



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

Curso virtual de introducción a la Investigación en Seguridad del Paciente

Sesión 3

¿Cómo medir los riesgos asociados a los cuidados?



Jesús M^a Aranaz Andrés



Vuestro profesor

Jesús M^a Aranaz Andrés

- Jefe del Servicio de Medicina Preventiva y Calidad Asistencial.
- Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant.
- Profesor de Salud Pública. Universidad Miguel Hernández.
- Académico de la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana.
- Experto en proyectos de OMS – OPS.



Objetivos pedagógicos

- Conocer las fases de un estudio
- Conocer las fuentes de datos
- Conocer los tipos de diseño para medir la seguridad/adversidad asociada a los cuidados.
- Conocer los principales métodos epidemiológicos para hacer estimaciones robustas de la frecuencia de EA.
- Describir los métodos validados por la OMS

Algunas cuestiones sobre esta lección

1. ¿Cuáles de las medidas aquí descritas hablan de errores?

- a. El porcentaje de pacientes que se sometieron a una intervención abdominal y que desarrollaron infección de la herida
- b. El numero de errores de medicación que ocurren cada día en una unidad de cuidados intensivos
- c. La tasa de muerte en cirugía cardíaca.
- d. El porcentaje del personal de enfermería por cama y cuidados intensivos

2. Entre estos métodos, ¿cuáles son pertinentes para hacer una estimación robusta de la frecuencia de EA?

- a. Observación sistemática de una actividad de cuidados
- b. Sistema interno del establecimiento
- c. Revisión de archivos
- d. Análisis profundizado de las causas

Algunas cuestiones sobre esta lección

- 3. ¿Cuál es la media de la frecuencia de errores médicos que ocurren en una unidad de cuidados intensivos?**
- a. Uno o dos errores por paciente y por semana
 - b. Uno o dos errores por paciente y por día
 - c. Diez errores por hora y por paciente
 - d. No hay errores si se trata de una buena unidad
- 4. En qué etapas la gestión de riesgo se puede medir?**
- a. Identificación de los niveles de riesgo
 - b. Priorización
 - c. Puesta en marcha de las acciones
 - d. Evaluación del impacto de las acciones



Fases de un estudio

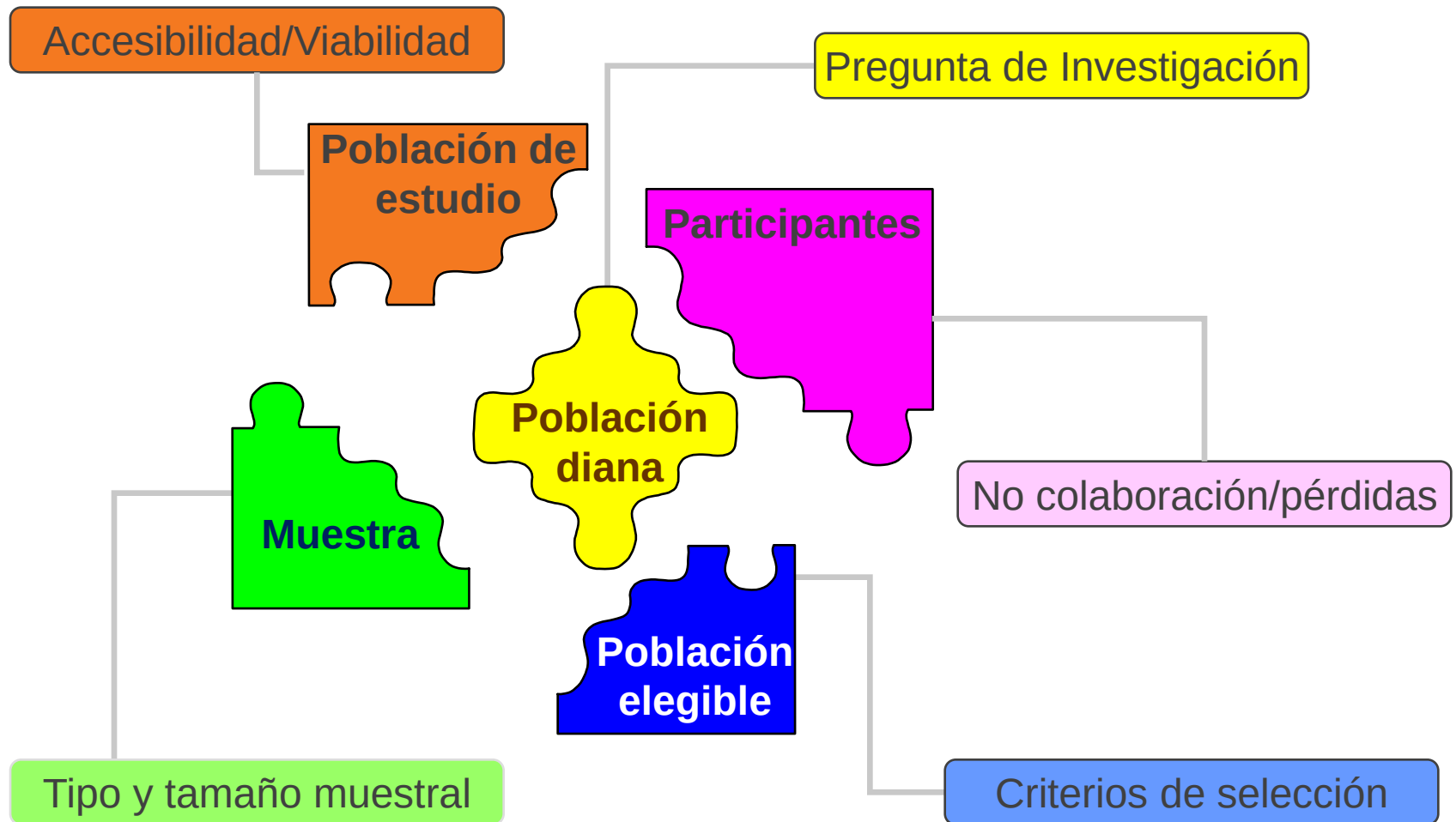


Objetivo de la investigación en SP

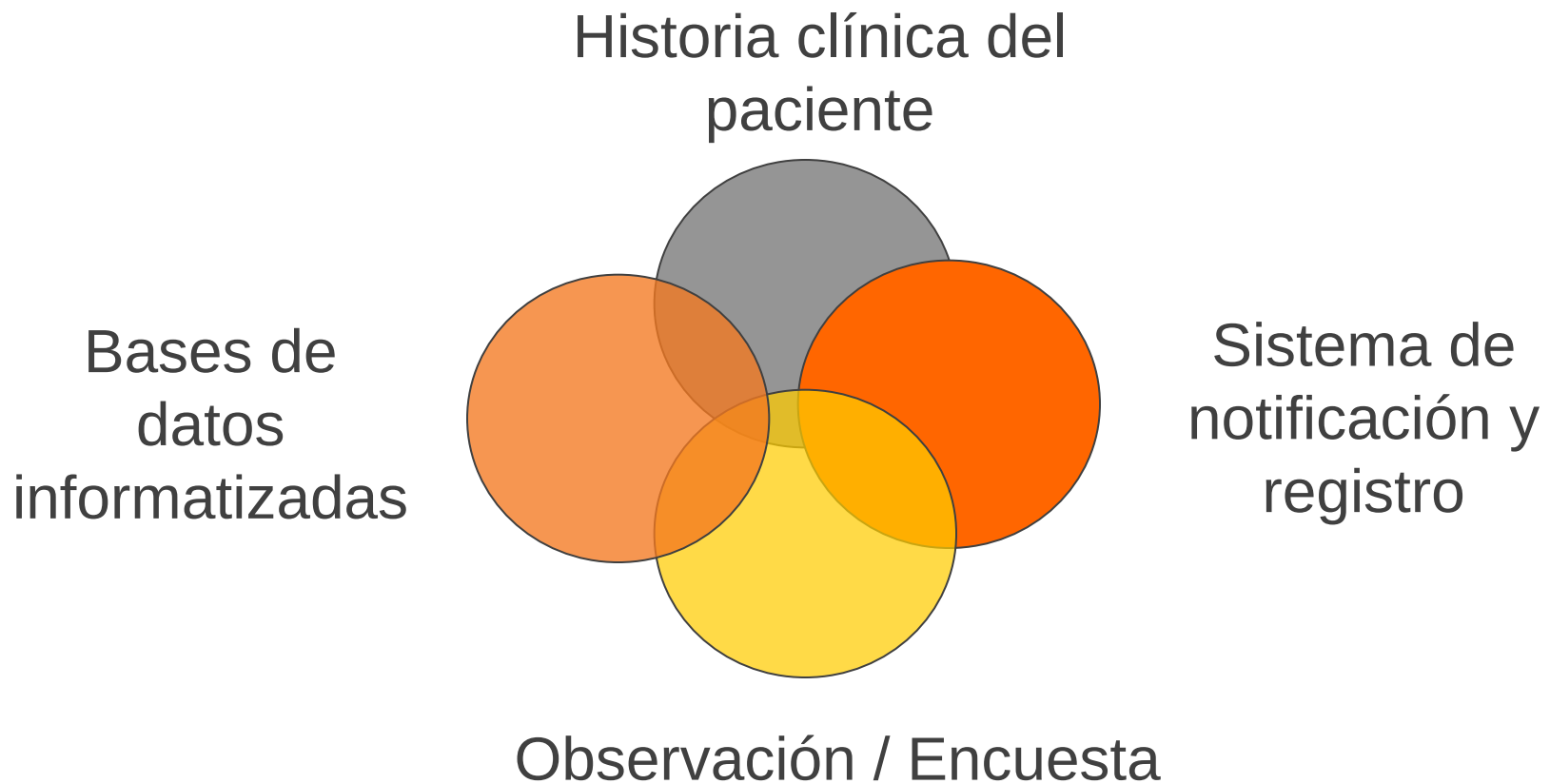
Objetivo	Cuantificarlos	Monitorizarlos	Comprenderlos
Prevalencia	+		
Prevalencia en panel	+	+	
Longitudinales	+	+	
Entrevistas			+
Análisis causal			+
Sucesos centinelas			
Grupos focales		+	+



Cuestiones clave



Fuentes de información



Fuentes de datos para el estudio del riesgo asistencial

- Autopsias y sesiones anatomoclínicas
- Análisis de reclamaciones y demandas
- Sistemas de notificación de errores, incidentes y accidentes
- Análisis de datos administrativos
- Revisión de la documentación clínica
- Observación directa
- Entrevistas con profesionales
- Técnicas cualitativas

Fuentes de datos para el estudio de EA

Métodos de estudio	Recursos	Tiempo	Disponibilidad documentación	Entrenamiento del equipo	Información particip.
Revisión de historias	+++	+++	+++	++	+
Entrevistas profesionales	+++	+++	++	++	+++
Grupo nominal	+	++	+	++	++
Observación directa	++	+++	+	++	+++



Fuentes de datos para el estudio de los EA. 1

Fuente de datos	Ventajas	Desventajas
Autopsias Sesiones anatomoclínicas	Pueden sugerir fallos latentes Bien aceptados por los profesionales Requeridos por normas de acreditación	Hindsight bias Centradas en errores diagnósticos Se utilizan poco y sin selección al azar
Análisis de reclamaciones y demandas	Aportan otras perspectivas Pueden detectar fallos latentes	Hindsight bias Sesgo de notificación Fuente de datos poco estandarizada Falsos positivos y negativos Variabilidad judicial
Sistemas de notificación de errores	Pueden detectar errores latentes A lo largo del tiempo, aportan perspectivas diversas Pueden ser rutinarios	Sesgo de notificación Hindsight bias
Análisis de datos administrativos	Utiliza datos disponibles Bajo coste	Pueden ser incompletos, poco precisos y ajenos al contexto clínico

Thomas EJ, Petersen LA. Measuring errors and adverse events in health care. *Journal of General Internal Medicine* 2003; 18:61-7.

Fuentes de datos para el estudio de los EA. 2

Fuente de datos	Ventajas	Desventajas
Revisión de documentación clínica	Utiliza datos disponibles Uso frecuente	Fiabilidad de la valoración Datos incompletos Hindsight bias Costosos de poner en práctica
Registros médicos electrónicos	Poco costosos de mantener Control en tiempo real Integración de fuentes múltiples de datos	Esfuerzo inicial de diseño Puede incluir entradas de errores Poco útil para detectar fallos latentes
Observación directa de la atención al paciente	Potencialmente precisa y exacta Aporta información no disponible por otras vías Detecta más errores activos que fallos del sistema	Costoso Dificultad de entrenar observadores Efecto Hawthorne Problemas de confidencialidad Exceso de información Hindsight bias Poco útil para fallos latentes
Seguimiento clínico	Potencialmente exacto y preciso para EA.	Costoso, poco útil para detectar fallos latentes.

Thomas EJ, Petersen LA. Measuring errors and adverse events in health care. *Journal of General Internal Medicine* 2003; 18:61-7.

Diseño de un estudio epidemiológico

Métodos, procedimientos y técnicas de

- Selección de individuos
- Recogida de información
- Análisis de resultados

El diseño condiciona la **validez**, la **utilidad** y el **alcance** de las **conclusiones** del estudio



Tipos de estudios epidemiológicos

- Según el conocimiento previo del problema en estudio (fase de la investigación)
- Según la actitud del investigador (observación o intervención)
- Según exista o no grupo de comparación y según la asignación de los individuos en estudio
- En función del tiempo y del seguimiento de los individuos en estudio.



Tipos de estudios epidemiológicos: según el conocimiento previo del problema (fase de la investigación)

Estudios exploratorios

- Útiles en la fase inicial del estudio de un problema
- Sirven para generar hipótesis
- Casi siempre estudios descriptivos

Estudios explicativos

- Útiles para verificar hipótesis generadas en estudios anteriores
- Pueden ser observacionales o experimentales, según exista o no asignación al azar de los individuos incluidos en el estudio



Tipos de estudios epidemiológicos: según la actitud del investigador (observación o intervención)

Estudios observacionales

- La naturaleza sigue su curso
- El investigador mide pero no interviene
- Pueden ser **descriptivos** de la frecuencia de una enfermedad o **analíticos** (relacionándola con otras variables, sin división al azar de los individuos)

Estudios experimentales o de intervención

- Implican el intento activo de cambiar un determinante de la enfermedad (exposición, conducta, tratamiento,..)
- Existe división al azar de los individuos incluidos en el estudio



Tipos de estudios epidemiológicos: según exista o no grupo de comparación

Sin grupo de comparación (descriptivos)

- Series de casos
- Prevalencia
- Antes-después
- Tendencias o series temporales
- Correlación ecológica
- Mortalidad proporcional

Con grupo control

■ Experimentales

Ensayos clínicos (randomizados)

Ensayos comunitarios

■ Analíticos

Casos y controles

Cohortes



Tipos de estudios epidemiológicos: en función del tiempo y del seguimiento de las personas a estudio.

Estudios transversales

No hay seguimiento de los individuos y todas las mediciones se realizan a la vez
Útiles para describir variables y sus patrones de distribución

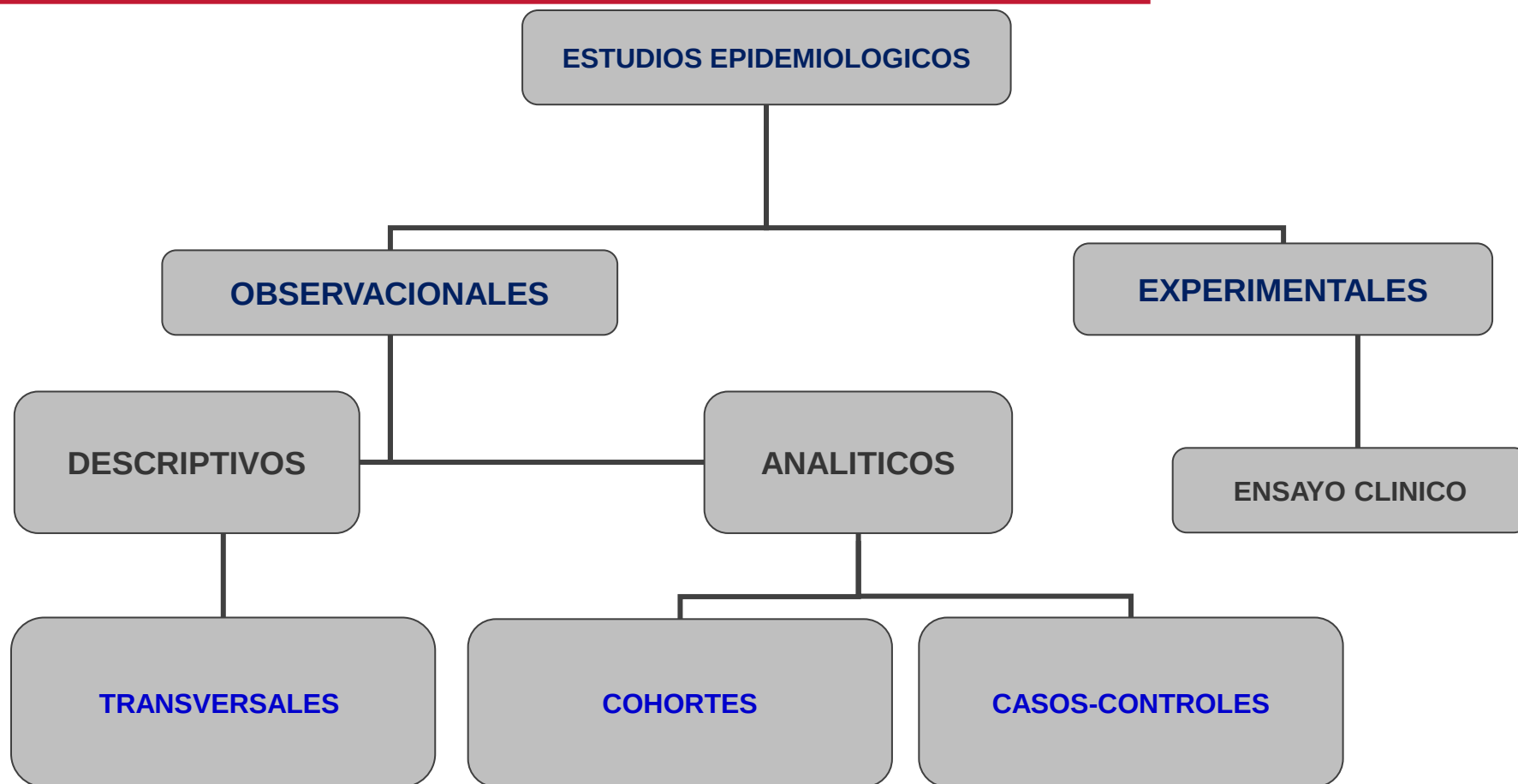
Estudios longitudinales

Con seguimiento

- **Retrospectivos:** La información sobre las variables predictoras o causales se recogen una vez ya se han producido los desenlaces o los efectos
- **Prospectivos:** Las variables predictoras se miden antes de que se produzcan las consecuencias



TIPOS DE ESTUDIOS



¿Cuál es la evidencia de que...

WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY

SUMMARY OF THE EVIDENCE ON PATIENT SAFETY: IMPLICATIONS FOR RESEARCH

The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety



la evaluación de dispositivos y tecnologías,
los sistemas de apoyo a la decisión,
el trabajo en equipo y su gestión,
los sistemas de notificación,
el análisis de causas,
la comunicación estructurada,
el uso de *checklist* y
la mejora de la cultura y la resiliencia

... mejoren la Seguridad del paciente?



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

¿Qué es una evidencia suficiente?

Los ECA proporcionan la mejor evidencia sobre la eficacia terapéutica, pero... ¿sirven para evaluar?:

- resultados de la introducción de un sistema de notificación
- cambios organizativos
- utilidad de la quimioprofilaxis quirúrgica y su aplicación

En SP como en otros campos aplicados, la **evidencia aceptable** tiene poco que ver con los ECA, y mucho con la comprensión clara de la finalidad y la naturaleza de sus objetivos.

Henriksen K. Partial truths in the pursuit of patient safety. *Qual Saf Health Care* 2010 19: i3-i7

Sistemas de vigilancia de EA

Método de detección	(%) EA identificados
Autoinforme voluntario	0,2
Examen de pacientes	0,7
Cribado por ordenador	3,8
Revisión de Historias Clínicas	6,5
Revisión de Historias Clínicas + ordenador	10

Leape LL. A systems analysis approach to medical error. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 1997;3:213-22.

<http://www.infodoctor.org/bandolera/b73s-4.html>



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

Sistema de información en seguridad de pacientes

Múltiples dimensiones de la SP

Información fragmentada con múltiples subsistemas

- CMBD hospitalario
- Vigilancia epidemiología I. nosocomial
- Sistemas de fármaco vigilancia y declaración de RAM
- Hemovigilancia
- Sistemas de notificación

Necesidad de integración subsistemas

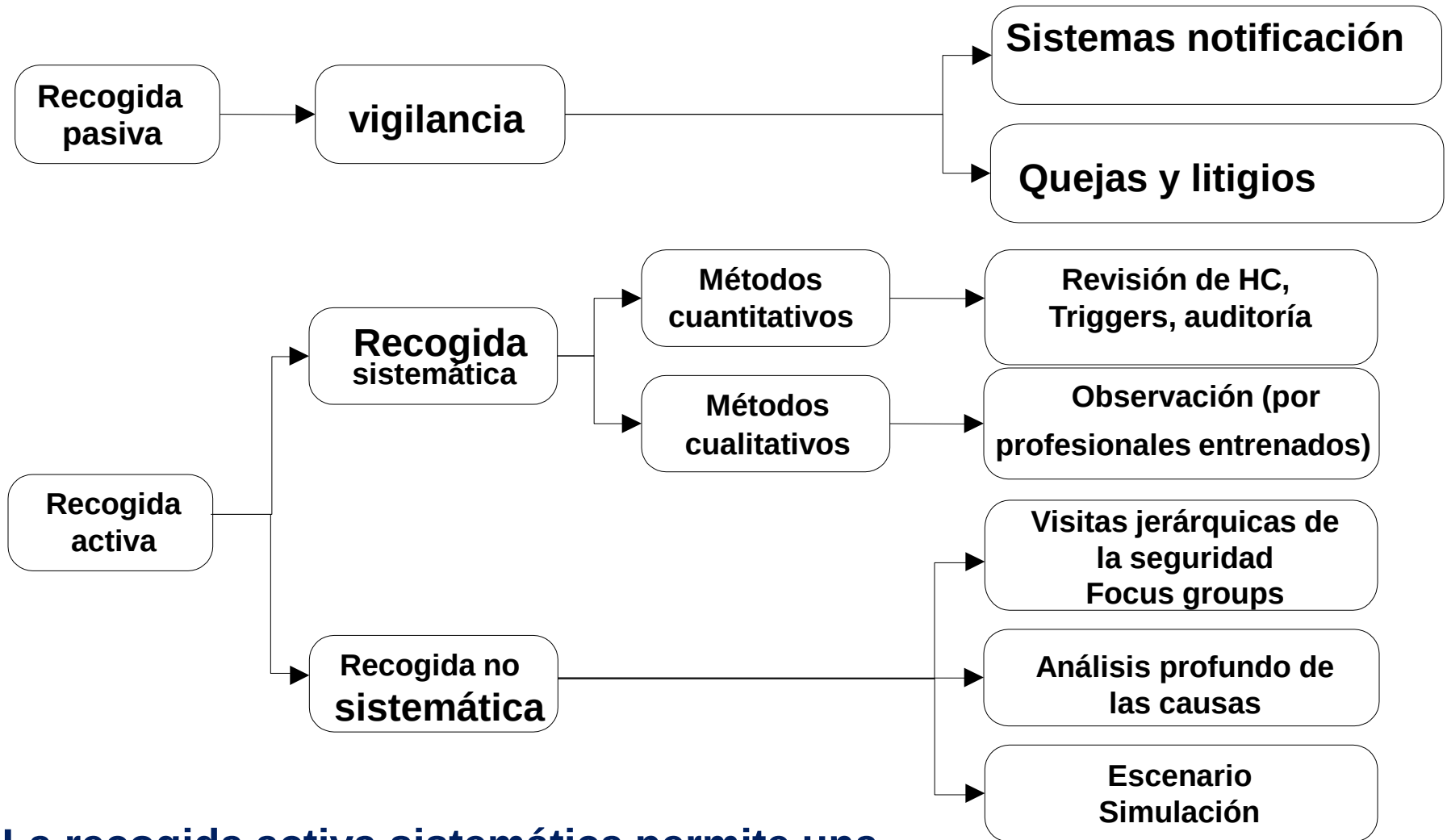


¿Qué medimos?

- EA asociados a los cuidados
- Consecuencias (muerte, invalidez, etc.)
- Los errores: error de indicación, retraso en el apoyo, error de realización
- Los factores que contribuyen: defectos, fracaso o disfuncionamiento de los métodos operatorios, de los procesos o de la infraestructura



¿Cómo medimos?



La recogida activa sistemática permite una estimación robusta de la frecuencia de EA

Observación directa de profesionales

Eficaz para detectar los errores activos y algunos factores contributivos (relacionados con los individuos, equipos y las tareas)

A veces el único medio de obtener datos potencialmente precisos.

Ineficaz para la observación de factores contributivos más profundos

Formación/Costosa

¿Efecto Hawthorn ?



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

Observación directa de profesionales



[Volver al sumario de la revista](#)

[Documento Ant.](#) | [Documento Sig.](#)

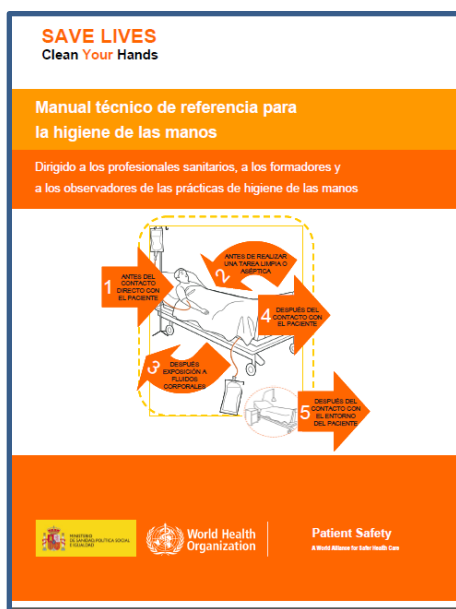
Efectividad de una intervención para la mejora del cumplimiento en la higiene de manos en un hospital de tercer nivel

Fuentes-Ferrer, M.E.; Peláez-Ros, B.; Andrade-Lobato, R.; del Prado-González, N.; Cano-Escudero, S.; Ferreres-Castiel, J.

Publicado en Rev Calidad Asistencial. 2012;27:3-10. - vol.27 núm 01

<http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-calidad-asistencial-256/efectividad-una-intervencion-mejora-cumplimiento-higiene-manos-90093672-originales-2012>

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



	Correcta higiene de manos		Total	p-valor
	Pre-intervención	Post intervención		
Cirugía	31 26,3%	60 64,5%	91 43,1%	<0,001
Traumatología	40 20,6%	73 45,6%	113 31,9%	<0,001
Gine y Urología	51 27,3%	26 32,9%	77 28,9%	=0,354
Total	122 24,4%	159 47,9%	281 33,8%	<0,001

Epidemiología de los eventos adversos

Recogida de datos estructurados, estandarizados, y validados, exhaustivos o sobre una muestra.

Solo los métodos epidemiológicos permiten la comparación en el tiempo y espacio.



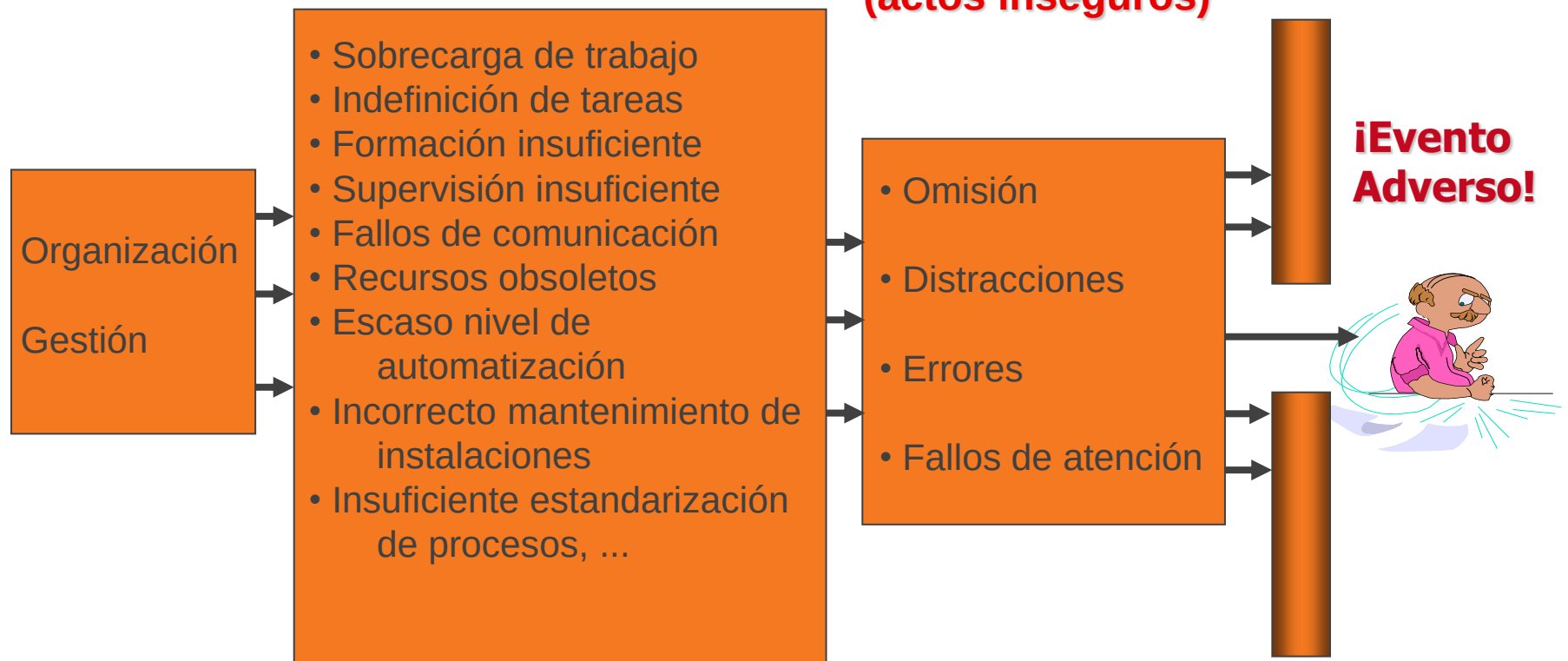
Modelos epidemiológicos

Fallos latentes

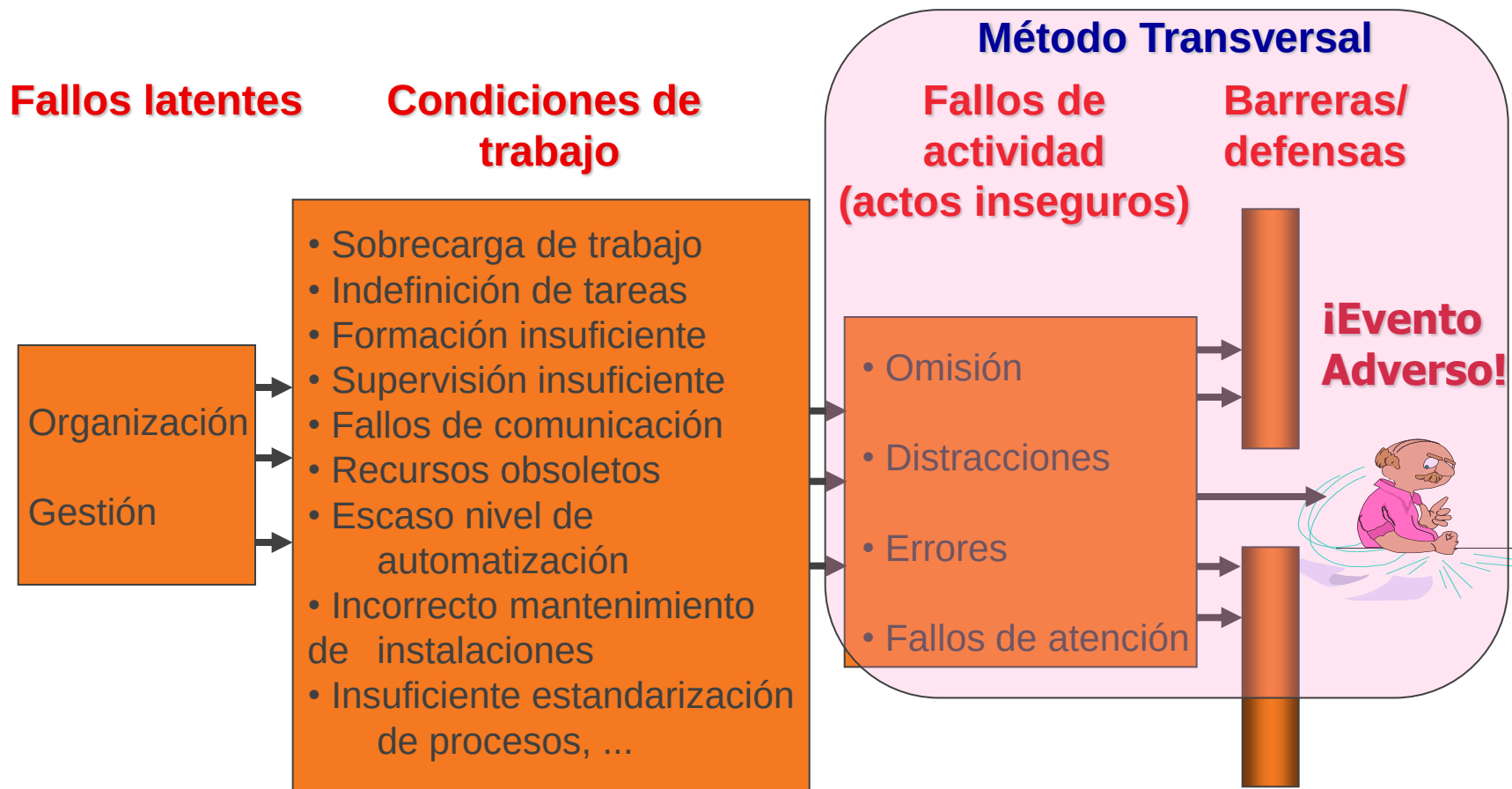
Condiciones de trabajo

Fallos de actividad (actos inseguros)

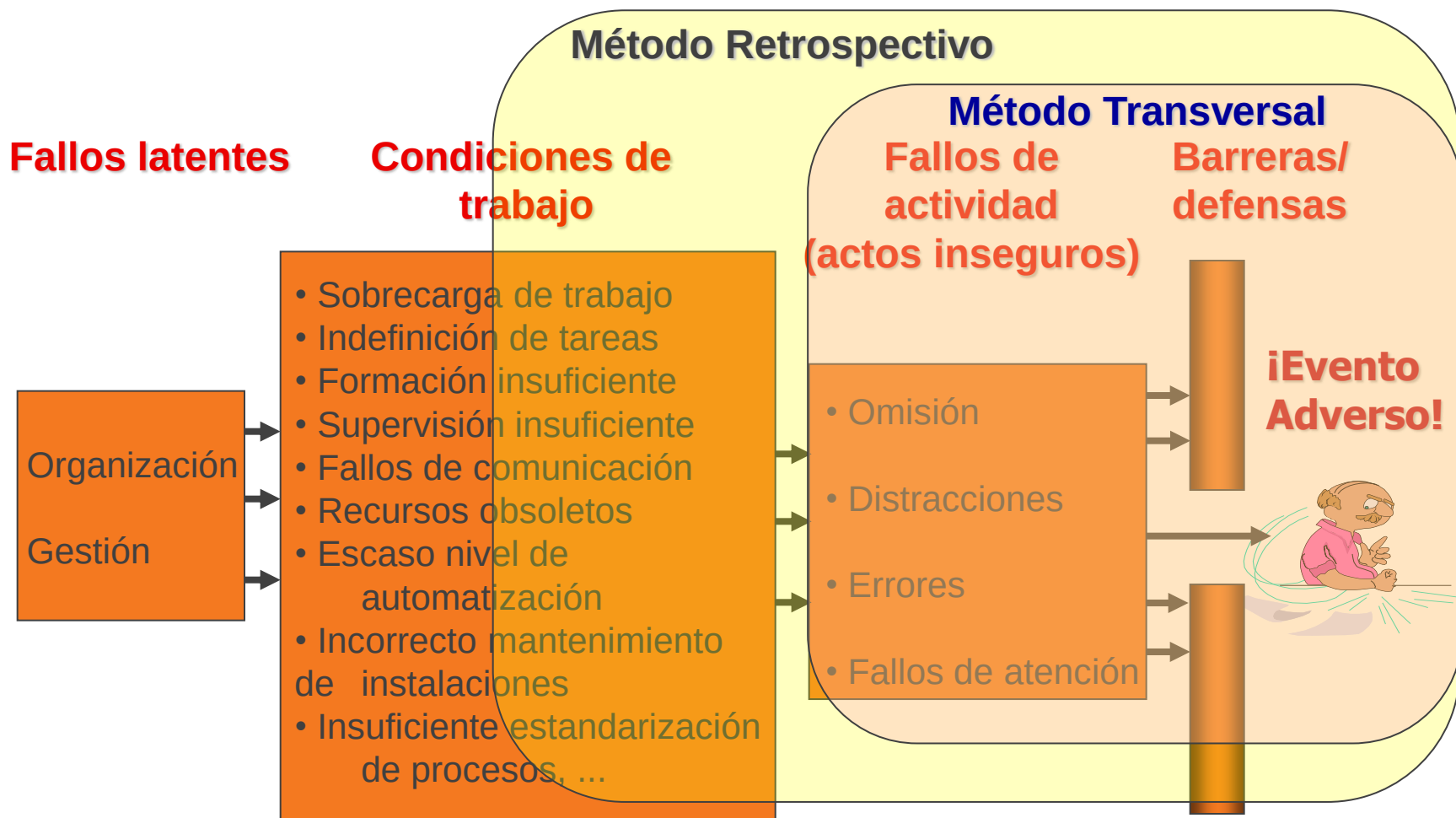
Barreras/defensas



Modelos epidemiológicos



Modelos epidemiológicos



Modelos epidemiológicos

Método Prospectivo

Fallos latentes

Condiciones de trabajo

Organización

Gestión

- Sobrecarga de trabajo
- Indefinición de tareas
- Formación insuficiente
- Supervisión insuficiente
- Fallos de comunicación
- Recursos obsoletos
- Escaso nivel de automatización
- Incorrecto mantenimiento de instalaciones
- Insuficiente estandarización de procesos, ...

Método Retrospectivo

Método Transversal

Fallos de actividad
(actos inseguros)

Barreras/
defensas

- Omisión
- Distracciones
- Errores
- Fallos de atención

¡Evento Adverso!

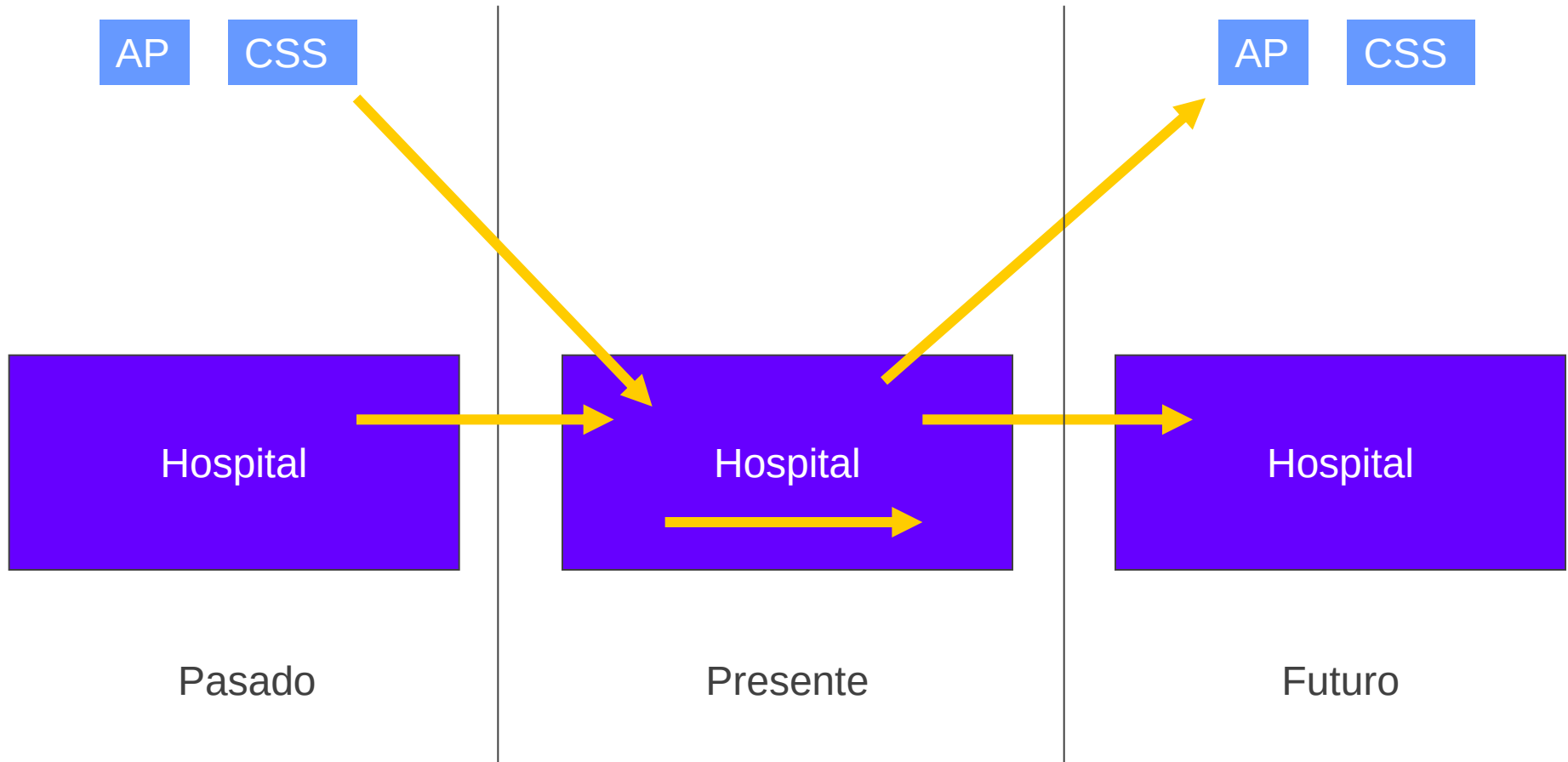


Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

Posibilidades

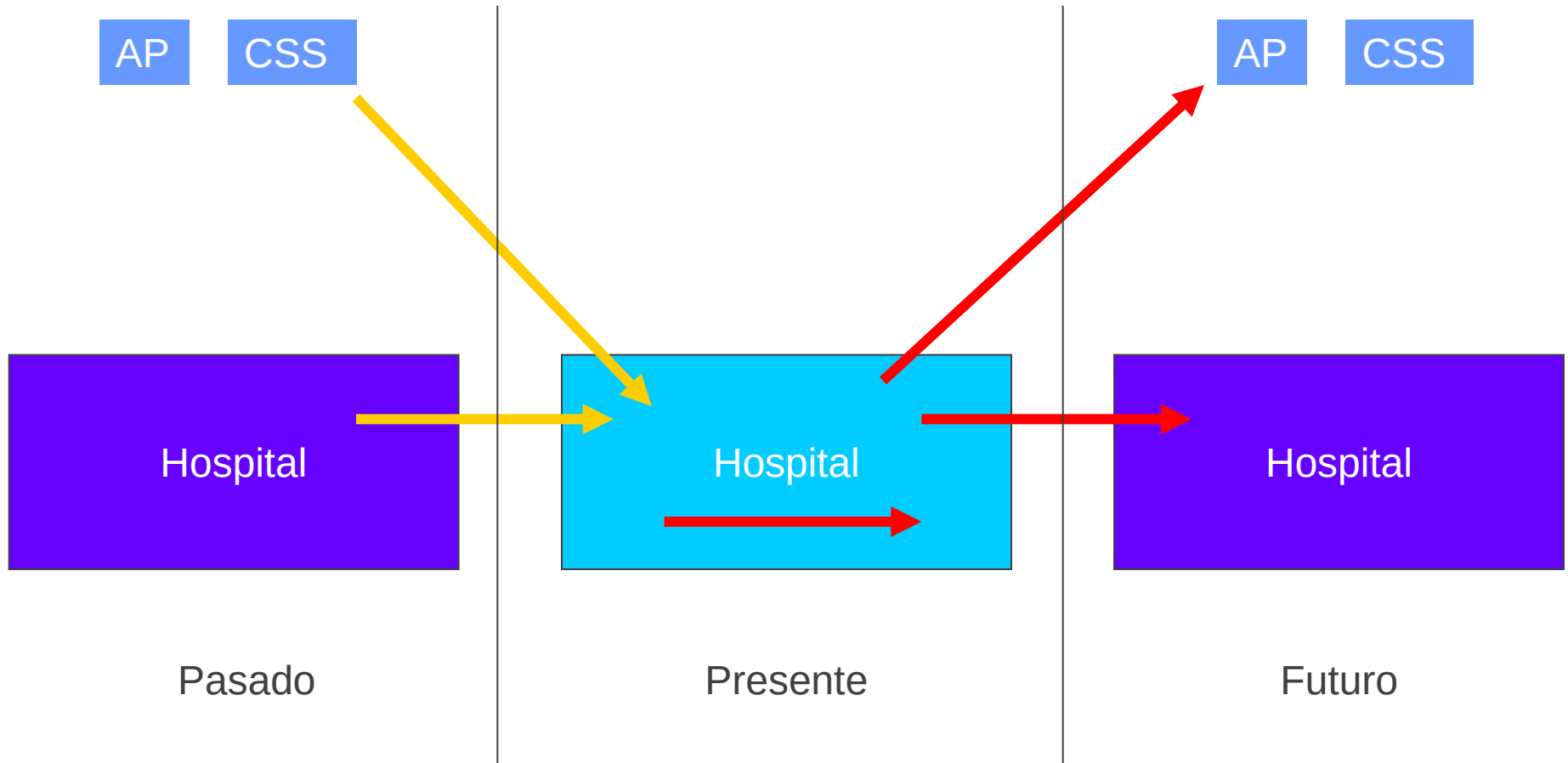


Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

Incidencia hospitalaria

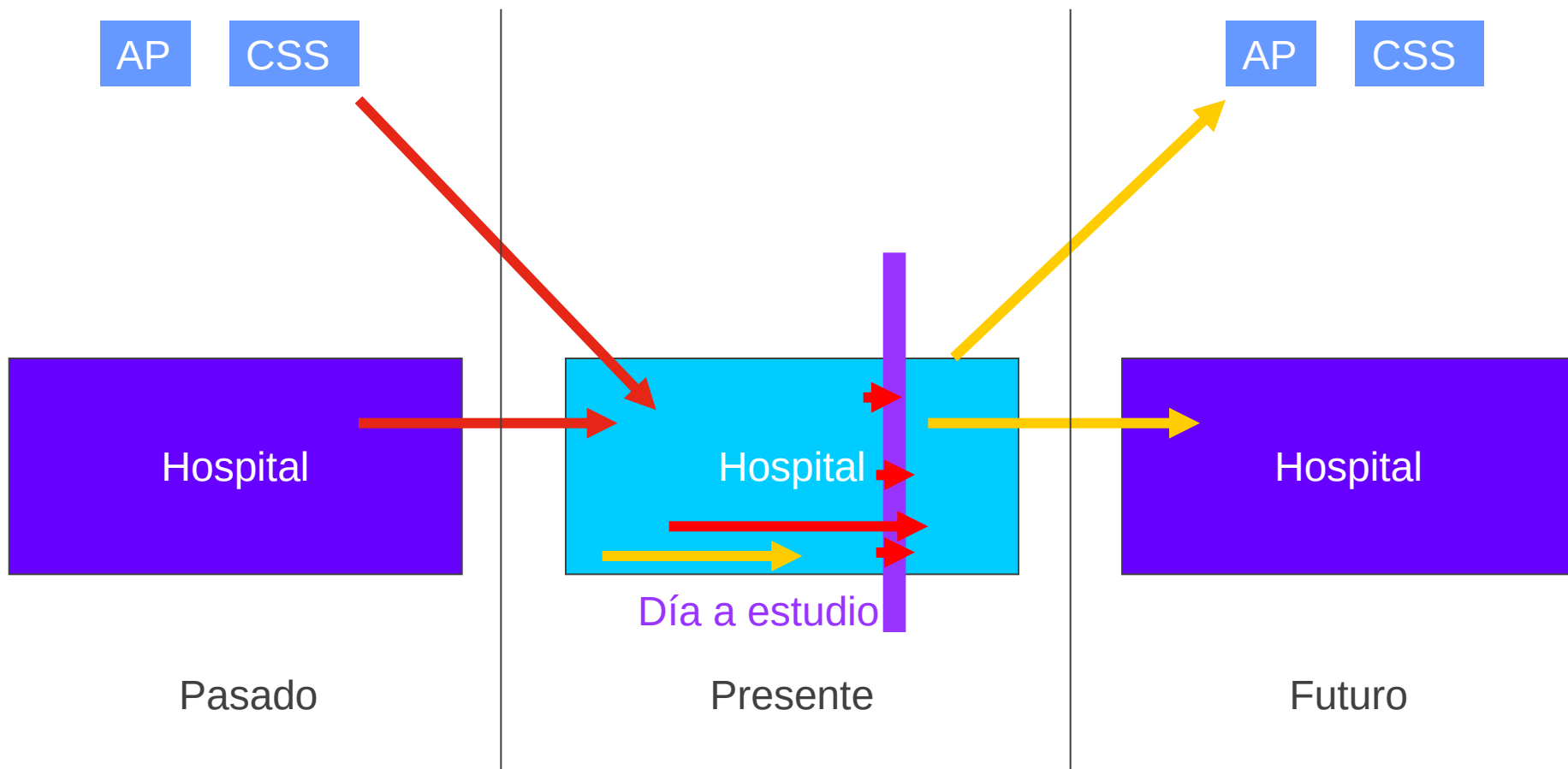


Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

Prevalencia hospitalaria



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

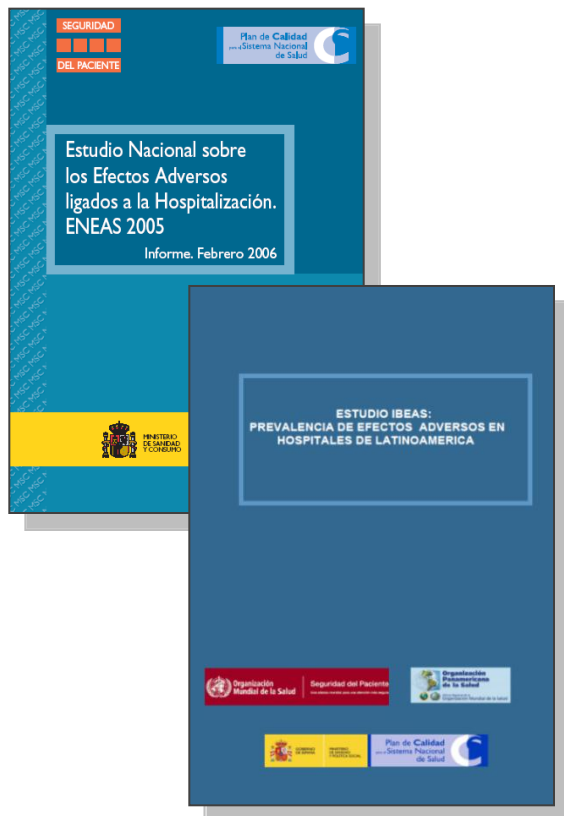
Una alianza mundial para una atención más segura

Estudio epidemiológico de los EA

Diseño	Ventajas	Inconvenientes
Transversal	Menos costoso Rápido y reproducible Suficiente para identificar áreas prioritarias de actuación Permite detectar situaciones de alerta	No permite seguimiento Insuficiente para evaluar programas de reducción del riesgo
Prospectivo	Cuantifica la incidencia Determina la magnitud y trascendencia Eficaz para evaluar la evitabilidad y detectar alertas Útil para evaluar programas de reducción del riesgo	Costoso en tiempo y recursos Carga de trabajo importante para evaluadores y equipo asistencial
Retrospectivo	Adaptación a dinámica habitual de trabajo Determina la trascendencia Menor carga de trabajo para el equipo asistencial	Calidad de la historia clínica Sesgo de pérdida de información Subestimación de los sucesos

Michel P, Quenon JL, SarasquetaAM, Scemama O. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. BMJ, Jan 2004;328:199-0.

Revisión de historias



<http://jech.bmj.com/content/62/12/1022.full>

<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/21/6/408.full.pdf+html>

<http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2011/06/28/bmjqs.2011.051284.abstract>

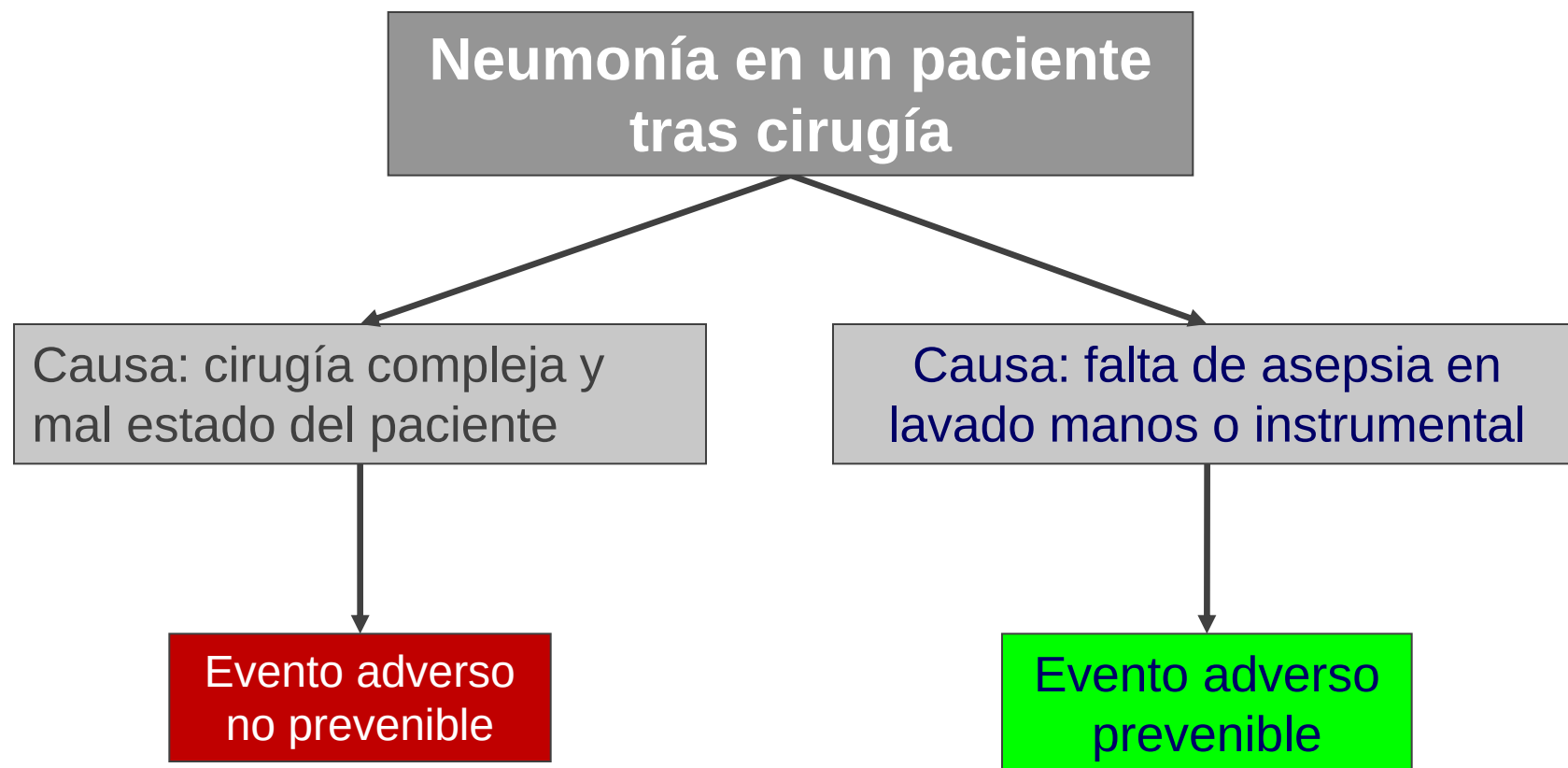


**Organización
Mundial de la Salud**

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

Evento Adverso



Identificación del EA

La Infección de herida quirúrgica siempre está relacionada con la asistencia, pero depende de:

- Vulnerabilidad del paciente: edad, FR, comorbilidad.
- Tipo de cirugía: Limpia, Contaminada, L-C, Sucia.
- Circunstancias de la intervención y técnica quirúrgica.
- Preparación higiénica del paciente.
- Quimioprofilaxis antibiótica perioperatoria.



Total evidencia

Apendicectomía

Apendicitis flemonosa

Mujer de 16 años.

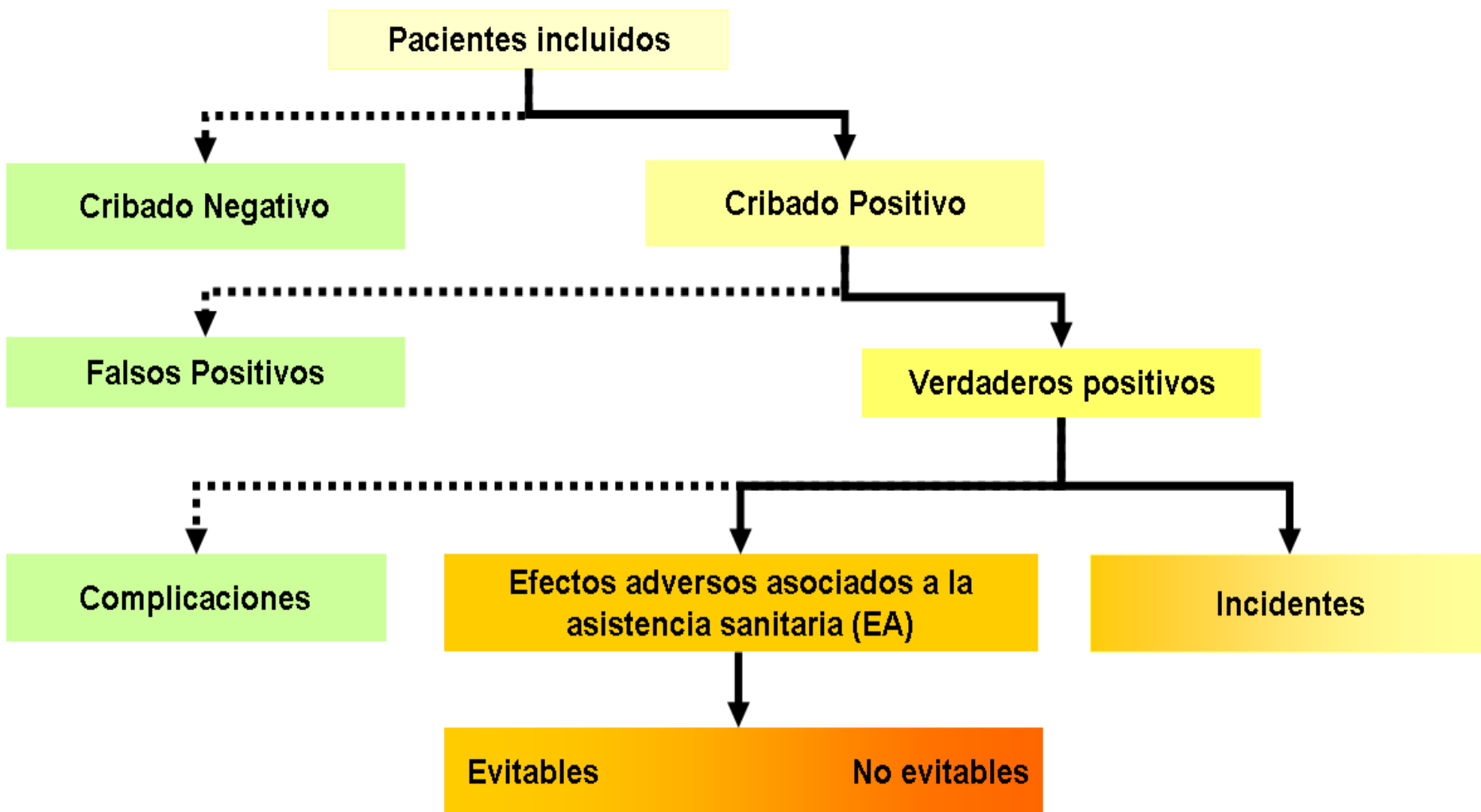
Ausencia

Apendicectomía

Peritonitis apendicular

Hombre de 85 años.

Estrategia de Análisis



Revisión de historias clínicas

<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/21/6/408.full.pdf+html>

Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events
J M Alvarez-Arceles,¹ C Alvar-Ramirez,² J Vallerio-Ruiz,³ P Ruiz-Lopez,⁴ R Londo-Solano,⁵ E Izuel-Garcia,⁶ the IBEAS work group

ABSTRACT
Objective: To determine the incidence and prevalence of adverse events (AE) in Spanish hospitals.
Design: Retrospective cohort study.
Setting: 24 hospitals in Spain.
Subjects: All patients admitted to the hospitals during the study period.
Measures and Main Results: The incidence of AE was 9.3% (95% CI 8.4% to 10.2%) and the prevalence was 8.4% (95% CI 7.5% to 9.3%). The most frequent AE were related to medication (37.4%), infection (25.3%), and procedure (25.0%).

24 hospitales
5.624 pacientes

Incidencia

9,3%

8,4%

<http://qualitysafety.bmj.com/content/earl/y/2011/06/28/bmjqs.2011.051284.short?rss=1>

Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican study of adverse events' (IBEAS)
J M Alvarez-Arceles,¹ C Alvar-Ramirez,² R Londo-Solano,³ A Amaral,⁴ J M Ballester,⁵ C Ballester,⁶ C Ballester,⁷ M Ballester,⁸ M Ballester,⁹ Y Alvar-Vazquez,¹⁰ J Gonzalez-Garcia,¹¹ D W Balle,¹² J Latorre,¹³ on behalf of the IBEAS team

ABSTRACT
Background: Adverse events (AE) in patient safety (PS) is growing increasingly, linked to epidemiological research on the impact of adverse events. However, there is little information about the frequency of AE in developing and industrial countries. To address this issue, the authors performed a study across the Iberoamerican Health Care Study, through a collaborative network of hospitals in Argentina, Colombia, Costa Rica, Mexico and Peru, the Spanish National Study of Adverse Events (IBEAS).
Methods: The study was a cross-sectional design, involving 58 hospitals in the five Latin American countries, to measure the prevalence of patients presenting an adverse event (AE) on the day of admission. All patients in the five study were included.
Results: A total of 11,426 patients were sampled. The prevalence of AE was 11.4% (95% CI 10.8% to 12.0%). The most frequent AE were related to medication (37.97%), infection (26.66%), and procedure (13.16%).

58 hospitales
11.426 pacientes

Prevalencia

11,4%

NATURALEZA DEL PROBLEMA

Totales (%)

Relacionados con la medicación	37,4
Infección Relacionada con la Asistencia	25,3
Relacionados con un procedimiento	25,0
Relacionados con los cuidados	7,6
Relacionados con el diagnostico	2,7
Otros	1,8

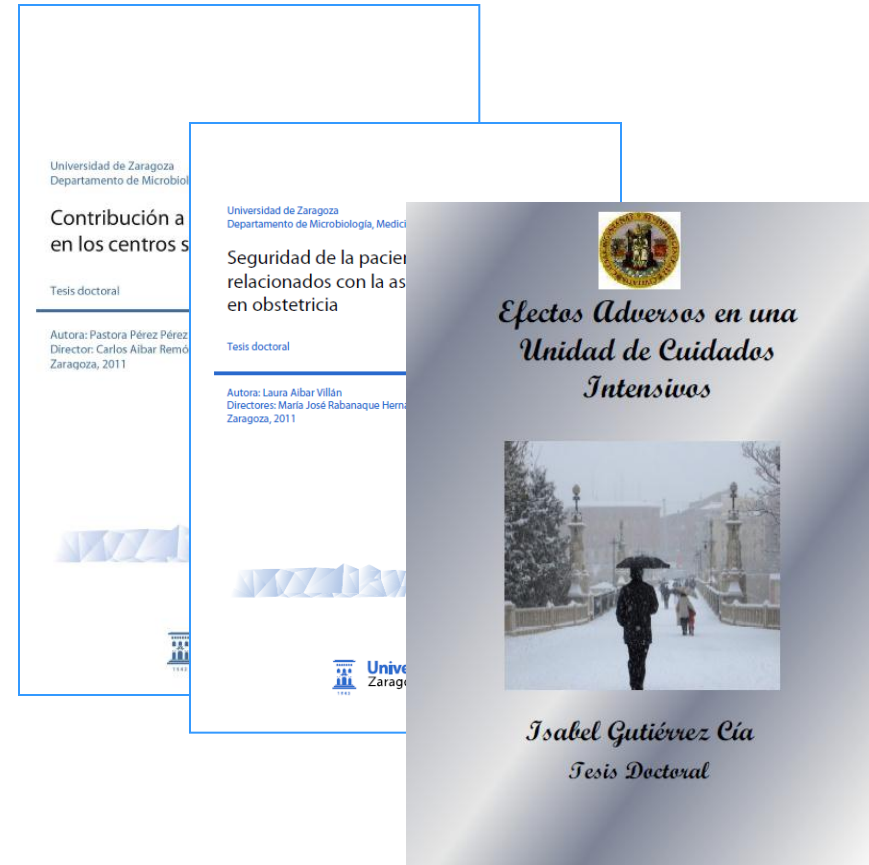
Tipo de EA

IBEAS

Relacionados con inf. nosocomial	37,97%
Relacionados con un procedimiento	26,66%
Relacionados con los cuidados	13,16%
Relacionados con la medicación	9,22%
Relacionados con el diagnóstico	6,29%
Otros EA	3,52%
Pendiente de especificar	3,19%

77,8%

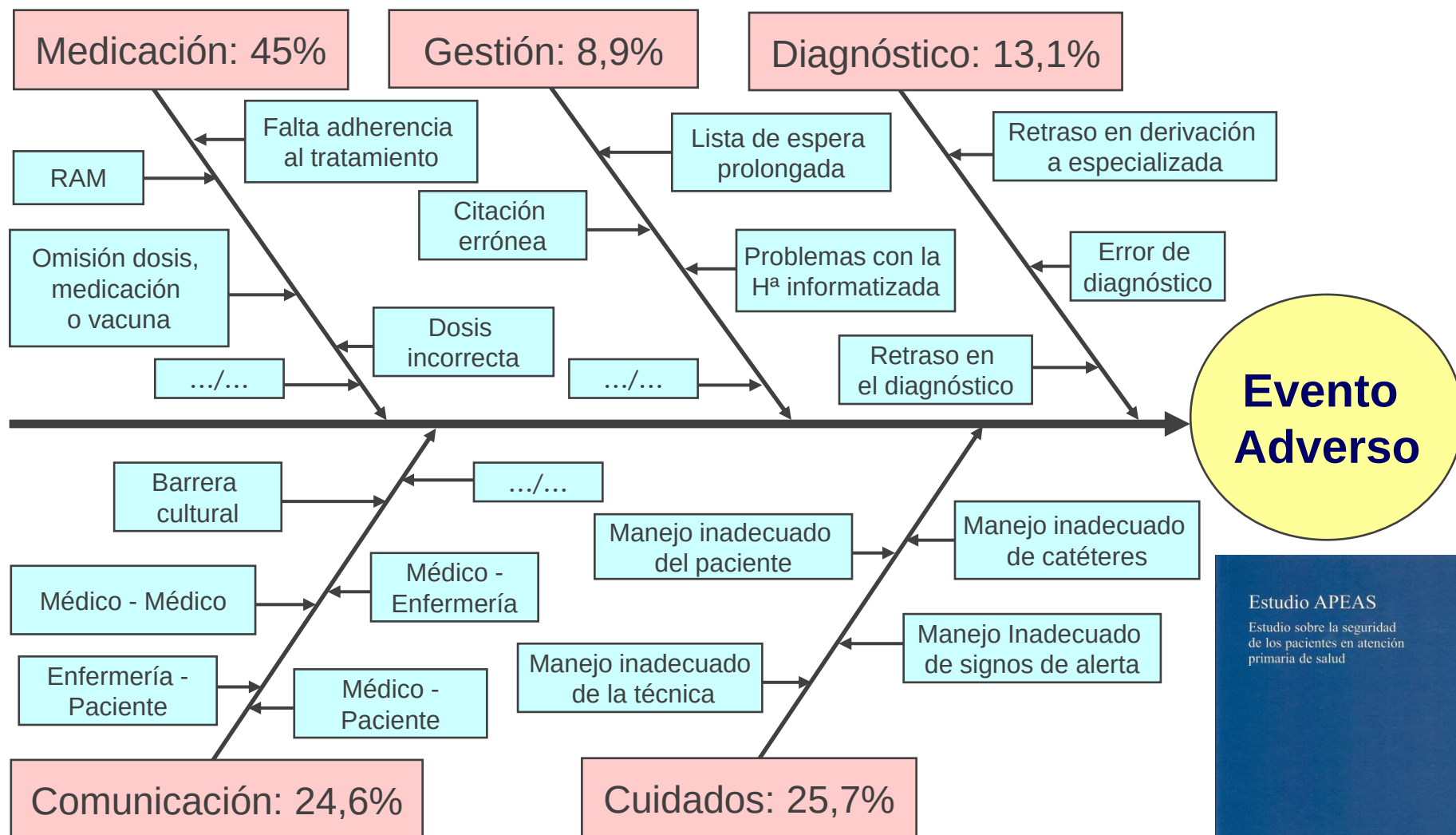
Revisión de historias clínicas



<https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=833961>
<https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=825759>
<https://www.educacion.es/teseo/mostrarRef.do?ref=901359>

<https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=412251>
<https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=966240>
<https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=964860>

Factores contribuyentes



<http://eurpub.oxfordjournals.org/content/early/2011/11/28/eurpub.ckr168.short?rss=1>

Estudio APEAS
Estudio sobre la seguridad
de los pacientes en atención
primaria de salud

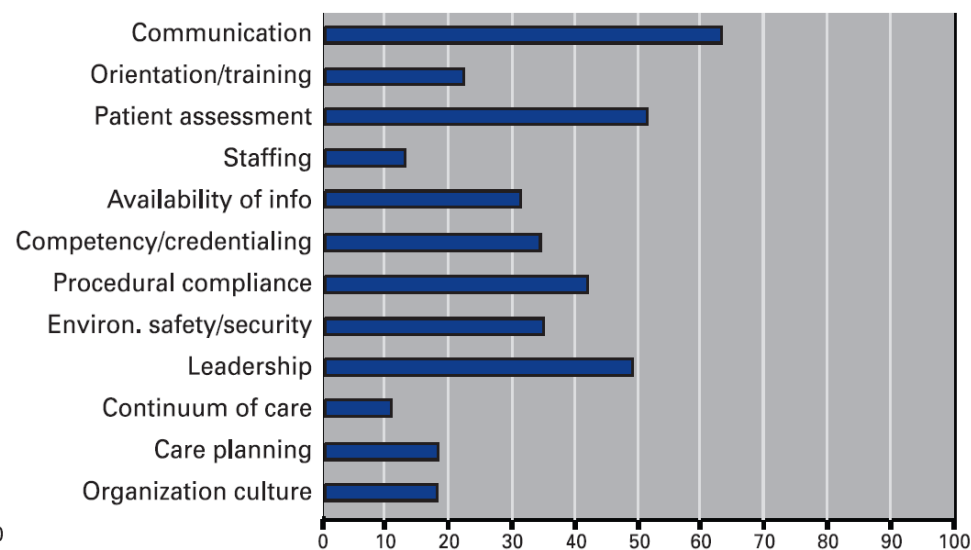
INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2008
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Factores contribuyentes

Root Causes of Sentinel Events
(All categories; 1995-2005)



Root Causes of Sentinel Events
(All categories; 2006)



<http://www.jointcommission.org/>



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

Metodología Cualitativa

Estudio EARCAS
Eventos Adversos en
Residencias y Centros
Asistenciales Sociosanitarios

Estudio con 3 fases:

1. Delphi
2. Encuesta
3. Grupo nominal

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EARCAS.pdf>

Ámbito y población de estudio:

Centros sociosanitarios a nivel estatal

Residencias y Hospitales de media y larga estancia

Profesionales que prestan atención sociosanitaria

Distintos ámbitos asistenciales – diferentes diseños

Características	Estudio ENEAS	Estudio APEAS	Estudio EARCAS
Tipo de estudio	Cohorte histórica	Prevalencia	Cualitativo
Tipo de población	Pacientes atendidos en hospitales de agudos	Pacientes atendidos en centros de atención primaria	Pacientes y residentes en HML y RSS
Frecuencia	9,3% (IC: 8,6-10,1)	11,18‰ (IC:10,5 - 11,8)	No determinable
Eventos adversos más comunes	Relacionados con la medicación	Relacionados con la medicación	Relacionados con los cuidados
	Relacionados con la infección	Empeoramiento de enfermedad de base	Relacionados con la medicación
	Relacionados con un procedimiento	Relacionados con un procedimiento	Relacionados con la infección
	Relacionados con los cuidados	Relacionados con la infección	Relacionados con la valoración

Sin olvidar al paciente como fuente de información

Percepción de seguridad clínica tras el alta hospitalaria

J.J. Mira^a, J.M. Aranaz^a, J. Vitaller^a, M. Ziad^b, S. Lorenz^b, P. Rebas^c y C. Albar-Remón^d

^aUniversidad Miguel Hernández, Elche, Alicante.

^bFundación Hospital Alcorcón, Unidad de Calidad, Madrid.

^cCorporació Hospital Parc Taulí, Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo, Barcelona.

^dHospital Lozano Blesa, Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España.

FUNDAMENTO Y OBJETIVO: La percepción de seguridad clínica que poseen los pacientes ha sido poco estudiada. En este estudio se describe la frecuencia de errores clínicos desde el punto de vista del paciente, su percepción de seguridad y su relación con la información recibida.

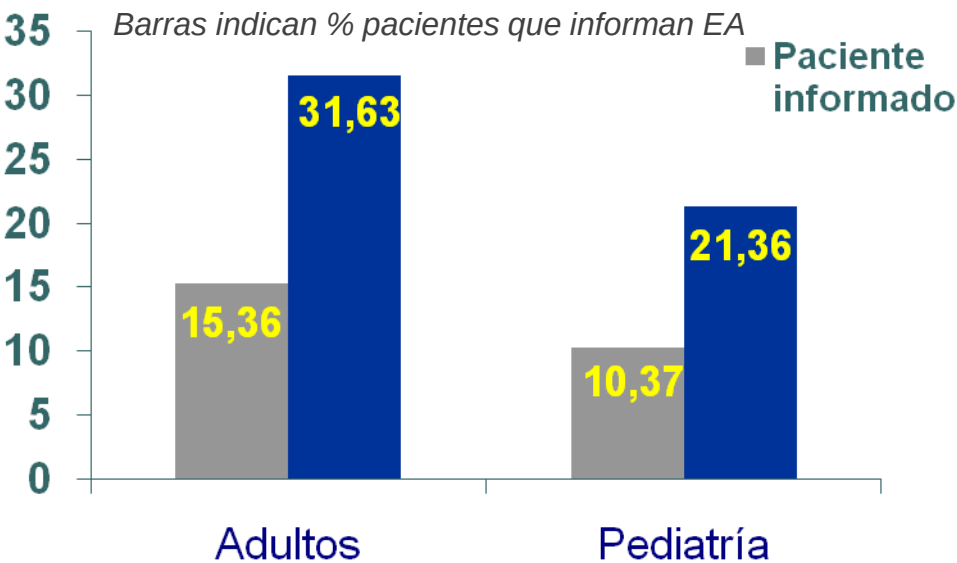
MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo basado en una encuesta postal tras 20 días del alta a 336 pacientes quirúrgicos (tasa corregida de respuesta del 75,58%, error del 5,7% para un nivel de confianza del 95%).

RESULTADOS: Un 13,05% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 9,16-16,95%) informaron sufrir un error clínico. Un 10,5% con complica-

fic accident, a robbery or a serious illness. A higher frequency in the media related to medical mistakes, decreases the perception of safety ($p < .001$). The patients who positively value the information received regarding the treatment and who can formulate questions to ask the doctor are those who report less errors ($p < .001$).

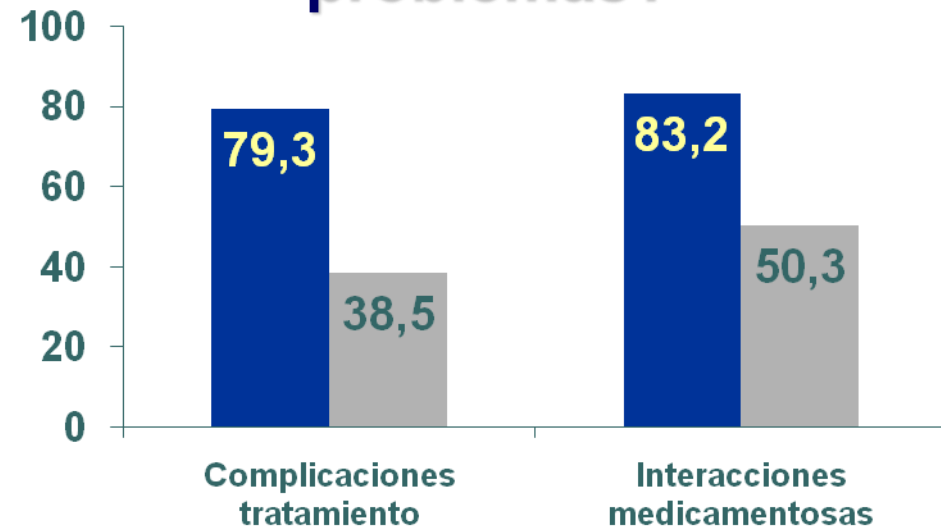
CONCLUSIONES: A total of 1,37% of surgical patients report mistakes with severe consequences, whereas 12% believe that the risk of a mistake with serious consequences is high. Distrust increases after an error. Improving communication with the patient helps to reduce mistakes, which strengthens the role of programs to increase safety that

¿Informa el médico?



<http://www.elsevier.es/en/node/2071050>

¿Ha tenido que volver al médico porque el tratamiento le ha dado problemas?



Los pacientes también cometen errores con la medicación que dan origen a eventos adversos

Pan American Journal of Public Health



		Efecto inesperado o complicación en el último año	Olvida con frecuencia explicación médico	Olvida con frecuencia tomar medicación	Confunde con frecuencia pastillas
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Sensación de no ser escuchado por su médico (N=1236)	Mal	1 (3,8)	6 (23,1)	4 (15,4)	1 (3,8)
	Regular	6 (6,6)	11 (12,1)	9 (9,9)	5 (5,5)
	Bien	29 (2,6)	156 (13,9)	123 (11)	67 (6,0)
Se quedó con ganas de preguntar dudas al médico (N=1243)	No	33 (2,7) [†]	166 (13,8)	132 (11,0)	70 (5,8)
	Si	4 (10,3)	9 (23,1)	4 (10,3)	3 (7,7)
Confianza en el médico (N=1242)	No	6 (7,9) ^{††}	15 (19,7)	13 (17,1)	8 (10,5)
	Si	31 (2,7)	159 (13,6)	122 (10,5)	65 (5,6)
Dedicación tiempo de consulta(N=1244)	Mal	1 (9,1)	3 (27,3)	1 (9,1)	0 (0)
	Regular	4 (7,1)	7 (12,5)	8 (14,3)	4 (7,1)
	Bien	32 (2,7)	165 (14)	127 (10,8)	59 (5,9)
La información que le proporciona el médico (N=1239)	Mal	2 (11,8) [†]	5 (29,4)	3 (17,6)	2 (11,8)
	Regular	5 (6,6)	9 (11,8)	7 (9,2)	1 (1,3)
	Bien	30 (2,6)	158 (13,8)	123 (10,7)	67 (5,8)

[†]p<0,01

^{††}p<0,03

<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n2/a01v31n2.pdf>

Una buena investigación

Exige elegir bien el método y adaptarlo

http://www.who.int/patientsafety/research/methodological_guide/PSP_MethGuid.pdf



World Health
Organization

Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

RESEARCH
Better knowledge for safer care

Assessing and tackling patient harm

A methodological guide for data-poor hospitals



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

¿Por qué no conocer lo que ocurre en nuestro propio centro?



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

10 excusas para no investigar en SP

1. No es posible dedicar el suficiente tiempo o recursos humanos.
2. La calidad de los archivos no es buena.
3. No está claro el compromiso por parte de la dirección.
4. No hay profesionales capacitados ni existe suficiente apoyo técnico.
5. Hay resistencia por parte del personal a que se evalúe su trabajo.
6. No se percibe cuál va a ser el beneficio para el hospital.
7. Los resultados del estudio puede comprometer los intereses del centro.
8. Escepticismo sobre la eficacia de la investigación en la práctica clínica.
9. No se comparte o se cuestiona la metodología.
10. La coyuntura política o institucional no es la adecuada.



20 razones para intentarlo.

1. El estudio aportará áreas de mejora que beneficiarán a los pacientes.
2. Permitirá conocer la magnitud del problema y priorizar las acciones a tomar.
3. Respuesta a las exigencias de una mejor atención por parte de los pacientes.
4. Permitirá disminuir los sobrecostos de la atención.
5. Punto de partida para la implementación de programas de mejora continua.
6. Permitirá conocer la naturaleza y las causas de los eventos adversos locales.
7. Permitirá formar parte de un movimiento mundial de mejora de la atención.
8. Conoceremos la epidemiología de los eventos adversos.
9. Es una oportunidad para sensibilizar al personal hacia el cambio y la seguridad.
10. El estudio está en la línea de las prioridades de la política sanitaria y permitirá justificar cambios en las políticas de salud.

20 razones para intentarlo.

11. Favorecerá la comunicación con el paciente y su familia
12. Permitirá que la atención esté centrada en el paciente.
13. Generará evidencias y argumentos para la dedicación de recursos a la SP.
14. Oportunidad de estar en vanguardia, contribuyendo al prestigio profesional.
15. Generar útiles de análisis y aplicar una metodología científica y sistemática.
16. El conocimiento de las debilidades de la organización generará el cambio.
17. Una acción totalmente relacionada con el compromiso docente de los centros.
18. Promoverá la protección de los propios trabajadores sanitarios.
19. Ampliar el horizonte y la mirada, para ir más allá de los propios intereses.
20. Pasar de una cultura de culpabilización a una cultura de mejora, promoverá la cultura de seguridad y el incremento del compromiso.



Conclusiones

Existen diferentes métodos para medir los EA.

Cada uno de ellos tiene puntos fuertes y puntos débiles

- Observación directa
- Vigilancia clínica
- Análisis de datos administrativos

La mejor estrategia de análisis combina diferentes métodos de medida.

Algunas cuestiones sobre esta lección

1. ¿Cuáles de las medidas aquí descritas hablan de errores?

- a. El porcentaje de pacientes que se sometieron a una intervención abdominal y que desarrollaron infección de la herida
- b. El número de errores de medicación que ocurren cada día en una unidad de cuidados intensivos
- c. La tasa de muerte en cirugía cardíaca.
- d. El porcentaje del personal de enfermería por cama y cuidados intensivos

2. Entre estos métodos, ¿cuáles son pertinentes para hacer una estimación robusta de la frecuencia de EA? faire une estimation robuste de la fréquence des événements indésirables?

- a. Observación sistemática de una actividad de cuidados
- b. Sistema interno del establecimiento
- c. Revisión de archivos
- d. Análisis profundizado de las causas

Algunas cuestiones sobre esta lección

- 3. ¿Cuál es la media de la frecuencia de errores médicos que ocurren en una unidad de cuidados intensivos?**
- a. Uno o dos errores por paciente y por semana
 - b. Uno o dos errores por paciente y por día
 - c. Diez errores por hora y por paciente
 - d. No hay errores si se trata de una buena unidad
- 4. En qué etapas la gestión de riesgo se puede medir?**
- a. Identificación de los niveles de riesgo
 - b. Priorización
 - c. Puesta en marcha de las acciones
 - d. Evaluación del impacto de las acciones

Preguntas



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura



Gracias por su atención

Continuará....