

"Monitoreo de la seguridad del paciente:
Modelo de evaluación – Reflexiones"
¿Cómo saber si mi institución es segura?

Dra. Viviana Rodriguez

Dr. Ezequiel García Elorrio

*Departamento de Calidad, Seguridad del Paciente y
Gestión Clínica*

Objetivos de la presentación

- Discutir la importancia de la medición y su impacto en el nivel de seguridad al paciente.
- Contribuir a la discusión sobre como monitorear la seguridad de la atención al paciente.

Una novedad



SEVENTY-SECOND WORLD HEALTH ASSEMBLY

Patient safety

Global action on patient safety

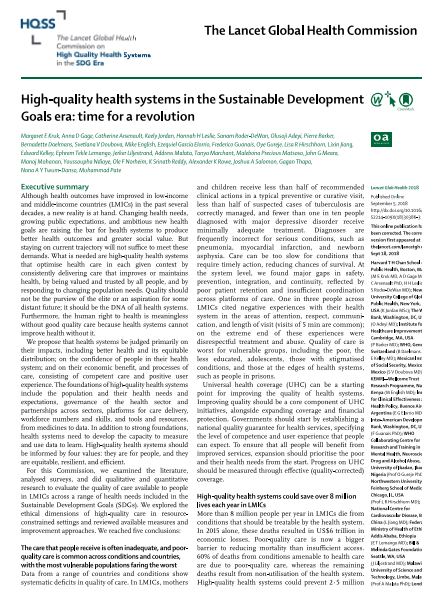
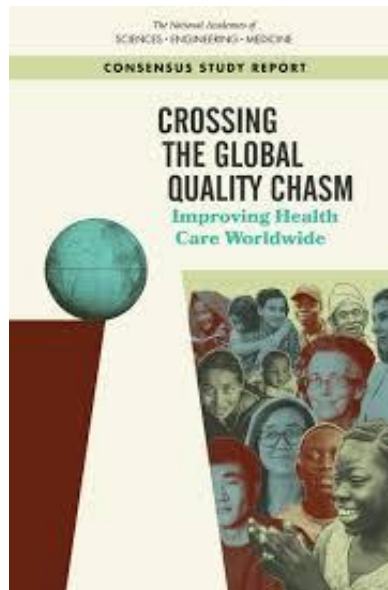
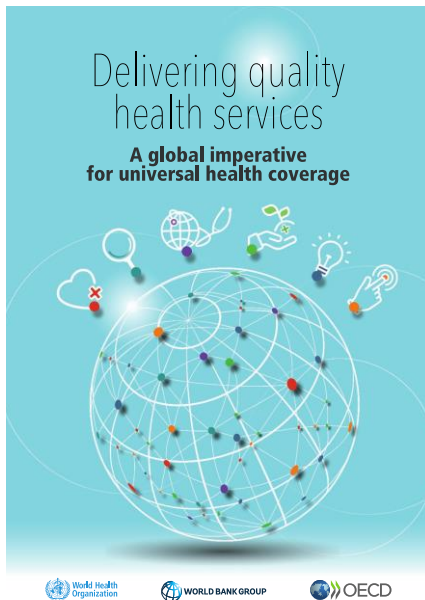
20. **Effective leadership and availability of a competent and compassionate workforce** is a prerequisite for the provision of safe care. Patient safety concepts and principles should become an indispensable part of clinical training, education and continuous professional development for all categories of health care professionals. Patient safety requires care processes to be redesigned and standardized procedures implemented at all levels of the health care system in order to make them less susceptible to human errors.

El liderazgo efectivo y disponibilidad de una fuerza laboral competente y compasiva es un requisito previo para la provisión de atención segura. Los conceptos y principios de seguridad del paciente deben convertirse en una parte indispensable de la capacitación clínica, la educación y el desarrollo profesional continuo para todas las categorías de profesionales de la salud. La seguridad del paciente requiere que los procesos de atención se vuelvan a diseñar y que se implementen procedimientos estandarizados en todos los niveles del sistema de atención médica para hacerlos menos susceptibles a los errores humanos.

17/9

Día Mundial de la Seguridad del Paciente

2018:El año de los reportes en Calidad y Seguridad para países en desarrollo



Lancet Commission en SDG

High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution

Lancet Glob Health 2018

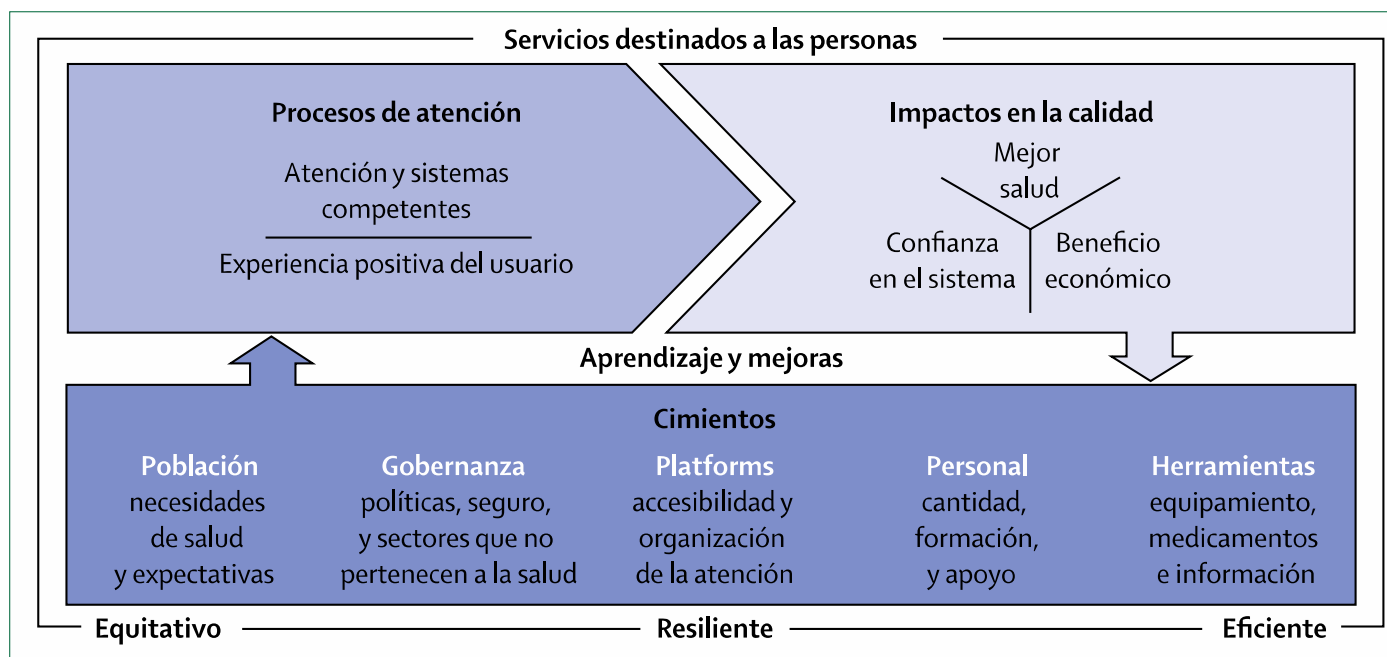
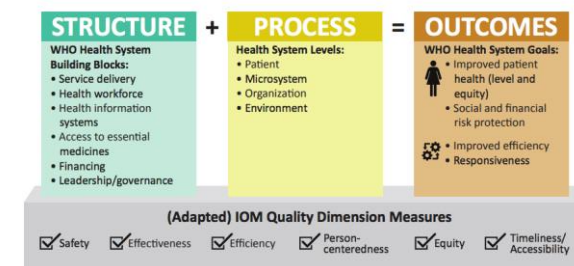
Published Online
September 5, 2018
[http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)

Principales recomendaciones y hallazgos:

- La atención que reciben las personas a menudo es inadecuada, y la atención de mala calidad es común en todas las condiciones y países, y para las poblaciones más vulnerables son las peores
- **Los sistemas de salud de alta calidad podrían salvar más de 8 millones de vidas cada año en los LMIC**
- Los sistemas de salud deben medir e informar qué es lo más importante para las personas, como la atención competente, la experiencia del usuario, los resultados de salud y la confianza en el sistema.
- Más investigación es crucial para la transformación de los sistemas de salud de baja calidad en sistemas de alta calidad
- Mejorar la calidad de la atención requerirá una acción de todo el sistema

Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. www.thelancet.com Published online September 5, 2018





Lancet Glob Health 2018
 Published Online
 September 5, 2018
[http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)

Figura 1: Marco conceptual para los sistemas de salud de alta calidad

¿Por qué medir?

- Para posicionar la frecuencia de daño al paciente como una medida crítica de la seguridad del paciente.
- Para generar discusiones de mejora organizacional.
- Para ser transparente sobre el impactos de daño al paciente y las estrategias de mejora.
- Para alinear incentivos que disminuyan el daño al paciente.

GM MGH

U.S. Consumers Check Their Phones 52 Times Daily, Study Finds

- Pero ahora lo vamos a hacer para participar de la presentacion...
- Dos preguntas...



Mentimeter



April 2018



1. **Adverse event reporting.** Adverse events are incidents that occur during health care which cause unintended and unnecessary harm to a patient. The integrity of adverse event reporting systems rely partly on incident disclosure and related processes of in-depth analyses and learning.
2. **Routinely collected data.** These data are collected for other purposes - such as funding or system management - but can nevertheless capture harm. Routine data include the medical record, which can be a rich source of information on safety lapses.
3. **Patient-reported measures.** Patients have a unique and valuable perspective on the health care process, when things do not go to plan and when they do. Information gathered from patients about their care is invaluable for learning and improvement. It also helps create people-centered health services.

Table 1. The eight, nationally agreed sentinel events, Australia

1. Procedures involving the wrong patient or body part resulting in death or major permanent loss of function	5. Haemolytic blood transfusion reaction resulting from ABO incompatibility
2. Suicide of a patient in an inpatient unit	6. Medication error leading to the death of a patient reasonably believed to be due to incorrect administration of drugs
3. Retained instruments or other material after surgery requiring re-operation or further surgical procedure	7. Maternal death associated with pregnancy, birth and the puerperium
4. Intravascular gas embolism resulting in death or neurological damage	8. Infant discharged to the wrong family

Source: www.safetyandquality.gov.au/our-work/indicators/australian-sentinel-events-list/

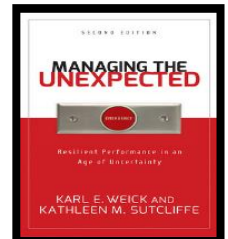
Table 2. Common adverse events

Adverse events	Mitigation practices
Health care-associated infection, e.g. □ Central line associated blood stream infection (CLABSI) □ Ventilator-associated pneumonia (VAP) □ Surgical-site infection (SSI) □ Sepsis	□ Hand hygiene protocols □ Catheter insertion protocols □ Ventilator management □ Surgical safety checklists
Medication errors, e.g. □ Adverse Drug Events (ADEs) e.g. wrong drug, wrong dose, wrong time, wrong route, wrong patient □ Adverse Drug Reactions (ADRs)	□ Medication reconciliation □ Computerised provider order entry □ Medication administration protocols¹⁰
Venous thromboembolism (VTE)	□ Risk assessment & anticoagulant protocols □ Checklists
Pressure ulcers	□ Prevention protocols
Patient falls	□ Falls risk assessment
Failure to rescue	□ Deteriorating patient protocols
Wrong / delayed diagnosis	□ Diagnostic tools □ Education
Wrong site procedure	□ Checklists
Patient misidentification	□ Patient ID protocols □ Checklists

<https://www.oecd.org/health/health-systems/Measuring-Patient-Safety-April-2018.pdf>

Niveles de confiabilidad en Cuidados de la Salud

- **Nivel 1:** (80-90% Confiabilidad) Prevención a través del intento, supervisión y trabajo duro (Diseño básico de prevención de errores) Equipamiento común, Solicitudes estandarizadas, listas de chequeo personales, hacerlo mejor la próxima vez, feedback y entrenamiento.
- **Nivel 2:** (95-97% Confiabilidad):Estandarización, Simplificación y mitigación en tiempo real (Diseño sistémico para prevención de errores). Checklists sistematizados y GPC. Entrenamiento estandarizado. Identificación en tiempo real. Lo simple es lo estándar. Se quitan pasos sin valor al proceso.
- **Nivel 3:** (99-99.5% Confiabilidad): Preocupación por la falla, interés por lo que pasa en los puntos de contacto con el paciente. Promover el valor de la diversidad. Interés por aprender y resolver eventos que pueden ocurrir y valoración de la experiencia.



¿Qué medir?

- **Nivel 1:** Reporte de incidentes, eventos serios y Global Trigger Tools
- **Nivel 2:** Indicadores de seguridad del paciente y otras métricas de seguridad
- **Nivel 3:** Cultura de Seguridad y Vigilancia Prospectiva. Encuestas con foco en atención centrada en el paciente. Recorridas.

¿Qué es ser una institución segura?

Organizaciones de alta confiabilidad HRO

Son organizaciones que trabajan en **situaciones de riesgo y daño potencial a gran escala** pero que logran **balancear la efectividad, la eficiencia y la seguridad.**



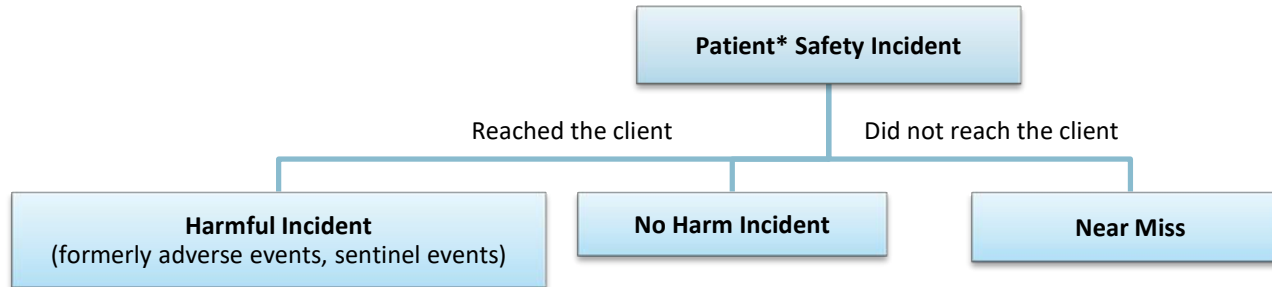
Research scan: High reliability organisations, 2011.

Reporte de incidentes

- Se basa en el reporte por involucrados o testigos de eventos adversos de interés.
- Puede ser una excelente herramienta de aprendizaje (Filosofía Kaizen)
- Para medir frecuencia de eventos adversos tiene como gran dificultad su profunda subestimación. Reportes mencionan 7-15% de captura.

<http://www.health.org.uk/publication/measurement-and-monitoring-safety>

Eventos adversos serios



- Never Events (eventos reportables y profundo análisis)
 - NQF <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/3/never-events>
 - NHS <https://www.england.nhs.uk/patientsafety/never-events/>

Global Trigger Tools

- Modalidad más funcional para la tradicional revisión de historias clínicas.
- Muestrea 20 historias por mes buscando “gatillos” que permitan la verificación de la presencia eventos adversos.
- Creada por IHI y con buena difusión global.
- Landrigan crea GAPSS para pacientes pediátricos
- Permite estimar
 - Eventos adversos por 1000/días paciente
 - Eventos adversos por 100 internaciones
 - Porcentaje de internaciones con eventos adversos.

Temporal Trends in Rates of Patient Harm Resulting from Medical Care

Christopher P. Landrigan, M.D., M.P.H., Gareth J. Parry, Ph.D.,
Catherine B. Bones, M.S.W., Andrew D. Hackbarth, M.Phil.,
Donald A. Goldmann, M.D., and Paul J. Sharek, M.D., M.P.H.

<http://www.ihl.org/resources/pages/tools/ihiglobaltriggertoolformeasuringaes.aspx>

n engl j med 2010 363;22

Indicadores de seguridad de pacientes y otras métricas de seguridad



- Indicadores de seguridad del paciente
 - Set de indicadores propuestos por AHRQ para el monitoreo de la eventos relacionados con la atención médica.
- Seguimientos de prácticas esenciales
 - ROP- Accreditation Canada
 - PSG Joint Commission
 - Practicas Seguras de NQF

Recorridas Ejecutivas

- Herramienta de sensibilización e interacción grupal para favorecer el dialogo en pos de la seguridad del paciente.
- Inspiradas en la actividad “Gemba” del Toyota Production System.
- Visitas en terreno de 2hs para poder discutir, escuchar y promover iniciativas de seguridad del paciente.
- Se realizan con presencia de funcionarios de diferentes áreas del Hospital.
- Pueden ser útiles para en forma **cualitativa** evaluar el nivel de seguridad

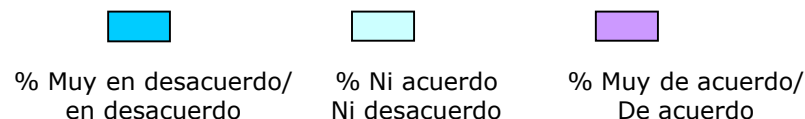


Cultura de Seguridad: Eventos finales y dimensiones medidos

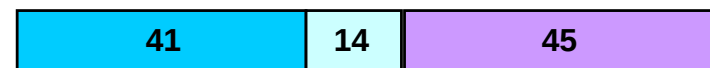
1. Percepción general de seguridad
 2. Frecuencia de eventos reportada
 3. Número de eventos reportados
 4. Calificación general de seguridad de paciente
1. Expectativas sobre promoción de SP
 2. Respuesta no punitiva al error
 3. Adecuada cantidad del personal
 4. Soporte de hospital para la SP
 5. Trabajo en equipo dentro de la unidad
 6. Trabajo en equipo entre unidades
 7. Apertura a la comunicación
 8. Feedback y comunicación sobre el error
 9. Transiciones y “tiempo fuera”
 10. Aprendizaje institucional, respuesta al error.

Percepción global de seguridad

Ítems de la encuesta



1. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo. (A15)



2. Nuestros procedimientos y sistemas son Efectivos para prevenir la ocurrencia de errores. (A18)



R3. Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios. (A10)

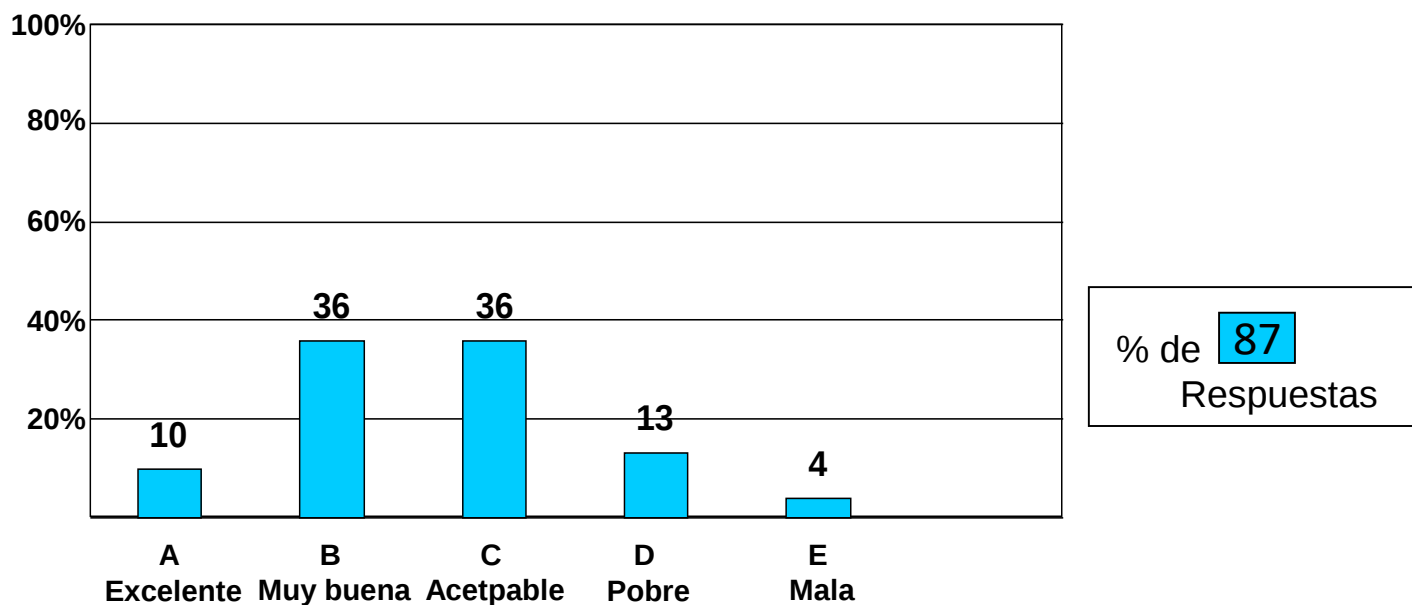


R4. Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad. (A17)



Grado de seguridad general del paciente

2. Por favor, déle a su área/unidad de trabajo un grado general en seguridad del paciente. (E1)



Trabajo en equipo entre unidades

Ítems de la encuesta

1. En esta unidad, la gente se apoya mutuamente. (A1)
2. Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo. (A3)
3. El personal se trata con respeto. (A4)
4. Cuando su área/unidad está realmente ocupada, otras le ayudan. (A11)

 % Muy en desacuerdo/
en desacuerdo  % Ni acuerdo
Ni desacuerdo  % Muy de acuerdo/
De acuerdo

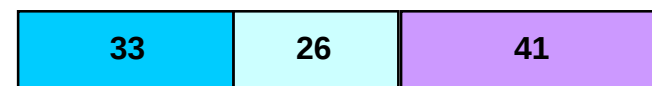


Respuesta no punitiva al error

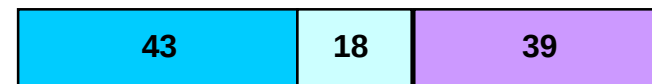
Ítems de la encuesta

 % Muy en desacuerdo/
en desacuerdo  % Ni acuerdo
Ni desacuerdo  % Muy de acuerdo/
De acuerdo

R1. El personal siente que sus
•errores son usados en su contra. (A8)



R2. Cuando se informa de un
incidente, se siente que la persona
está siendo denunciada y no el
Problema. (A12)



R3. Los empleados se preocupan de
que los errores que cometen queden
registrados. (A16)



El proyecto ideal

Table 3 Pilot hospital results for 'Hospital Survey on Patient Safety Culture': difference in pre-TeamSTEPPS versus post-TeamSTEPPS implementation

Dimensions	Improvement from 2007 to 2009 (%) [*]	Improvement from 2009 to 2010 (%)	Improvement from 2007 to 2010 (%)
Communication/openness	+1	+6.7	+7.7
Feedback and communication about error	+4	+5.3	+9.3
Frequency of events reported	−1	+3.6	+2.6
Hospital handoffs and transitions	0	+11.30	+11.3
Hospital management support for patient safety	+3	+8	+11
Non-punitive response to error	+3	+12.9	+15.9
Organisational learning—continuous improvement	−2	+13.7†	+11.7†
Overall perceptions of safety	+6	+5.8	+11.8
Staffing	+8	+7.8	+15.8
Supervisor/Manager expectations and actions promoting patient safety	0	+10.9†	+10.9†
Teamwork across hospital units	+3	+11.1	+14.1
Teamwork within units	−2	+ 13.9†	+11.9†

^{*}2007—Pre-TeamSTEPPS.

†Area of strength.

BMJ Qual Saf 2013 22: 425-434

Vigilancia Clínica Prospectiva

- Implica un seguimiento en tiempo real de factores que pueden desencadenar un evento adverso.
- Requiere personal entrenado para poder relevar los elementos de alarma para incluso evitar la aparición de eventos.
- Puede ser menos intensivo que la observación directa
- Involucra más activamente al personal de contacto.

**The future of measuring patient safety:
prospective clinical surveillance**

Thomas EJ. BMJ Qual Saf 2015

La visión del paciente

- No conozco instrumentos que describan seguridad del paciente desde la perspectiva del usuario salvo reportes aislados.

Table 4. Domains and sub-domains in patient safety

Incident prevention	Patient-reported incidents	Incident management
Information sharing and management	Diagnosis and treatment-related incidents	Incident reporting
Information on illness and symptoms	Medical complications and patient accidents	Incident handling (e.g. disclosure and discussion)
Infection prevention		
Medication safety		
Need for further care and treatment		

Source: OECD Survey for Selecting a Core Set of Questions.

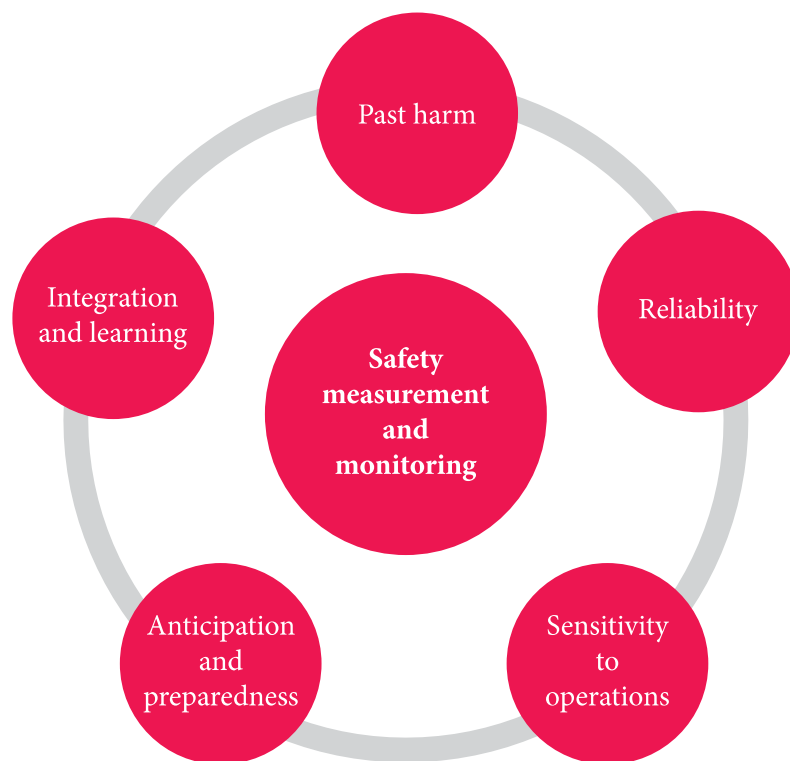
- **PRASE patient safety intervention** - a multi-centre, cluster trial- Trials 2014, 15: 420
- Si instrumentos genéricos como el HCAHPS y Planetree que describen la continuidad y cuan centrado en el paciente es el cuidado. www.cahpsonline.org www.planetree.org

¿Y por casa como andamos?

- Sistemas de reportes de incidentes 
Medición o aprendizaje?
- Encuesta de cultura.
- Tablero de métricas relacionadas con seguridad del paciente
 - No hay estandarización
 - No hay obligación de reporte o benchmark
- Encuestas a pacientes

Excepto Control de infecciones

Otra versión de los hechos



<http://www.health.org.uk/publication/measurement-and-monitoring-safety>

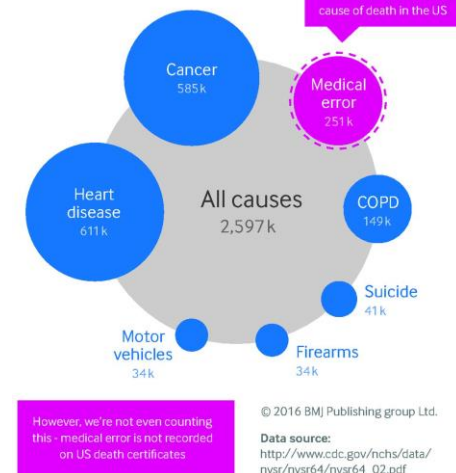


¿El riesgo de no medir bien...o si?

- **Medical error—the third leading cause of death in the US**

— *BMJ* 2016;353:i2139

Causes of death, US, 2013



- **Re: Medical error—the third leading cause of death in the US**

— *BMJ* 2016;353:i2139

Lanzamiento del HQSS Report en Latinoamérica

Ministerio de C y T, Buenos Aires

5 de julio



Comisión Lancet sobre salud global

Sistemas de salud de alta calidad en la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: es hora de una revolución 

X Jornada del FCCSS
Palais Rouge, Buenos Aires
11,12 y 13 de Septiembre



10° Jornada Abierta del Foro Latinoamericano
Colaborativo en Calidad y Seguridad en Salud

Encuentro Subregional Latinoamericano
de la Sociedad Internacional de Calidad ISQua 

“MIRANDO MAS ALLA DE LA COBERTURA”



Buenos Aires 11.12.13
Septiembre

” El conocimiento no es suficiente debemos usarlo. Querer no es suficiente, debemos hacer”

Goethe

egarciaelorrrio@iecs.org.ar