



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 4

Entender las causas

Ezequiel García Elorrio

Director de Calidad y Seguridad en

Atención Médica,

Director de Administración.

Instituto de Efectividad Clínica y

Sanitaria,

Buenos Aires, Argentina



IECS

INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLÍNICA Y SANITARIA

Objetivo

Describir los conceptos fundamentales de la Seguridad del Paciente y los factores que contribuyen a su mejora



Índice

- 1) Comprender las causas: una necesidad para mejorar la seguridad del paciente
- 2) Métodos de recogida de datos e información sobre las causas de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente
- 3) Conclusiones



1. Comprender las causas: una necesidad para mejorar la seguridad del paciente



Algunas cuestiones sobre el tema. 1

1. Las encuestas a proveedores pueden ser útiles para entender las causas de los eventos adversos porque:

- a. Se puede usar preguntas estandarizadas y preguntas abiertas
- b. Puede capturar el conocimiento de los trabajadores de salud en la primera línea
- c. Puede ser usadas en países en desarrollo/ en transición
- d. Todo lo anterior

2. Cuáles de los siguientes métodos de recogida de datos no son un 'auto-reporte'

- a. Encuesta realizada en línea
- b. Resumen de registros del hospital
- c. Entrevistas persona-persona
- d. Grupos focales

Algunas cuestiones sobre el tema. 2

3. Qué afirmación sobre las demandas por negligencia profesional es falso?

- a. El análisis de las demandas puede ser bueno para encontrar errores latentes.
- b. Los datos de las demandas por negligencia representan los problemas de atención médica.
- c. Las demandas por negligencia profesional no tienen formato estandarizado.
- d. Las demandas por negligencia profesional ofrecen datos desde múltiples perspectivas.

4. Cuáles de estos métodos pueden ser útiles para estudiar las causas de los eventos?

- a. Encuestas a proveedores
- b. Notificación de incidentes (Incident reporting)
- c. Estudios de cohorte
- d. Todos los anteriores

5. Los sistemas para informar de incidentes son

- a. Buenos para encontrar errores latentes
- b. El mejor método para entender las causas de los eventos adversos
- c. También se conocen como sistemas “Reporte y Aprendizaje”
- d. a y c

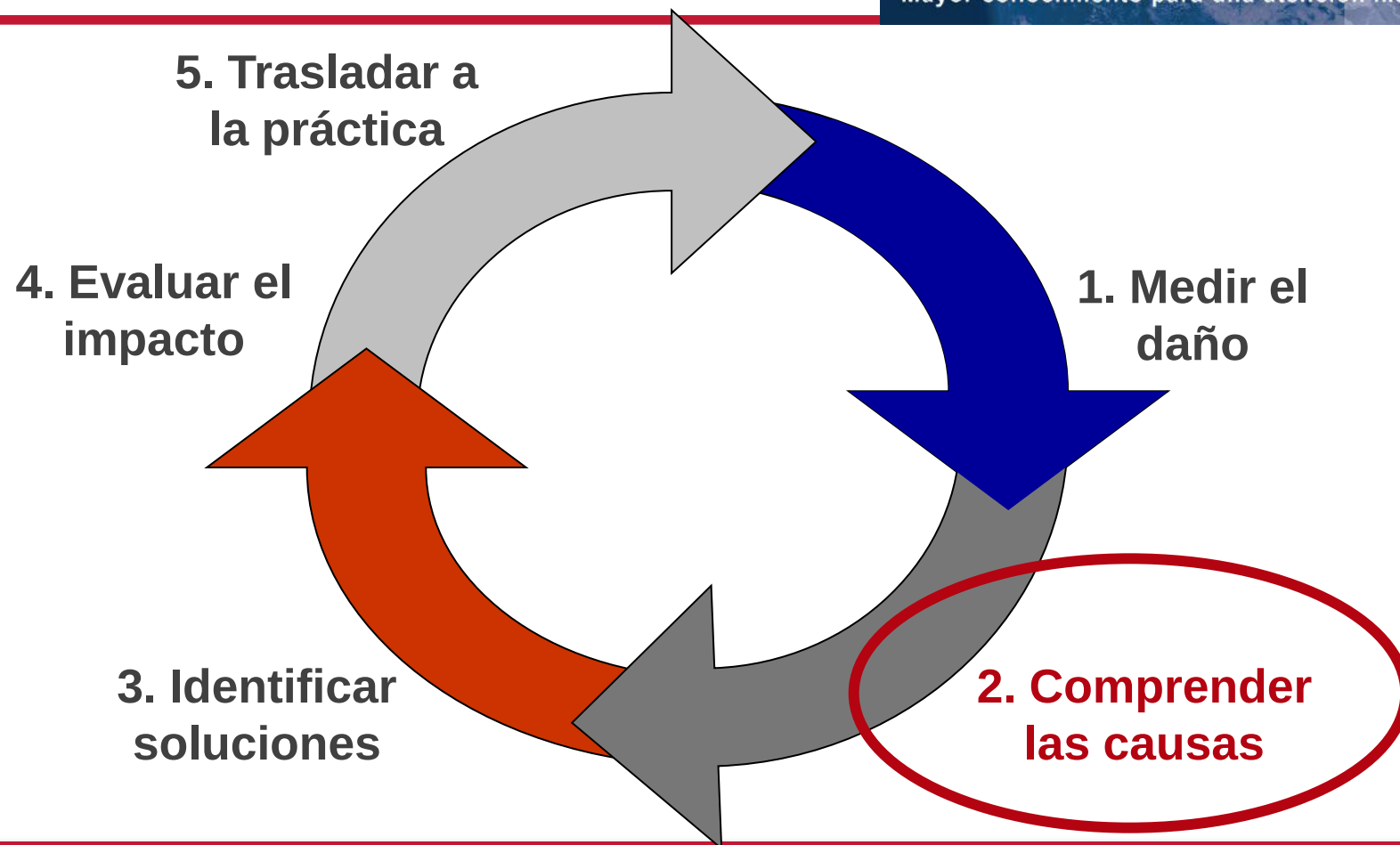


Introducción

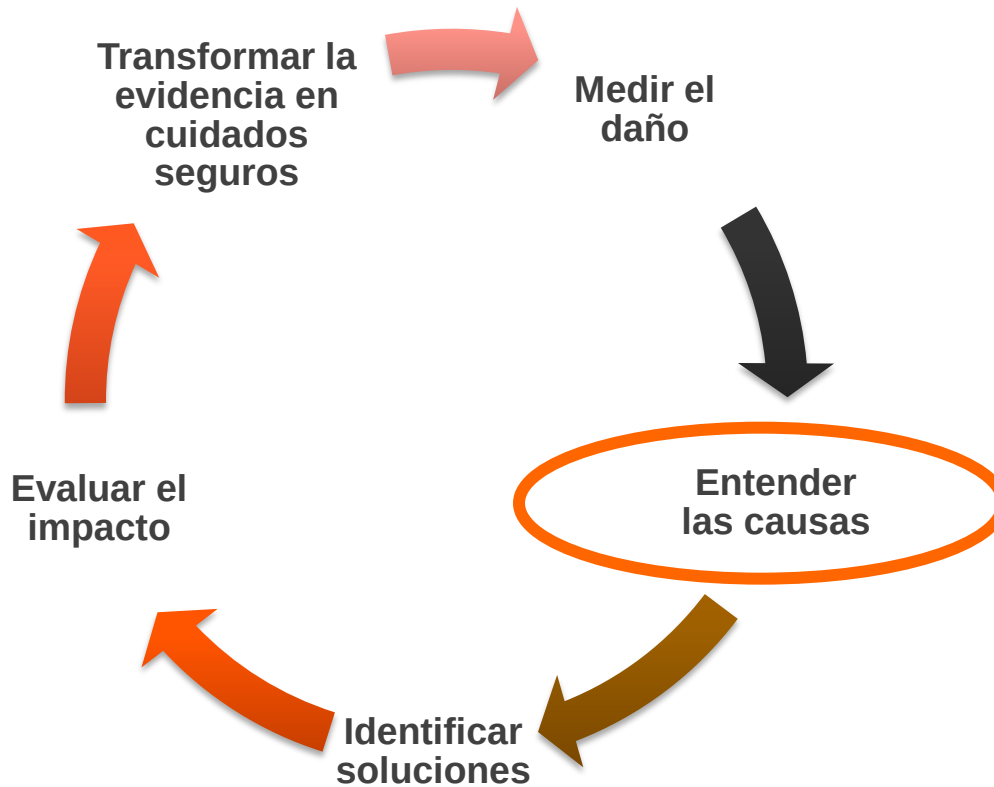
Medir los defectos de la atención médica involucra contar cuantos pacientes mueren o sufren lesiones, y por qué tipo de evento adverso.

Luego de identificar las áreas prioritarias, la siguiente etapa es entender las causas de los eventos adversos que producen daño al paciente. Vamos a explicar algunos métodos con casos prácticos.

El Ciclo de investigación en Seguridad del Paciente



Componentes



Caso

Paciente que cursa período post operatorio

Tiene alergia al diclofenac

Se prescribió diclofenac

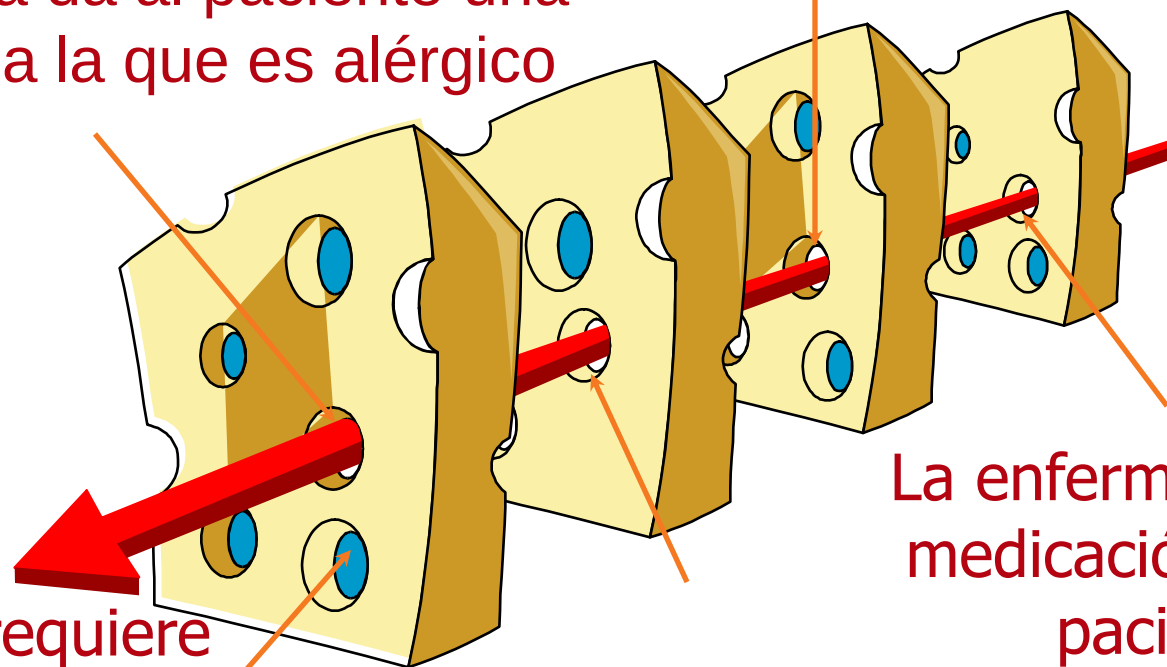
Se administró el antiinflamatorio

El paciente sufrió anafilaxia



La enfermera da al paciente una
medicación a la que es alérgico

El sistema de
comunicación no funciona



El paciente requiere
vasoactivos y UTI

UTI personal
(enfermeras)

El sistema de pedido de
medicación no funciona

La enfermera presta
medicación de otro
paciente



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

¿Qué se debe hacer?

Tener más cuidado

Mejorar la educación

Hacer una política

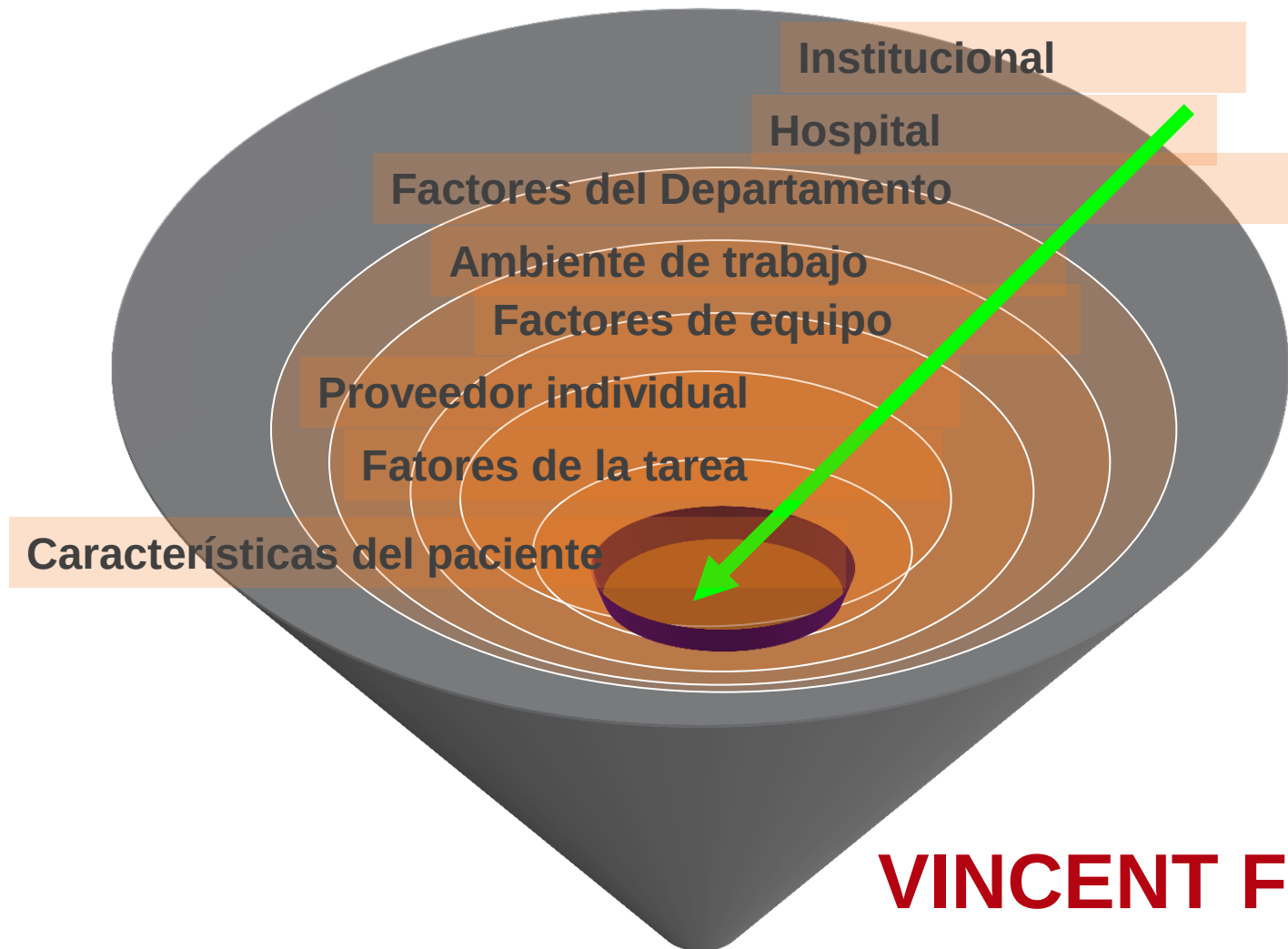
Es el sistema!



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura



VINCENT FUNNEL



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

2. Métodos de recogida de datos e información sobre las causas de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente



Métodos Básicos para Recoger Datos

Observación Auto-reportes
(entrevistas y cuestionarios)

Estudios experimentales

Recomendaciones de expertos
(resumen de documentos)



Métodos de medición

Prospectivo

- Observación directa de la atención del paciente
- Estudio de cohorte
- Vigilancia clínica

Retrospectivo

- Resumir la historia (En papel, historia clínica electrónica)
- Análisis de reclamos administrativos
- Análisis de reclamos por negligencia profesional (Mala práctica)
- Conferencia /ateneos de Morbilidad-mortalidad / autopsias
- Sistemas para informar incidentes

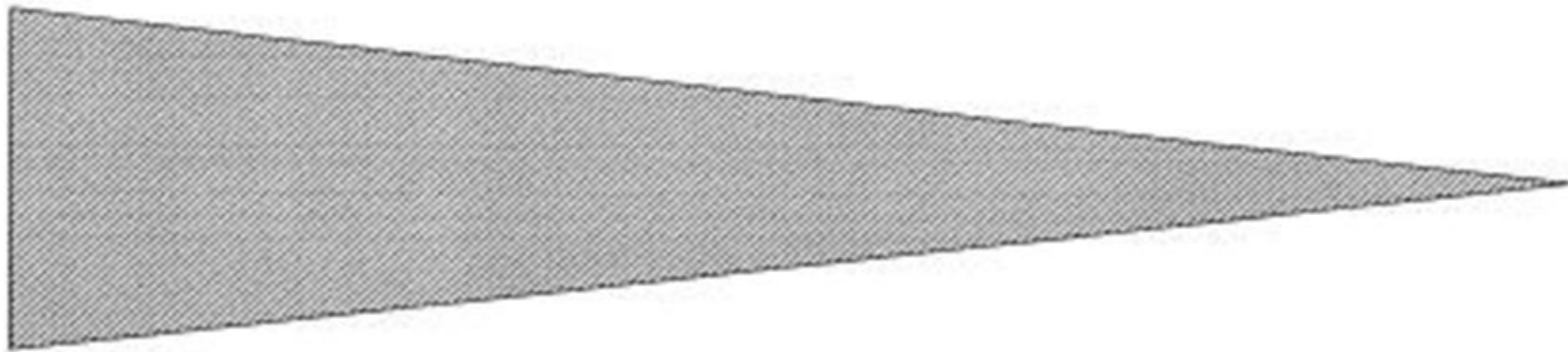


Utilidad relativa de métodos de medición de errores

Errores latentes

Errores activos

Eventos adversos



Reportes de incidentes

Ateneos de morbi-mortalidad
Auptosias

Análisis de demanas por mal
practice

Revisión de historias
clínicas

Tecnologías de la
información

Análisis de datos
administrativos

Observación
directa

Vigilancia clínica

Thomas & Petersen, JGIM 2003



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

Métodos clínicos

Conferencias/ateneos de Morbilidad & Mortalidad

Análisis de causa raíz

Buenos para casos únicos en detectar errores latentes

Incluye información de

- Múltiples proveedores
- Tiempos diferentes
- Lugares diferentes



Análisis de causa raíz

¿Qué sucedió?

¿Por qué sucedió?

¿Cómo prevenir que vuelva a ocurrir?

¿Cómo saber que mejora la seguridad?



Métodos potenciales de investigación

Mediciones o descripciones MÚLTIPLES que pueden ser analizadas estadísticamente

Encuesta del personal de salud (entrevista, encuesta)

Análisis de datos actuales para identificar factores que contribuyen

Recolección prospectiva del dato usando sistemas de informe o estudios de cohorte



Algunos ejemplos

Análisis de causa raíz (Cardoso Alux Teixeira T y De Bortoni Cassiani. Análisis de causa raíz: evaluación de errores de medicación en un hospital universitario Rev. Esc. Enferm. USP;44(1):139-146, mar. 2010)

Encuesta anónima a personal de salud (Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. Do house officers learn from their mistakes? JAMA, 1991, 265:2089-2094)

Análisis de reclamos de negligencia profesional (Gandhi T, Kachalia A et al. Ann Intern Med. 2006;145:488-496; Moore Ph, Vargas A et al. Rev Med Chile 2011; 139: 880-885)

Sistemas de “Reporte & Aprendizaje” (Identificar, registrar y aprender)

Estudio de Cohorte (Cullen DJ, Sweitzer BJ et al. Preventable adverse drug events in hospitalized patients: a comparative study of intensive care and general care units. Crit Care Med, 1997, 25:1289-1297.)

Asociación entre la proporción de enfermeros-paciente y mortalidad quirúrgica (Aiken LH, Clarke SP et al Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA, 2002: 288:1987-1993)

Encuesta al proveedor

Bueno para errores latentes

Datos que no están disponibles de otra manera

Conocimiento de los grupos

Puede ser abarcativa

Sesgo de información retrospectiva
(mal resultado = mala atención)

Se necesita una buena tasa de respuesta



Tipo de Preguntas

Cerradas (Artículos y escalas estándares)

Abiertas

Semi-estructuradas

Ej: Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. Do house officers learn from their mistakes? JAMA, 1991, 265:2089-2094



Métodos:

Diseño: Encuesta transversal

- Confidencial, anónima encuesta a doctores usando texto libre y preguntas de respuesta fija
- Procedimientos: Se envía la encuesta- Si no hay respuesta, dos recordatorios por correo
- Diseño elegido para proveer respuestas profundas y por la habilidad de probar hipótesis

Otros métodos de auto-reporte que se pueden usar:

- Entrevistas semi-estructuradas
- Charlas de grupos pequeños
- Grupos focales
- Entrevistas uno-a-uno



Métodos: Población y Lugar

Lugar: 3 centros grandes de medicina académica

Población: el personal en programas de formación de residencia en medicina interna

- De todos los contactados, 114 contestaron, una tasa de respuesta de ~45%
- Todos informaron un error



Métodos: Recolección de datos

Estudio desarrollo una encuesta para ser enviado al personal y reenviado en cuanto estuviera completada. La encuesta incluyó:

- Descripción de texto libre: “errores más importante y la respuesta”
- Preguntas con respuestas fijas usando adjetivos escalas de calificación de la respuesta
- Escalas validadas del instrumento “Ways of Coping”

La encuesta se difundió al personal en 3 programas de formación de residencia

- El paquete incluye un lápiz y un sobre con franqueo pagado con la dirección de retorno
- Las cartas de respuesta incluyen una sección para indicar que la encuesta había sido devuelta o que el destinatario no deseaba ser contactado nunca más

Resultados: Principales hallazgos

Resultados adversos graves en el 90% de los casos, muertes en el 31%

Algunas respuestas del personal identificaron:

- Remordimiento
- Miedo / ira
- Culpa
- Aislamiento
- Sentimientos de insuficiencia

54% había discutido el error con un médico supervisor

Solamente 24% lo había comunicado al paciente/las familias

Resultados: Cambios en la práctica

Cambios constructivos fueron más comunes en personal que tomó responsabilidad y habló sobre el tema

Cambios constructivos fueron menos comunes cuando el personal atribuyó el error a sobrecarga de trabajo

Cambios defensivos fueron más comunes si el personal sentía que la institución iría a juicio



Conclusión: Puntos principales

- Los doctores en formación frecuentemente experimentan errores que dañan pacientes
- Los doctores supervisores y los pacientes frecuentemente no son informados sobre los errores
- El trabajo excesivo y las actitudes hacia los juicios desalientan el aprendizaje
- Los educadores deben animar a los residentes a aceptar la responsabilidad y para hablar de sus errores



Análisis de causa raíz

Bueno para errores latentes

Datos que no están disponibles de otra manera

Conocimiento de los grupos

Puede ser abarcativa

Sesgo de información retrospectiva
(mal resultado = mala atención)

Se necesita una buena tasa de respuesta



Análisis de causa raíz: evaluación de errores de medicación en un hospital universitario

Los objetivos de este estudio consistieron en identificar y analizar los tipos de errores de medicación observados en las dosis de medicamentos que fueron preparadas y administradas de modo diferente respecto al que fueron prescriptas.

El estudio fue de carácter descriptivo, se utilizó el método de análisis de causa raíz efectuado en forma secundaria sobre los resultados de un estudio ya existente.

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a20v44n1.pdf>



Métodos:

Diseño: Estudio descriptivo de corte transversal

Estudio realizado en datos registrados para una base de errores de seis hospitales de Brasil

Los datos se recolectaron por un período de 30 días a través de observación directa en un hospital público.

Se confeccionó una herramienta para realizar el análisis de causa raíz

Métodos: Población y Lugar

Lugar: 1 hospital público

Población: Se observó la preparación de 821 dosis de las cuales 70 dosis tuvieron 74 errores de medicación-.

Estos 74 errores fueron sometidos a análisis



Resultados: Principales hallazgos

Se identificaron 74 errores sobre 70 dosis de medicación

Errores más prevalentes: Errores de dosis 24,3%, errores de horario 22,9%, medicamentos no autorizados 13,5%.

El análisis de causa raíz condujo a la identificación de múltiples factores contribuyentes que llevaron a recomendaciones

Reflexiones del autor:

El análisis de los errores conduce a la identificación de problemas sistémicos.

Los errores descritos y las recomendaciones pueden ser utilizados por otras instituciones.

Análisis de reclamos de negligencia profesional (Demandas por mala práctica)

Puede detectar errores latentes

Proveer perspectivas múltiples
con el tiempo

Tiene sesgos de información

Tiene sesgos de información por
retrospectiva

Es una fuente de datos no
estándar

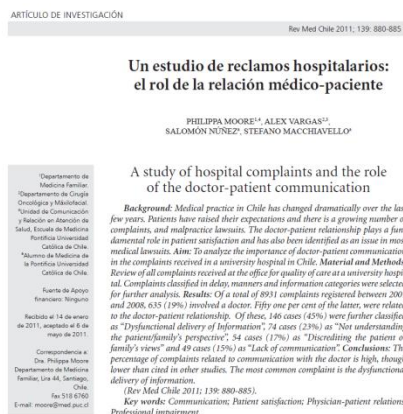


Un estudio de reclamos hospitalarios: el rol de la relación médico

Moore, P, Vargas, A, Nunez S y Macchiavello S. Rev. Méd. Chile 2011, vol.139

<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v139n7/art08.pdf>

[Link al resumen](#)



El ejercicio de la medicina en Chile ha cambiado notoriamente en los últimos años¹. La satisfacción de los pacientes con la relación establecida con su médico tratante ha cambiado². Los pacientes tienen mayores expectativas y hay cifras crecientes de quejas y demandas³. Se estima que alrededor de 1 de cada 10 personas hospitalizadas sufre un evento adverso de los cuales 50% son prevenibles. Pero no todo efecto adverso resulta en un reclamo y a veces hay reclamos donde no hubo eventos adversos. Hay una relación entre la satisfacción del paciente, el número de reclamos y la incidencia de litigios y demandas por mal praxis. Diversos estudios, incluyendo estudios chilenos^{4,5} analizan los factores que más influyen en la satis-

facción de los pacientes y cuáles son los predictores de reclamos, querrelas y juicios médicos^{6,7}.

¿Cuál es el rol de la comunicación médico-paciente en relación a reclamos y juicios?

La relación médico-paciente tiene un rol fundamental en el cuidado médico. Además de estar asociada con decisiones médicas más apropiadas, mejor adherencia a los tratamientos y mejores resultados terapéuticos, una comunicación médico-paciente efectiva está relacionada con una mayor satisfacción tanto de los pacientes como de los médicos⁸. Varios estudios han encontrado una fuerte relación entre la forma de comunicación del médico y las demandas legales. El clásico estudio



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

Métodos: Diseño del estudio y los Objetivos

Diseño: Análisis retrospectivo de demandas por negligencia profesional

- Resumen retrospectivo de reclamos cerrados por negligencia profesional por ocho categorías de las cuales se seleccionaron “demoras”, “trato” e “información”

Objetivo:

- Describir y analizar el rol de la relación médico paciente en los reclamos



Métodos: Población del Estudio y El Ambiente

- Reclamos obtenidos del Programa de Mejoramiento Continuo de la Dirección de Dependencias Docentes Asistenciales (DDDA) de Chile
- Se revisaron 8931 reclamos entre los que 635 involucraban a médicos.
- El 51% de los reclamos que involucraban a médicos se relacionaban con la relación médico paciente.

Métodos: Recolección del dato (1)

Dos investigadores revisaron el contenido de los reclamos registrados y categorizaron los reclamos.

Los reclamos habían sido recogido recogidos a través de una herramienta específica.

Los criterios de inclusión fueron: a) el reclamos se relacionara con el accionar médico y b) relacionado a problemas de comunicación

Se realizó el cálculo de coeficiente kappa y se consensuaron las diferencia

Resultados: Factores que contribuyen a los reclamos por errores

Total de reclamos por comunicación o relación médico paciente: 323

- Entrega disfuncional de la información 45%
- Falta de comprensión del paciente 23%
- Desacreditación o desvalorización 17%
- Comunicación ausente 15%

Conclusión: Puntos Principales

Los errores de la comunicación pueden ser subsanados con evaluación y capacitación

El conocimiento de los tipos más comunes de los defectos y los factores podrían ayudar en los esfuerzos para identificar y priorizar las estrategias para prevenir los errores de diagnóstico



Estudio similar en EEUU:
***Missed and delayed diagnoses in the
ambulatory setting: a study of closed
malpractice claims.***

Gandhi TK, Kachalia A, Thomas EJ, Puopolo AL, Yoon C,
Brennan TA, Studdert DM.



Sistema de 'Reporte & Aprendizaje'

- Puede detectar errores latentes
- Proveer perspectivas múltiples con el tiempo
- Puede ser un procedimiento estandarizado
- Sesgos de información por reporte y por retrospectiva



SISTEMA DE REGISTRO DE INCIDENTES: EVENTOS ADVERSOS Y CUASIERRORES

BASADO EN LA CLASIFICACION INTERNACIONAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA OMS v1.1

Bienvenido: jrodriguez

Cerrar Sesión

Características del paciente

Tipo de incidente

Características del incidente

Detección

Factores contribuyentes / Riesgos

Factores atenuantes

Resultado del

Características del Paciente:

Contiene características

Demográficas (edad, género)

Diagnóstico Primario (enfermedades,
malformaciones, embarazo)

Procedimiento (Médico, Quirúrgico, Cuidados
generales)

Acciones para reducir riesgos

Acciones de mejora

Confirmar Datos

Reportes

CONAMED



Calle: Mitla 250 esquina con Eje 5 Sur (Eugenia) Col. Vertiz Narvarte, C.P. 03020, México D.F.

Tel: +52 (55) 5420-700, 01800-711-0658 Todos los derechos reservados ©2010

Johns Hopkins Medicine Departments & Organizations



INSIDE HOPKINS MEDICINE

[Departments & Organizations](#) [News & Events](#) [INTRANET HOME](#)

IT@Hopkins - Public Workstation Resource Center

[FAQ / Guide](#)[Problems](#)[Suggestions](#)[Search](#)

Public Quick Clicks

- [GroupWise Web Access](#)
- [JHEM \(Enterprise Messaging\)](#)
- [JHED \(Enterprise Directory\)](#)
- [Micromedex](#)
- [Pathology - Lab Web](#)
- [JHMI Pager Box](#)
- [AmION](#)

PUBLIC Workstation News

4/26/04 - The XP Public Workstation migration update

Internal Links (Within Hopkins Network)

- [Inside Hopkins Medicine](#)
- [JHH Department of Nursing](#)
- [WelchWeb/MyWelch/Ask-a-Librarian](#)
- [JHH Department of Surgery](#)
- [Johns Hopkins Antibiotic Guide](#)
- [Johns Hopkins Department Of Medicine](#)
- [JHU Department of Pediatrics](#)
- [Internal Medicine Ambulatory Curriculum](#)
- [JHMI Pathology](#)
- [Johns Hopkins School Of Medicine Medical Curriculum](#)
- [JH Medicine Center for Information Systems \(JHMCIS\)](#)
- [Report a Medication Event](#)
- [PSN-Report an Event or Service Concern](#)

TOP STORY

Broadway Research Building Celebration
Please mark the afternoon of Tuesday, IV 25, as a time for the Johns Hopkins Medi family to celebrate the completion of the Research Building on Broadway. Several events have been planned for faculty, students and staff, as well as other invite guests who have helped to plan, design & construct this wonderful new facility. [More](#)

Garage Spring Cleaning
Please note the dates when the following Baltimore parking facilities will be closed

The Johns Hopkins Hospital
Confidential
For Peer Review Only
Medication Event Data Collection Form

Your First Name

Your Last Name

Pt Location / Unit

Inpatient:

Outpatient:

Patient's First Name

Patient's Last Name

HxNo (DO NOT INCLUDE HYPHENS)

Date of Event

 MM-DD-YYYY

Time of Event (Military)

 HHMM

Service:

Drug(s) Involved in Event; Maximum of (3) Three; One per line; Use generic name when possible

Drug 1.) Drug 2.) Drug 3.) **SOURCE OF EVENT (Select as many as appropriate)****PRESCRIBING****DISPENSING****DRUG ADMINISTRATION**

SOURCE OF EVENT (Select as many as appropriate)

PRESCRIBING

- ☐ Wrong drug ordered
- ☐ Wrong frequency ordered
- ☐ Potential over dose
- ☐ Potential under dose
- ☐ Wrong route ordered
- ☐ Illegible order
- ☐ Incomplete order
- ☐ Order written on wrong patient
- ☐ Drug ordered for pt with documented allergy & no justification
- ☐ No mg/kg calculation
- ☐ No allergy information on admission order
- ☐ Duplicate therapy
- ☐ Other

JHH Prescriber I.D. (enter Z0000 if not known)

DISPENSING

- ☐ Wrong drug dispensed
- ☐ Wrong dose dispensed
- ☐ Wrong dosage form dispensed
- ☐ Wrong concentration dispensed
- ☐ Expired drug dispensed
- ☐ Labeled in pharmacy incorrectly
- ☐ Missing Dose
- ☐ Other

MEDICATION ADMIN. RECORD

Manual MAR

- ☐ Transcription Discrepancy

Computer Generated MAR

- ☐ Duplicate drug
- ☐ Omitted drug
- ☐ MAR D/C'ed without order
- ☐ Other

DRUG ADMINISTRATION

Dose Omitted:

- ☐ Order not flagged
- ☐ Nurse missed order
- ☐ Patient unavailable
- ☐ Drug not available
- ☐ Wrong drug given
- ☐ Wrong dose/IV rate given
- ☐ Wrong route used
- ☐ Wrong dosage form given
- ☐ Wrong time
- ☐ Wrong patient
- ☐ Duplicate dose given
- ☐ Expired drug given
- ☐ Mixed/measured/prepared incorrectly on nurse unit
- ☐ Other

Drug Administration Device:

- ☐ incorrectly adjusted
- ☐ malfunctioned
- ☐ Other

	☐ Other 	☐ incorrectly adjusted ☐ malfunctioned ☐ Other
CLINICAL OUTCOME: (CHOOSE HIGHEST APPROPRIATE LEVEL)		
0. ☐ Event did not reach patient. 1. ☐ Event reached patient; No treatment or increased monitoring necessary. 2. ☐ Event reached patient; Increased monitoring required. 3. ☐ Event reached patient; Unplanned treatment or increase in hospital stay (probable or actual) required. 4. ☐ Event reached patient; Life-threatening event or serious morbidity or death occurred; Event may have contributed; Contact the JHH Legal Hotline x5-7949		
NEAR MISS: A potential or actual medication error that did not harm the patient (level 0, 1, or 2) but would likely cause significant harm if it occurs again. ☐ ←Click here if event is a Near Miss.		
Comments (include MD notification for administration errors) 		
Submit Event		Clear Event

3. Discusión y conclusiones



Conclusiones

Se puede diseñar investigación en sistemas de informe y aprendizaje

También, se puede aprender de la recuperación del sistema



Conclusiones

Los diferentes métodos para medir y entender errores y eventos adversos tienen diferentes fortalezas y debilidades

- Entrevista/Encuesta de proveedores
- Análisis de reclamos de negligencia profesional
- Sistemas de 'Reporting & Learning'
- Observación directo
- Estudio de cohorte

La combinación de métodos puede favorecer la comprensión y entendimiento del problema

Discusión

¿Alguno de los participantes quiere plantear algún problema de seguridad para explorar los factores que han podido contribuir a su aparición?

Respuestas a las cuestiones iniciales.1

1. Las encuestas a proveedores pueden ser útiles para entender las causas de los eventos adversos porque:

- a. Se puede usar preguntas estandarizadas y preguntas abiertas
- b. Puede capturar el conocimiento de los trabajadores de salud en la primera línea
- c. Puede ser usadas en países en desarrollo/ en transición
- d. Todo lo anterior

2. Cuáles de los siguientes métodos de recogida de datos no son un 'auto-reporte'

- a. Encuesta realizada en línea
- b. Resumen de registros del hospital
- c. Entrevistas persona-persona
- d. Grupos focales



Respuestas a las cuestiones iniciales.2

3. Qué afirmación sobre las demandas por negligencia profesional es falso?

- a. El análisis de las demandas puede ser bueno para encontrar errores latentes.
- b. Los datos de las demandas por negligencia representan los problemas de atención médica.
- c. Las demandas por negligencia profesional no tienen formato estandarizado.
- d. Las demandas por negligencia profesional ofrecen datos desde múltiples perspectivas.

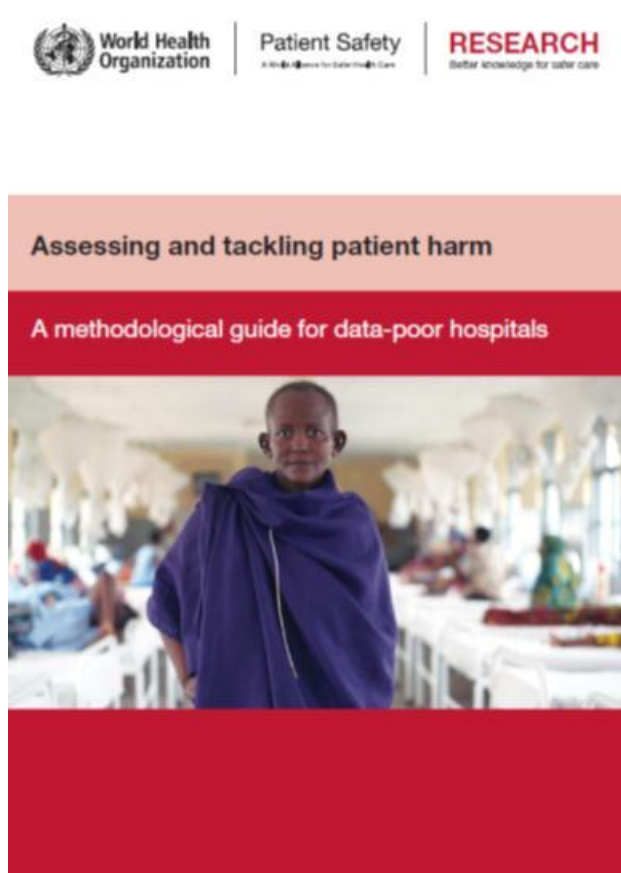
4. Cuáles de estos métodos pueden ser útiles para estudiar las causas de los eventos?

- a. Encuestas a proveedores
- b. Notificación de incidentes (Incident reporting)
- c. Estudios de cohorte
- d. Todos los anteriores

5. Los sistemas para informar de incidentes son

- a. Buenos para encontrar errores latentes
- b. El mejor método para entender las causas de los eventos adversos
- c. También se conocen como sistemas “Reporte y Aprendizaje”
- d. a y c

Para saber más:



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



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

Otras referencias

- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA, 2002; 288:1987-1993.
- Berenholtz SM, Hartsell TL, Pronovost PJ. Learning from defects to enhance morbidity and mortality conferences. Am J Med Qual. 2009;24(3):192-5.
- Cullen DJ, Sweitzer BJ, Bates DW, Burdick E, Edmondson A, Leape LL. Preventable adverse drug events in hospitalized patients: a comparative study of intensive care and general care units. Crit Care Med, 1997, 25:1289-1297.
- Vincent C. Understanding and responding to adverse events. N Engl J Med 2003;348:1051-1056.
- Woloshynowych M, Rogers S, Taylor-Adams S, Vincent C. The investigation and analysis of critical incidents and adverse events in healthcare. Health Technology Assessment 2005; Vol 9: number 19.
- Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. Do house officers learn from their mistakes? JAMA, 1991, 265:2089-2094.



Preguntas



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

Gracias por su atención

Continuará....