

# SEGURIDAD DEL PACIENTE



**17/SEPT.**  
DÍA MUNDIAL DE LA  
SEGURIDAD DEL PACIENTE

Maite López Deogracias  
Mayo 2022



*“ El ejercicio de la medicina en el pasado solía ser simple, poco efectivo y relativamente seguro; en la actualidad se ha transformado en complejo, efectivo, pero potencialmente peligroso ”*

Dr. Cyril Chantler

- Finales siglo XX: *Efecto adverso: daño no intencionado provocado por un acto médico más que por el proceso nosológico en sí.*

El médico comete errores y busca la forma de evitarlos

- **Efecto adverso:** suceso que ha causado daño al paciente en forma de alargamiento del tiempo de hospitalización, una secuela en el momento del alta, la muerte o cualquier combinación de estos, y no está relacionado con la evolución de su enfermedad.
  - Ejemplo: Se cae de la cama y se rompe la cadera.
- **Incidente:** Suceso imprevisto que no produce daño al paciente.
  - Ejemplo: Se cae de la cama pero no sufre lesiones.
- **Casi-error:** Categoría mal definida que incluye: menos mal que me di cuenta a tiempo.
- **Error médico:** Acto de equivocación u omisión en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que ocurra un suceso adverso.
- **Negligencia:** Error difícilmente justificable, causado por desidia, abandono, ....en la aplicación de un conocimiento que debería tener y utilizar un profesional cualificado.

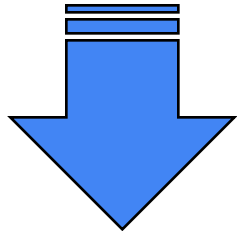
## 1995-2005: EL ENTUSIASMO



**To Err Is Human** asserts that the problem is **not bad people** in health care--it is **that good people** are working **in bad systems** that need to be made safer.



- 1984. **HARVARD**. Nueva York (51 hosp). 30.121 historias clínicas.
  - EA: 3,7%. Evitables: 69%.
- 1992. Utah-Colorado. 15.000 historias clínicas.
  - EA: 2,9%.



**El error médico en EEUU constituía la 8ª causa de muerte por delante de los accidentes de tráfico, el cáncer de mama ó el SIDA.**



- *1995. Australia. 14.179 historias clínicas.*
  - *EA: 16,6%. Evitables: 51%.*
- *2001. Francia. AFGRIS (Asociación francesa para la gestión del riesgo sanitario).*

## 2002-2005: PROFESIONALISMO

- Conceptos y técnicas del modelo industrial al sanitario.
- Primeros modelos de análisis.
- Sistemas de homologación y certificación.



- 1998. *AEGRIS (Asociación española de gestión de riesgos sanitarios). Objetivos:*
  - *Usuario: mejorar la calidad de la atención.*
  - *Profesionales: incremento en la seguridad de actuación.*
  - *Administración: mayor rigor en la gestión de sus responsabilidades y disminución del costo.*
- 2003. *PROYECTO IDEA. Dr Aranaz, Dr Vitaller. 8 hospitales de 5 CCAA. Formulario de cribado e identificación de EA*
- 2004. *(2004). 24 hospitales*
  - *EA. 9,5%. Evitables. 42,0%*

**FALTA DE COMPROMISO CLÍNICO**

## 2005-2011: CULTURA DE SEGURIDAD

- Intervenciones polifacéticas
- Trabajo en equipo

### **PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

- 
- 
- 
- 
- 
- Mejora de la calidad de la atención  
ergo
  - **Detectar los EA**
  - **Mitigar sus efectos cuando se producen**

Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (**SiNASP**)

# DATOS NACIONALES

- Incidencia de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria: 8,4%.
- El 22,2% causó un reingreso.
- El 37,4% estaban relacionados con la medicación, el 25,3% con las infecciones nosocomiales y un 25% con problemas técnicos durante un procedimiento.
- El **42,8%** se consideró **evitable**.

## Gráfica 1. Tipo de incidentes notificados al SiNASP





# ASUNCION KLINIKA

HYGEHOS-Gestión Asistencial

Fichero Admisión Ver Utilidades Ventanas Ayuda

Datos del Paciente

Nº Historia  DNI/Pasaporte

Dirección  Población

Teléfono  Edad

Incidencias

Estado 192.168.2.250/ASUNCION MLOPEZ 06/05/2022 13:41

13:41 06/05/2022

# INCIDENCIAS O EFECTOS ADVERSOS

ASISTENCIAL



Nº incidencia 9380

Fecha 11/05/2022

¿Dónde se registra la incidencia?

### Incidencia NO asistencial

- a. Relac. con Mantenimiento
- b. Relac. con Informática
- c. Relac. con Cocina
- d. Relac. con Limpieza/Lavandería
- e. Relac. Con HC
- f. Otros

### Incidencia ASISTENCIAL

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Relacionadas con infección nosocomial</li> <li>b. Relacionados con transfusión</li> <li>c. Relacionados con pruebas diagnósticas</li> <li>d. Relacionados con procedimiento quirúrgico</li> <li>e. Relacionados con medicación</li> <li>f. Relacionados con cuidados paciente</li> <li>g. Error identificación de paciente</li> <li>h. Relacionados con alta médica del paciente</li> <li>i. Relacionados con admisión y citas</li> <li>Otros</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>I. ITU</li> <li>II. Flebitis</li> <li>III. Neumonía nosocomial</li> <li>IV. Broncoaspiración</li> <li>V. Otros</li> </ul> |
|--|--|

### Comentario

**Si la incidencia afecta a un paciente, indica el numero de historia en el cuadro adjunto, por favor.**

Num\_Historia:

Guardar

Gravedad

DiasRevision:

# PROBLEMAS

- Miedo a las demandas, juicios....
- Miedo a los despidos.
- No quiero culpar a un compañero....
- Coste económico.....
- Ejercicio de autocrítica: esfuerzo de recogida de datos....
- Falta de tiempo.
- Desconfianza....

NO EXISTE UN CULPABLE

**NO SE TRATA DE QUIÉN, SINO POR QUÉ**





# PLAN SEGURIDAD PACIENTE ASUNCION KLINIKA

# LÍNEAS IMPLANTADAS

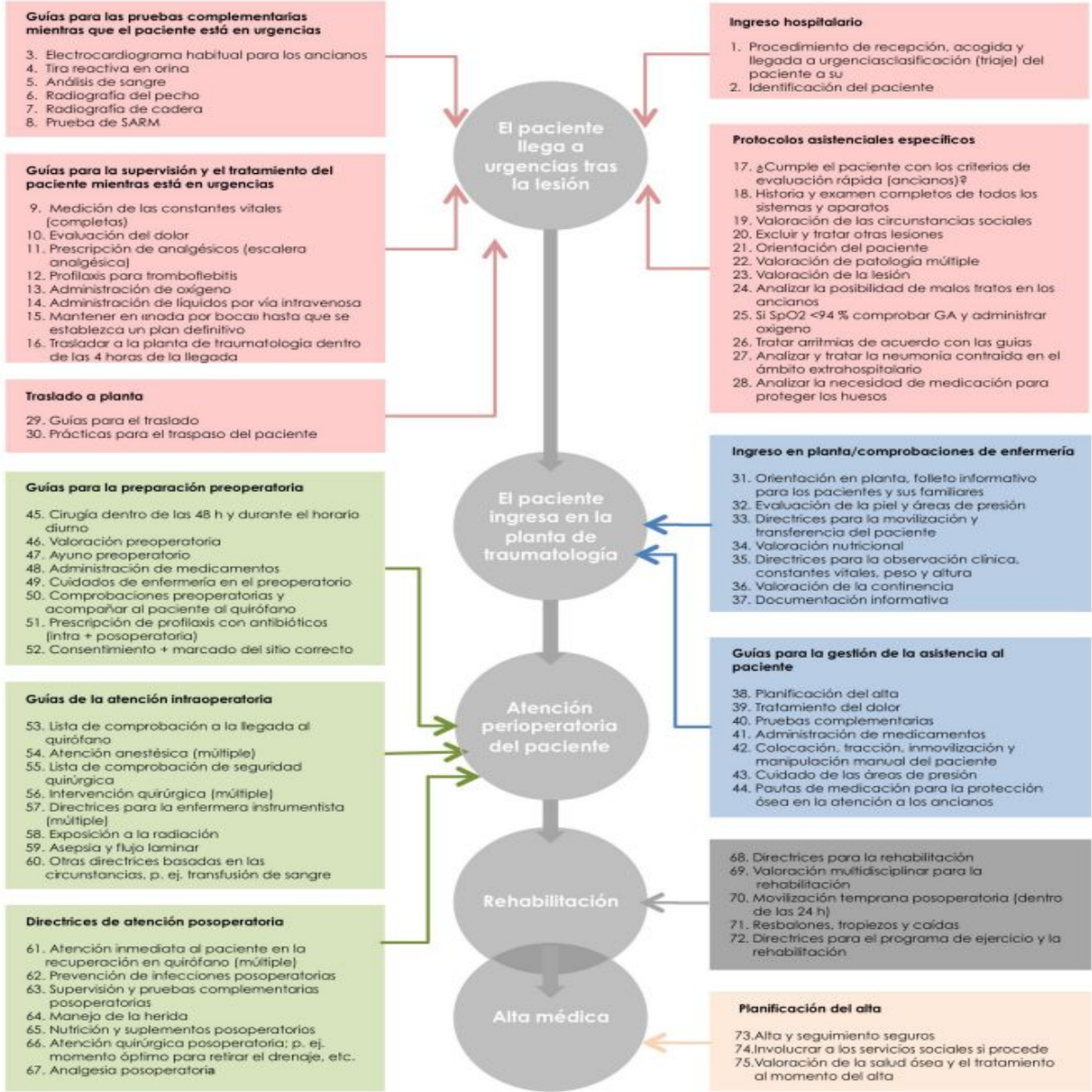
- ❑ Prevención y control de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS)
  - ❑ Reducción de las infecciones del tracto urinario asociadas a catéter urinario
  - ❑ IHQ asociada a cirugía protésica de cadera y prótesis de rodilla.
  - ❑ IHQ asociada a cirugía del colon
- ❑ Cirugía Segura
  - ❑ Proyecto IQZ
  - ❑ Uso de profilaxis antibiótica.
  - ❑ Prevención del tromboembolismo venoso.
  - ❑ Aspectos derivados de la Anestesia.
  - ❑ Implantación de la lista de verificación de la OMS (check-list).
- ❑ Sistema de Notificación y Aprendizaje
- ❑ Seguridad radiológica
- ❑ Seguridad en el uso de medicamentos, hemoderivados y productos sanitarios.
- ❑ Seguridad transfusional
- ❑ Seguridad en Urgencias.
- ❑ Actuación ante infecciones por microorganismos multirresistentes.
- ❑ Minimización del riesgo de lesiones por caídas.
- ❑ Prevención y abordaje de úlceras por presión adquiridas
- ❑ Higiene de manos
- ❑ Despliegue de una cultura de seguridad: formación
- ❑ Identificación inequívoca de los pacientes
- ❑ Conciliación de la medicación



**CONTRIBUYAMOS ENTRE TODOS  
A MEJORAR  
LA CALIDAD DE NUESTRA ASISTENCIA**

GRACIAS







# EAs RELACIONADOS CON LA ANESTESIA

- ❑ Errores de valoración-diagnóstico: 16%.
- ❑ Errores en la revisión de los equipos: 13%.
- ❑ Fallos de técnica: 13%.
- ❑ Otros errores humanos: 13%.
- ❑ Otros problemas con el equipo: 13%.
- ❑ Falta de atención: 12%.
- ❑ Cansancio: 12%.
- ❑ Inexperiencia: 11%.
- ❑ Problemas de comunicación: 9%.
- ❑ Errores en la Consulta preoperatorio: 7%.
- ❑ Problemas de monitorización: 6%.
- ❑ Preparación preoperatoria inadecuada: 4%.