec® ↔ Renitecmax®
Nevirapina ↔ Nerdipina®	Renitecmax® ↔ Renitec®
Nexium® ↔ Doxium®	Revlimid® ↔ Reminyl®
Norditropin® ↔ Nutropin®	Rhonal® ↔ Roname®
Norfloxacino ↔ Levofloxacino	Rimstar® ↔ Romilar®
Norvas® ↔ Norvir®	Rocoz® ↔ Zocor®
Norvas® ↔ Novonorm®	
Norvir® ↔ Norvas®	
Novonorm® ↔ Norvas®	
Novorapid Flexpen® ↔ Novor	
Novomix Flexpen® ↔ Novora	
Nutropin® ↔ Norditropin®	
O	
Oncosal® ↔ Onsenal®	
Onsenal® ↔ Oncosal®	
Orfidol® ↔ Algidol®	
Oxycontin® ↔ Oxynorm®	
Oxycontin® ↔ Oxycontin®	
P	
Paidofebril® ↔ Paidoterin®	
Paidoterin® ↔ Paidofebril®	
Pantomicina® ↔ Pantoprazol	
Pantoprazol ↔ Pantomicina®	
Pantoprazol ↔ Paracetamol	
Paracetamol ↔ Pantoprazol	
Parizac® ↔ Pazital®	
Pazital® ↔ Parizac®	
Pectox lisina® ↔ Pentoxifilina	
Pentoxifilina ↔ Pectox lisina®	
Piraxin® ↔ Spiraxin®	
Plasimine® ↔ Polaramine®	
Polaramine® ↔ Plasimine®	
Primovist® ↔ Primovist®	
Primovist® ↔ Primovist®	
Pritadol® ↔ Bristacool®	
Pritor® ↔ Pronitol®	

Taxol® ↔ Taxotere®	Urolosin® ↔ Urolog®
Taxotere® ↔ Taxol®	Urolosin® ↔ Ursochol®
Telzir® ↔ Trizivir®	Urolog® ↔ Urolosin®
Tenipósido ↔ Etopósido®	Ursochol® ↔ Urolosin®
Terazosina ↔ Torasemida	V
Terbasmin® ↔ Termalgin®	Valaciclovir ↔ Valganciclovir
Termalgin® ↔ Terbasmin®	Valcycyte® ↔ Valtrex®
Tiaprozál® ↔ Tirodriol®	Valganciclovir ↔ Valaciclovir
Tirodriol® ↔ Tiaprozál®	Valtrex® ↔ Valcycyte®
Tobradex® ↔ Tobrex®	Venofer® ↔ Venolep®
Tobrex® ↔ Tobradex®	Venofer® ↔ Vfend®
Tofrani® ↔ Topamax®	Venolep® ↔ Venofer®
Topamax® ↔ Iopimax®	Ventavis® ↔ Ventolin®
Topamax® ↔ Tofrani®	Ventolin® ↔ Ventavis®
Toradol® ↔ Tramadol	Vfend® ↔ Venofer®
Torasemida ↔ Terazosina	Vinblastina ↔ Vincristina
Tramadol ↔ Toradol®	Vincristina ↔ Vinblastina
Tramadol ↔ Tromalyt®	X
Tramadol ↔ Xumadol®	Xumadol® ↔ Tramadol
Trialmín® ↔ Trileptal®	Z
Trileptal® ↔ Trialmín®	Zeffix® ↔ Zerit®
Trizivir® ↔ Telzir®	Zerit® ↔ Zeffix®
Trizivir® ↔ Truvada®	Zitromax® ↔ Zovirax®
Tromalyt® ↔ Tramadol	Zocor® ↔ Rocoz®
Truvada® ↔ Trizivir®	Zovirax® ↔ Zitromax®
Urolosin® ↔ Urolog®	Zylorel® ↔ Zyvoxid®
Urolosin® ↔ Ursochol®	Zyvoxid® ↔ Zyloric®
Urolog® ↔ Urolosin®	
Ursochol® ↔ Urolosin®	
Valciclovir ↔ Valganciclovir	
Valcycyte® ↔ Valtrex®	
Valganciclovir ↔ Valaciclovir	
Valtrex® ↔ Valcycyte®	
Venofer® ↔ Venolep®	
Venofer® ↔ Vfend®	
Venolep® ↔ Venofer®	
Ventavis® ↔ Ventolin®	
Ventolin® ↔ Ventavis®	
Vfend® ↔ Venofer®	
Vinblastina ↔ Vincristina	
Vincristina ↔ Vinblastina	
Xumadol® ↔ Tramadol	
Zeffix® ↔ Zerit®	
Zerit® ↔ Zeffix®	
Zitromax® ↔ Zovirax®	
Zocor® ↔ Rocoz®	
Zovirax® ↔ Zitromax®	
Zylorel® ↔ Zyvoxid®	
Zyvoxid® ↔ Zyloric®	
Unidor® ↔ Urinorm®	
Urinorm® ↔ Unidor®	

Los pacientes como aliados

http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/

Patients for Patient Safety



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

Pacientes para la seguridad del paciente

trabajando conjuntamente para que el cuidado del paciente sea más seguro

Pacientes para la seguridad del paciente es una red de pacientes y familiares que han sufrido un daño prevenible, al ser atendidos en instituciones sanitarias. En esta red también participan defensores de pacientes, legisladores, cuidadores y otras personas, tanto de países desarrollados como en vías de desarrollo, dedicadas a mejorar la seguridad del paciente mediante un trabajo coordinado.

Pacientes para la seguridad del paciente

- Crean que la seguridad mejorará si se incluyen a los pacientes como miembros activos en iniciativas de reformas.
- Promueve que el paciente se involucre, adquiera autoridad y liderazgo y que participe en la creación y diseminación de las iniciativas para la seguridad del paciente.
- Esta iniciativa está liderada por los pacientes y guiada por los valores expresados en la Declaración de Londres.

La sabiduría colectiva, determinación y pasión del conjunto de pacientes es un gran recurso para el esfuerzo global en la mejora de la seguridad de las prácticas de los cuidados de salud



World Health
Organization

Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

Iniciativas para involucrar a los pacientes



Ask Me3™

Tres preguntas para mejorar la salud

Cada vez que hable con el médico, el enfermero o el farmacéutico, hágales «las tres preguntas» para entender mejor su salud

¿Cuál es mi problema principal?

¿Qué debo hacer?

¿Por qué es importante para

SpeakUP™

Ayuda a evitar los errores en las pruebas médicas y de laboratorio

Las pruebas médicas y los análisis de laboratorio son auxilios importantes para los médicos. Sin embargo, a veces se pide la prueba equivocada. O los resultados pueden malinterpretarse. O su médico recibe los resultados demasiado tarde para darle el mejor tratamiento posible. Algunos exámenes pueden tener efectos secundarios que pueden lastimarlo. Este folleto incluye preguntas y respuestas para ayudarlo a prepararse para el examen.

Para más información visite: [Speak Up: Help Prevent Errors in Your Care-Laboratory Services \(Ayuda a evitar errores en su atención médica: para servicios de laboratorio\)](http://www.speakup.org), http://www.jointcommission.org/PatientSafety/SpeakUp/speakup_bro.htm

Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety (Diario de la Comisión conjunta de calidad y seguridad del paciente), Volumen 31, Número 2, Febrero de 2005

www.radiologyinfo.org

The Joint Commission

Red Ciudadana de Formadores en Seguridad del Paciente

Quiénes somos | Cómo contactar | Noticias | Próximos eventos | Estudios | Declaraciones

<http://formacion.seguridaddelpaciente.es/>

Una norma, algunas recomendaciones y un compromiso,

por la

seguridad

de los **pacientes**

GOBIERNO DE ARAGÓN



Organización
Mundial de la Salud

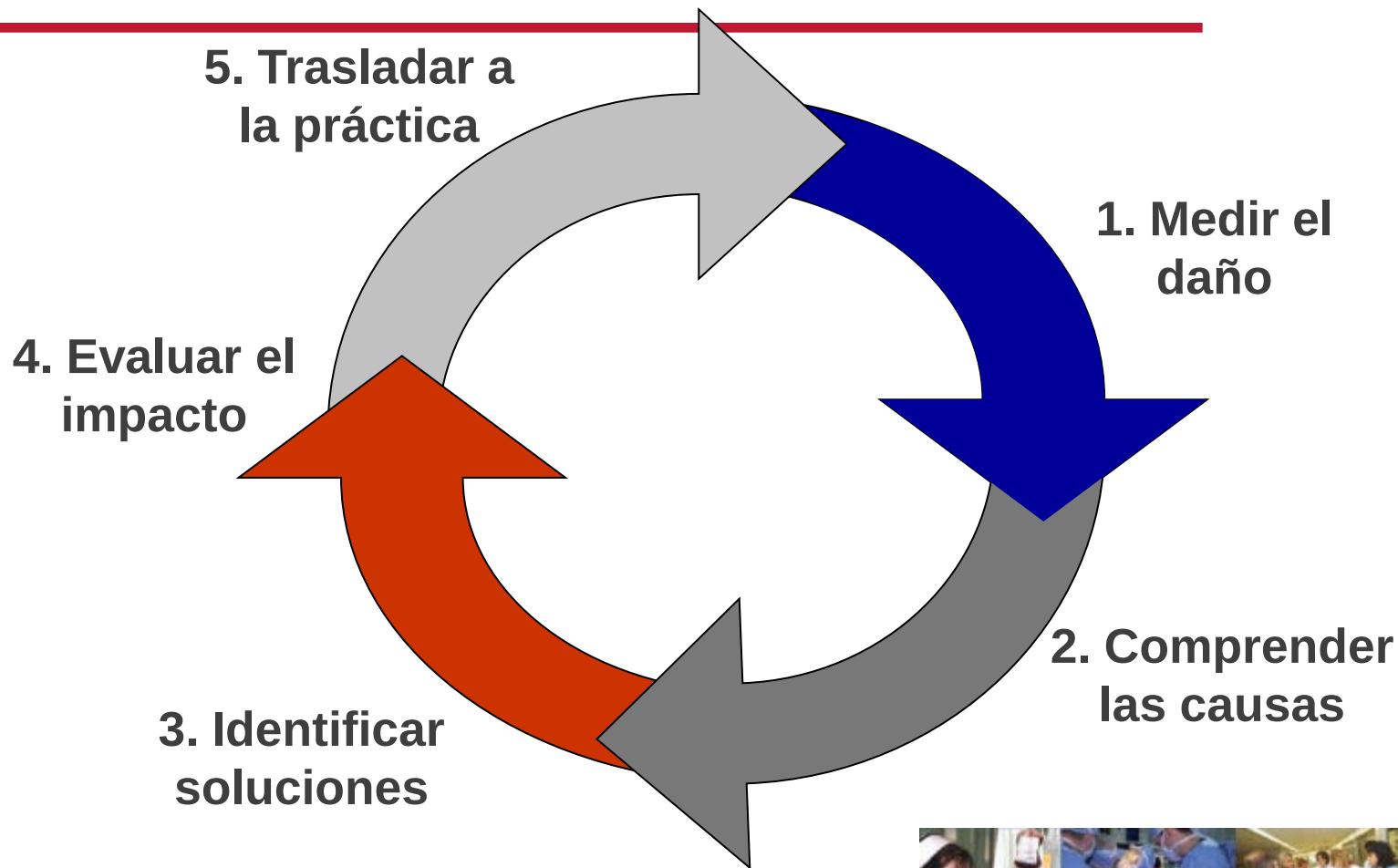
Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

4. Retos y enfoques de la investigación en seguridad del paciente



El ciclo de investigación en Seguridad del Paciente



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

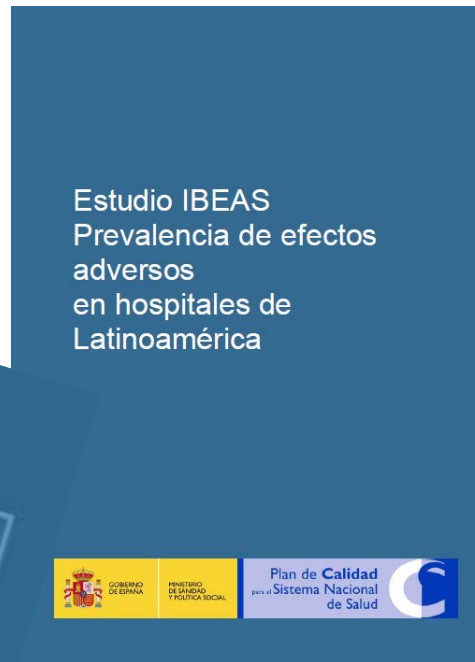
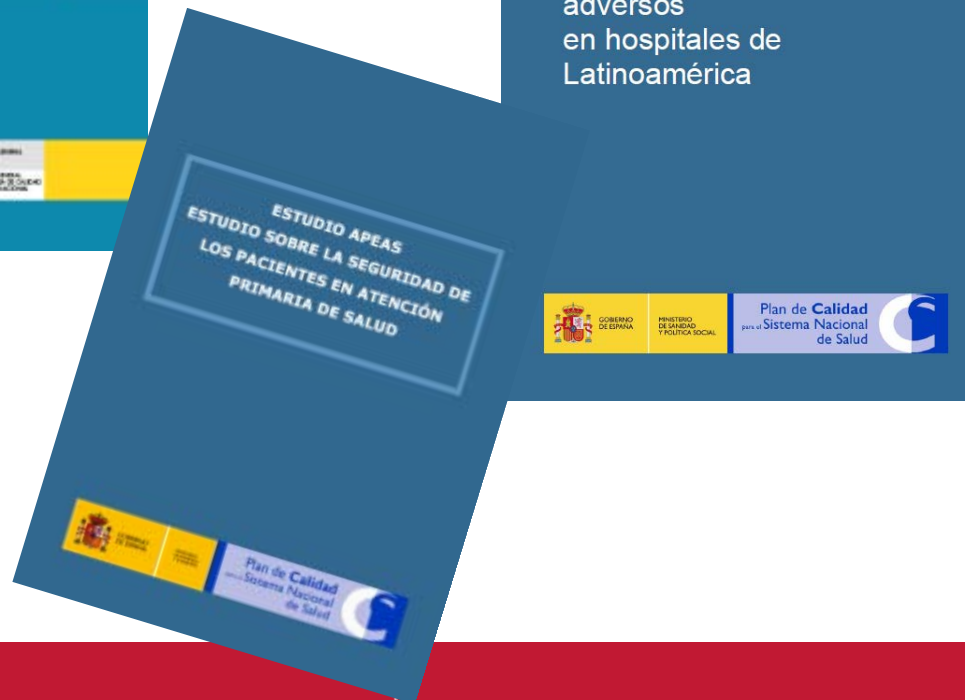
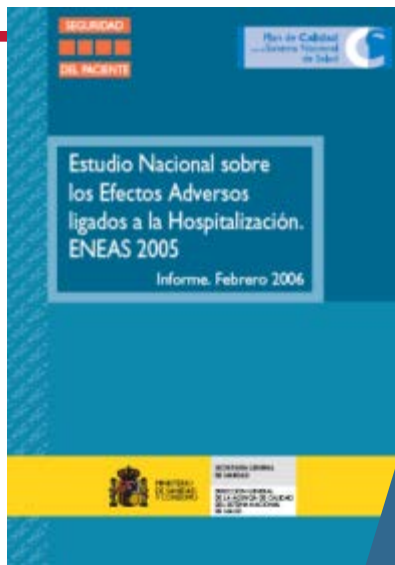


Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente

La Investigación en Seguridad del Paciente

Mayor conocimiento para una atención más segura

Iniciativas en español



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

5. Discusión y conclusiones



Conclusiones (I)

- La seguridad del paciente es un problema que, con diferentes matices, afecta a todos los países.
- Cuantificar el problema y comprender los factores que determinan su magnitud y gravedad es una prioridad de salud pública
- El método epidemiológico y el análisis individual de incidentes y eventos adversos son indispensables para mejorar.
- Es necesaria una taxonomía común para que todos hablemos de lo mismo.

Conclusiones (II)

- Muchos problemas pueden evitarse y algunos remediarse: el enfoque sistémico que considera todos los factores contribuyentes es esencial
- La inseguridad del paciente es un problema crónico de los centros sanitarios. Por tanto requieren tratamiento prolongado y perseverancia
- La investigación es necesaria para :
 - Identificar y describir los problemas de seguridad
 - Pilotar y desarrollar soluciones



Discusión

- Hay alguien que no haya vivido en su entorno de trabajo:
 - ¿Un EA asociado a problemas de comunicación entre profesionales?
 - ¿Un EA asociado a problemas de supervisión de nuevos profesionales?
 - ¿Un EA asociado a falta de precisión en la asignación de tareas?
 - ¿Un EA asociado a fallos latentes en el sistema?



Algunas cuestiones sobre el tema (1)

Un error es el incumplimiento deliberado y sistemático de las normas y reglas de la atención sanitaria:

a. Verdadero

b. Falso

¿Cuáles de los siguientes factores facilitan la aparición de errores por omisión o por comisión?:

a. Recurrir a la memoria

b. Procedimientos de trabajo no normalizados

c. Sobrecarga de trabajo

d. Todos los anteriores



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

Algunas cuestiones sobre el tema (2)

El daño sufrido por un paciente como consecuencia de la atención recibida se denomina:

- a. Negligencia
- b. Malapaxis
- c. Incidente relacionado con la seguridad del paciente
- d. Evento adverso**

¿ La primera etapa del ciclo de investigación sobre seguridad del paciente es?:

- a. La medición del daño**
- b. El análisis de los factores contribuyentes
- c. La evaluación de la efectividad y la pertinencia de las soluciones de mejora
- d. Cuando desea comprobar las razones del por qué no funciona una solución
- e. Ninguna de las anteriores



Para saber más:

La investigación sobre seguridad del paciente: necesidades y perspectivas

C. Aibar-Remón^a, J.M. Aranaz-Andrés^b, J.I. García-Montero^c y R. Mareca-Doñate^a

^aHospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Universidad de Zaragoza, Zaragoza.

^bUniversidad Miguel Hernández, Hospital Sant Joan d'Alacant, Sant Joan d'Alacant, Alicante.

^cHospital Ernest Lluch, Caballud, Zaragoza, España.

Una atención sanitaria segura requiere aplicar procedimientos y prácticas con demostrada efectividad para reducir la aparición de fallos, errores y resultados adversos y también generar nuevos conocimientos sobre los factores que contribuyen a mejorar la seguridad del paciente.

Los resultados adversos y la seguridad del paciente no son conceptos distintos, sino las dos caras de una misma moneda, el riesgo asistencial. Debemos procurar que la prioridad de sanitarios y gestores sea la seguridad del paciente antes que las consecuencias de su deterioro. Son áreas fundamentales de investigación: eliminar la magnitud y las características del riesgo clínico, comprender los factores que contribuyen a la aparición de resultados adversos, evaluar el impacto de los resultados adversos en el sistema sanitario e identificar soluciones efectivas, factibles y sostenibles para lograr una atención segura.

Las cuestiones clave al elaborar proyectos de investigación sobre seguridad del paciente son: los objetivos del proyecto, su prioridad, la calidad de los datos e información, los recursos disponibles y la metodología.

El estudio de la seguridad del paciente y los resultados adversos precisa de dos perspectivas complementarias: una colectiva, fundamentada en el método epidemiológico y orientada a cuantificar los riesgos asistenciales, y otra individual, basada en métodos cualitativos, encaminada a analizar las causas y los factores contribuyentes.

Para mejorar la investigación sobre seguridad del paciente son necesarios: mejores sistemas de información, mayor colaboración entre los países desarrollados y países en transición y formación y difusión amplia de experiencias y resultados de los proyectos.

Palabras clave: Evaluación del riesgo. Seguridad de pacientes. Investigación.

Research on patient safety: needs and perspectives

A safe health care system requires applying procedures and practices that have demonstrated effectiveness in reducing errors, faults and adverse events in health care, but it also needs to update its knowledge on the factors that contribute to improve patient safety.

Adverse events and patient safety are two sides of the same coin, clinical risk. We must ensure that the priority of health managers and providers is aimed at patient safety more than adverse events.

They are some fundamental areas of research in patient safety: to estimate the magnitude and features of the clinical risk, to understand the factors contributing to the appearance of adverse events, to evaluate the impact of adverse events on health care system and to identify effective, feasible and sustainable solutions to achieve a safe health care.

Key points of patient safety research projects are: aims of research, priority, data and information quality, available resources and methodology.

Durante la realización de este estudio los autores han disfrutado de ayudas a la investigación de la Agencia Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (PI06/90699), del Fondo de Investigación Sanitaria (PI06/90318) y del Departamento de Ciencia, Tecnología y Universidad del Gobierno de Aragón (2008/45).

Correspondencia: Dr. C. Aibar-Remón.

Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Clínico

Universitario Lozano Blesa,

San Juan Bosco, 15, 50000 Zaragoza, España.

Correo electrónico: caibar@unizar.es

The study of the patient safety and adverse events needs two complementary perspectives: a collective one, based on epidemiological methods and aimed at quantifying the risks in healthcare, and an individual one, based on qualitative methods, to analyze causes and factors contributing to adverse events.

Several things are required to improve the patient safety research: better data and information systems, greater collaboration in training between developed and transitional countries, and wider dissemination of experiences and results of the projects.

Key points of patient safety research projects are: aims of research, priority, data and information quality, available resources and methodology.

The study of the patient safety and adverse events needs two complementary perspectives: a collective, based on epidemiological method and aimed at quantifying the risks of healthcare, and another individual, based on qualitative methods, to analyze causes and contributing factors of adverse events.

To improve the patient safety research are necessary: better data and information systems, bigger collaboration between developed and transitional countries training and wide dissemination of experiences and results of the projects.

Key words: Risk assessment. Safety. Research.

Marco conceptual de la seguridad del paciente

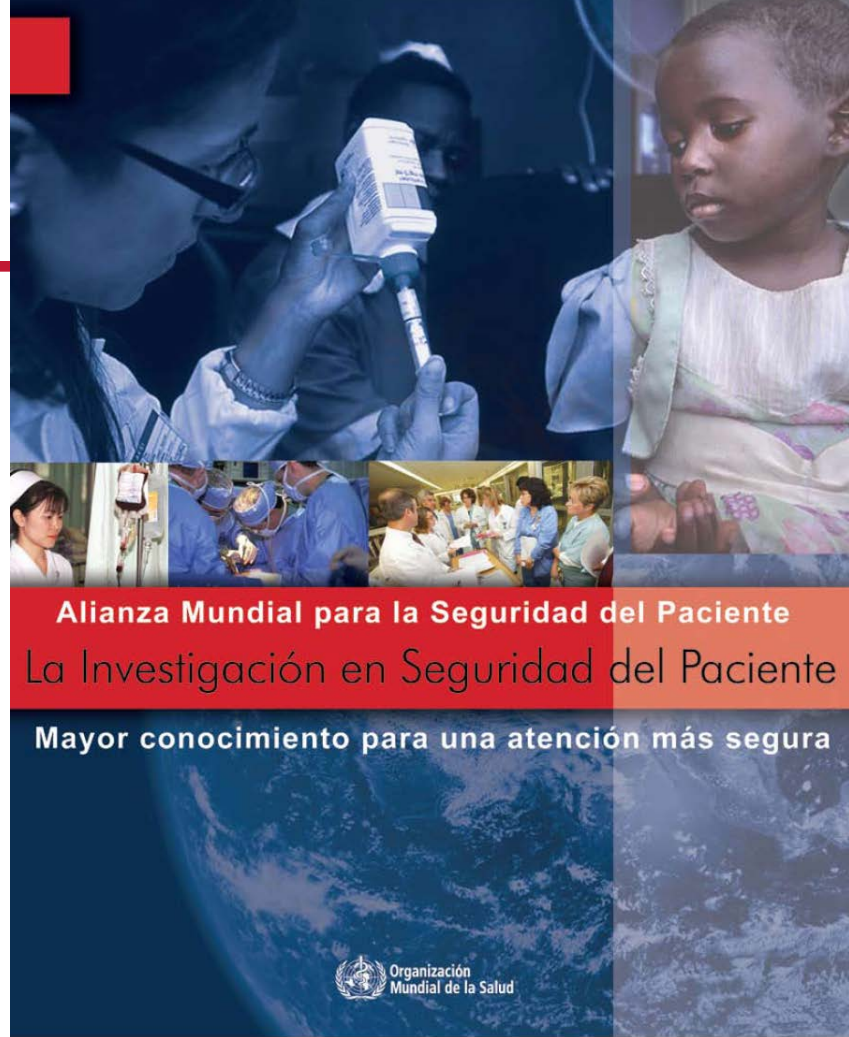
La seguridad del paciente (SP), dimensión clave de la calidad asistencial, es un concepto que incluye las actuaciones orientadas a eliminar, reducir y mitigar los resultados adversos (RA) producidos como consecuencia del proceso de atención a la salud.

Un RA relacionado con la asistencia es cualquier suceso asociado al proceso asistencial que suponga consecuencias negativas para el paciente. Su trascendencia se expresa en forma de fallecimiento, lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o incremento de consumo de recursos asistenciales en relación con la atención sanitaria¹.

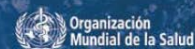
La SP es resultado de la interacción y el equilibrio permanente, por un lado, de una serie de condiciones latentes que incluyen la cantidad y calidad de los recursos, la llamada cultura de la seguridad y las características del contexto institucional y, por otro, de los profesionales y equipos que desarrollan su actividad en el entramado del sistema sanitario.

Asimismo, aunque la SP se centra en la prevención de los RA consecuencia de la atención recibida y no en las complicaciones o consecuencias del devenir desfavorable de la historia natural de la afección del paciente², algunas características de la población atendida, como el envejecimiento, las condiciones socioeconómicas, el nivel educativo y el apoyo familiar, constituyen una amenaza para la SP, dado que incrementan la vulnerabilidad del paciente (fig. 1).

Lograr una atención sanitaria más segura requiere un aprendizaje continuo sobre cómo interaccionan los diferentes componentes del sistema, lo que implica, por un lado, poner en práctica actuaciones con demostrada efectividad para reducir la probabilidad de aparición de fallos y errores,



Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente
La Investigación en Seguridad del Paciente
Mayor conocimiento para una atención más segura



Aibar C, Aranaz JM, García-Montero JI, Mareca R. . La investigación sobre seguridad del paciente: necesidades y perspectivas. *Med Clin (Barc)*.2008;131(Supl 3):12-7
<http://www.elsevier.es/en/node/2071048>



Gracias por su atención

Continuará....