



CONGRESO

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS

Ronda Málaga
Del 1 al 3 de octubre de 2008

ORGANIZA:

aeGRis

ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE
GESTIÓN DE
RIESGOS SANITARIOS

ETICA ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Andrés Rabadán Asensio



PRESENTACIÓN

La misión de la Asociación Española de Gestión de Riesgos Sanitarios, según sus Estatutos, es cultivar y fomentar el estudio y mejor conocimiento de las materias relacionadas con la Gestión de Riesgos Sanitarios, facilitar el ejercicio de estas actividades a sus miembros así como su desarrollo profesional, la formación continua de los mismos, promover contactos e intercambios profesionales y realizar cualquier tipo de actividades que contribuyan a la mejora de la calidad de los Servicios Sanitarios en el Estado Español y a la seguridad de los Usuarios y Profesionales de los Servicios Sanitarios. La Asociación está compuesta por miembros multidisciplinares interesados en la misión antes relatada, desde profesionales médicos, diplomados de enfermería, de la administración sanitaria, usuarios, profesionales del derecho, etc... La concepción actual y objetivo principal de la Gestión de Riesgos Sanitarios es la mejora de la calidad asistencial mediante la disminución de circunstancias que pueden causar daño al paciente en relación con los servicios prestados y, por tanto, desembocar en reclamaciones y/o demandas contra el profesional o la institución sanitaria. En definitiva ofrece la oportunidad de transformar lo que podría llegar a ser una espiral de litigios y desconfianza entre profesionales y pacientes, en una iniciativa de mejora de calidad dirigida a disminuir los daños evitables que tanto perjuicio causan a los pacientes, profesionales e instituciones sanitarias.

[menú](#) / [junta directiva](#) / [publicaciones](#) / [docencia](#) / [noticias](#) / [asesoría jurídica](#) / [consultas](#) / [inscripciones](#) / [secretaría técnica](#) / [congresos y jornadas](#) / [entidades colaboradoras](#) / [comunicaciones-pósters](#) / [enlaces](#)

E-mail: secretaria@aegris.org

ETICA ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

1) Del impacto estimado a la luz del Informe *"To error is human"*. ENEAS, APEAS,...

2) De lo ético

Argumentos Teleológicos

Argumentos Deontológicos

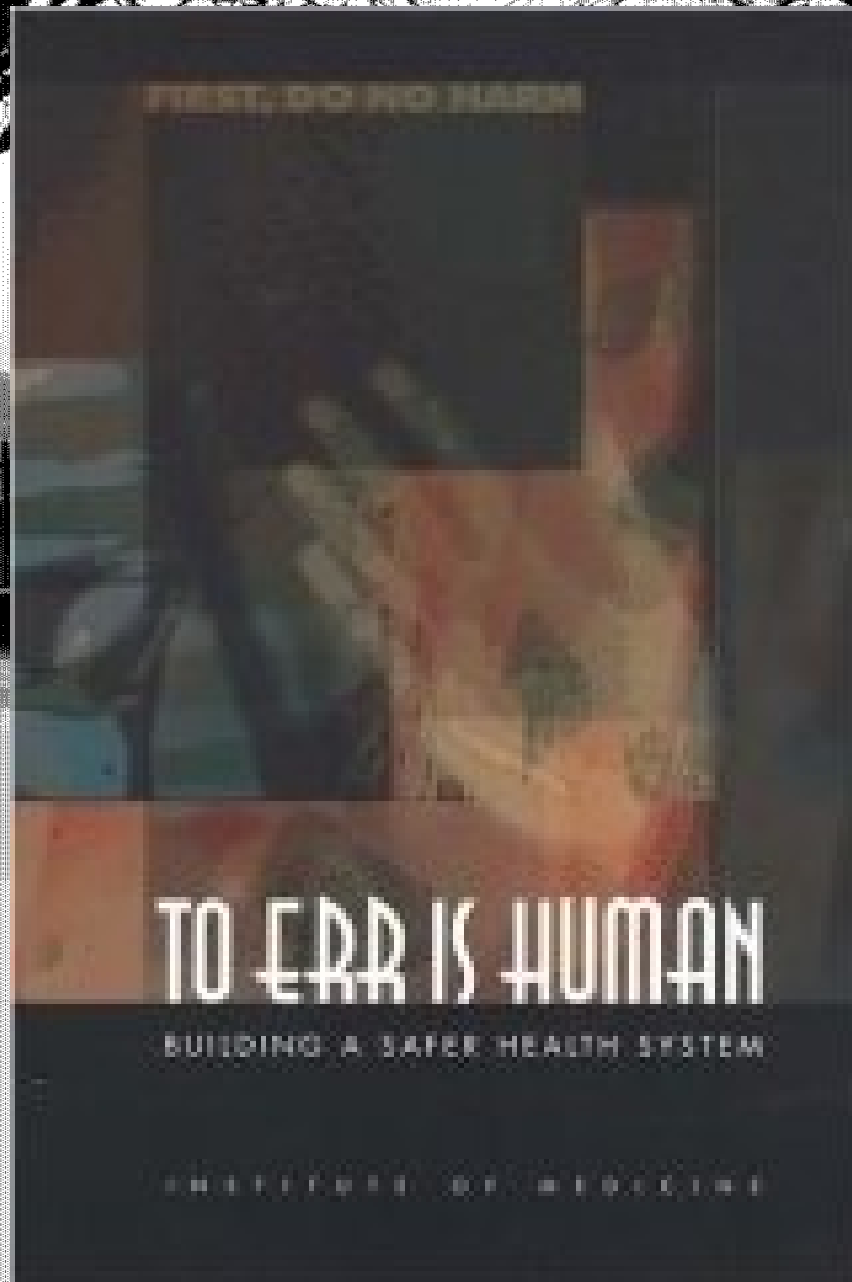
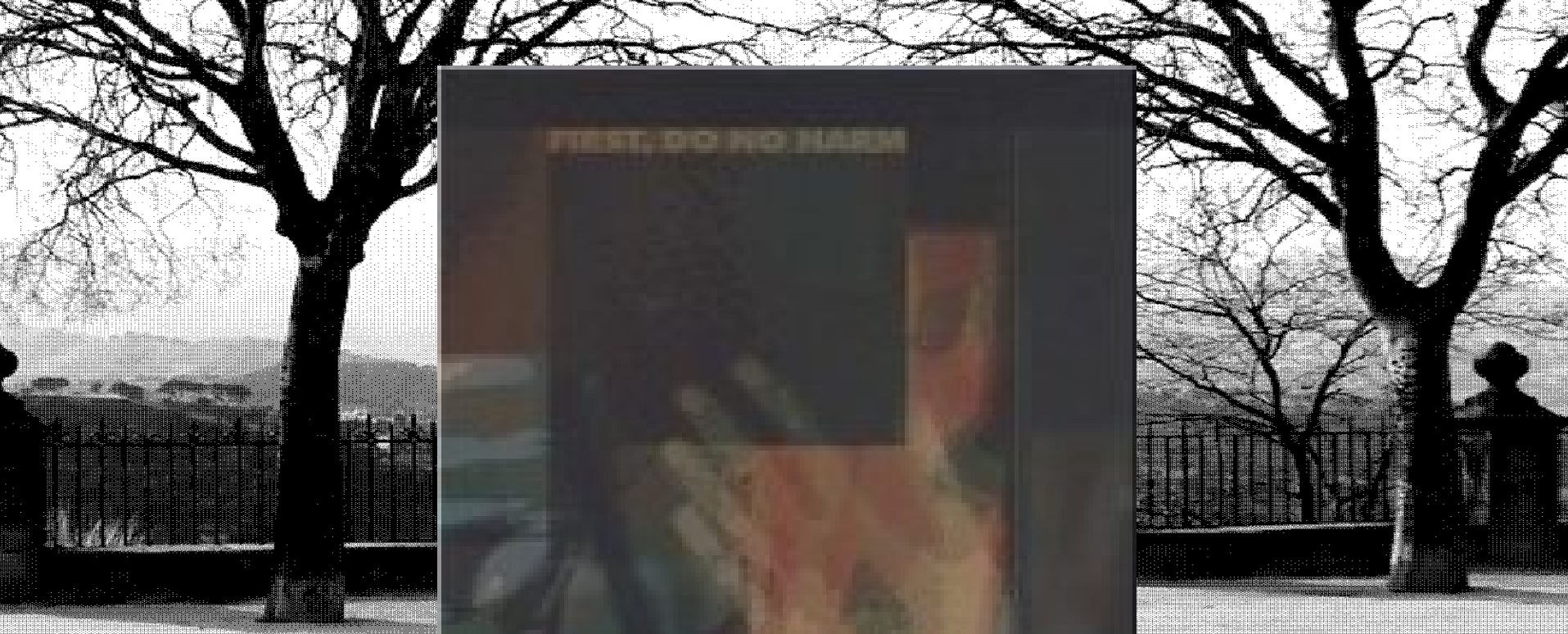
Ética de la responsabilidad

Stakeholders:

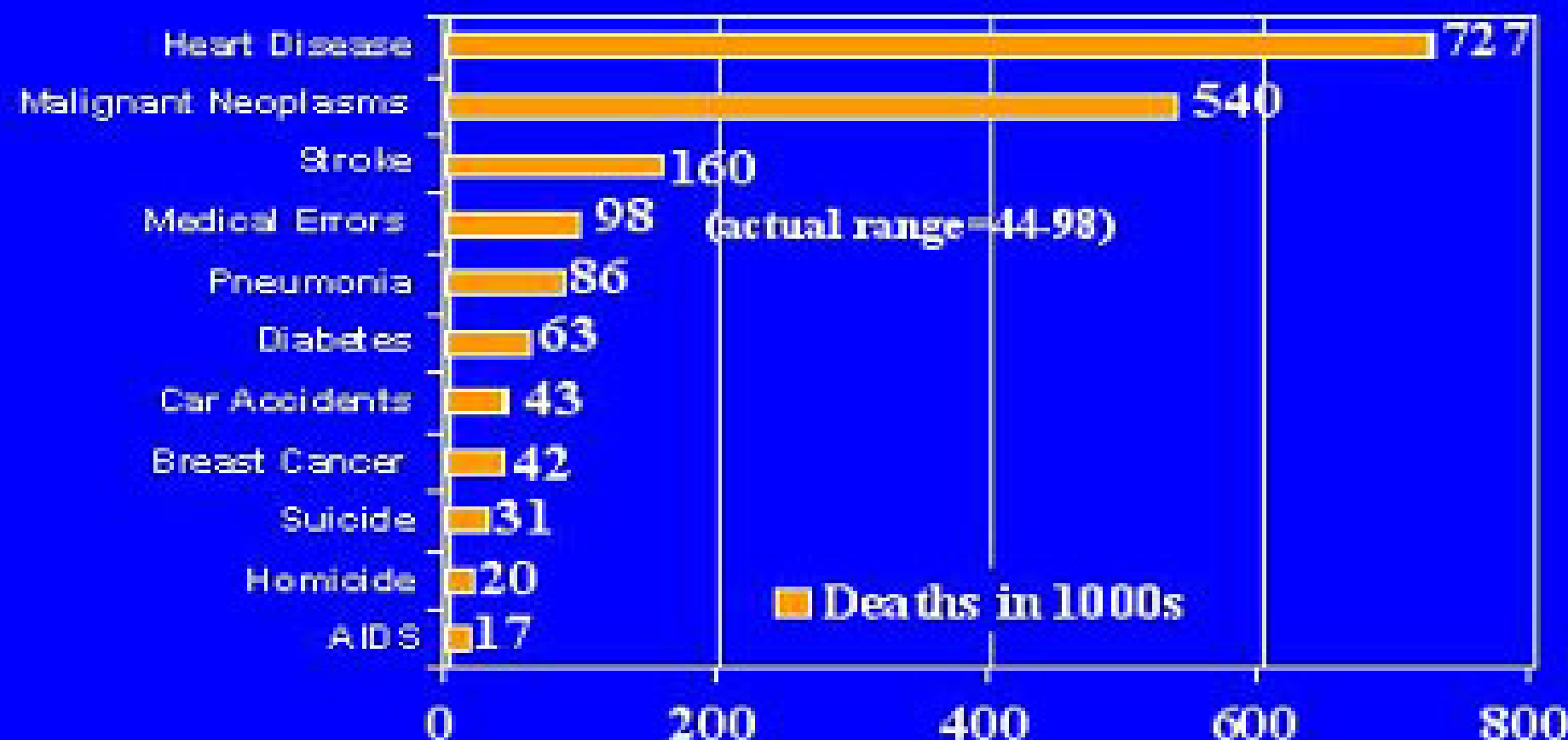
Organizaciones

Profesionales

Pacientes



Leading Causes of Deaths in the U.S. in 1997



Data from: *To Err Is Human: Building a Safer Health System*.
IOM, 2000; CDC mortality data, 1997.



ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

PROGRAMAS

- 1.- Reto global para la seguridad del paciente
- 2.- Pacientes para la seguridad del paciente
- 3.- Taxonomía para la seguridad de los pacientes
- 4.- Investigación en el campo de la seguridad de los pacientes
- 5.- Soluciones para la seguridad de los pacientes
- 6.- Informar y aprender para mejorar la seguridad de los pacientes

ALTAS: 137.468

Pacientes con E.A.:
8,4 % (11.547)

Con E.A. Graves:
16 % (1.848)

Con E.A. Mortales:
4,4 % (508)

Reingresos:
22,2 % (2.564)

E.A. por Medicamentos: 37,40 % (4.319)

E.A. por Infecciones Nosocomiales: 25,3 % (2.921)

E.A. por Protocolos Técnicos: 25 % (2.887)

CONSULTAS MÉDICAS Y DE ENFERMERÍA A.P/AÑO:

3.891.679

Errores Adversos:

11,18 ‰ (43.509)

E.A. Graves:

5,9 % (2.567)

E.A. derivados a Especialidades:

27,6 % (12.008)

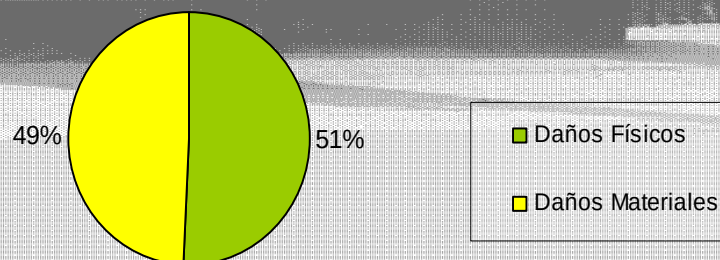
E.A. con ingresos hospitalarios:

3,3 % (1.436)

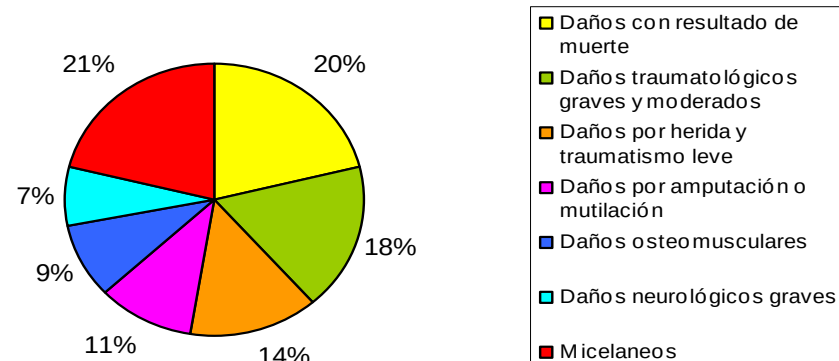
E.A. por Medicamentos: 47,8 % (20.797)

RECLAMACIONES PATRIMONIALES EN EL ÁREA HOSPITALARIA DE VALME (PERIODO 2000-2005)

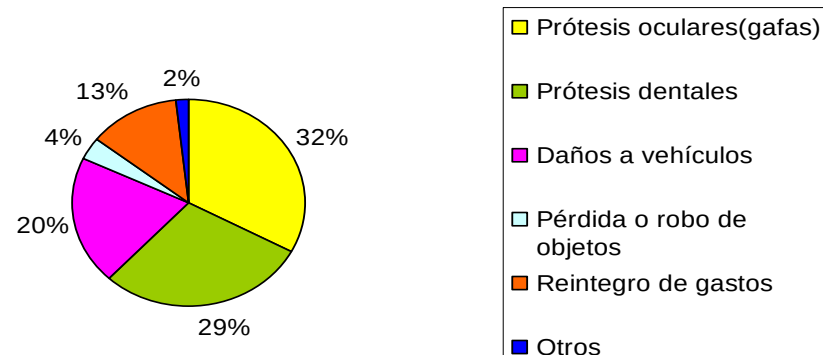
Reclamaciones Patrimoniales



Reclamaciones Patrimoniales por Daños Físicos



Reclamaciones Patrimoniales por Daños Materiales



Fuente: Manuela Rabadán Torres.

Técnico Función Administrativa Subdirección Económico – Administrativa Hospital Universitario "Virgen de Valme".

A sample of the general public was interviewed. Of the nearly 5% who had been affected by medical injury, the main responses they wanted from the NHS were:

- **34 % an apology or explanation**
- **23 % an enquiry into the causes**
- **17 % support in coping with the consequences**
- **11 % financial compensation**
- **6 % disciplinary action**

Source: MORI survey commissioned for this report, 2002

Making Amends

**A consultation paper setting out proposals
for reforming the approach to clinical
negligence in the NHS**



Eurobaromètre Spécial



Commission
européenne

Les erreurs médicales

Terrain : septembre – octobre 2005

Publication : janvier 2006

P1: ¿Usted o su familia ha sido víctima de error médico grave? (% Sí)

P2: ¿Usted o su familia ha sido víctima de error médico grave por prescripción? (% Sí)

P3: En qué medida piensa que los errores médicos son un problema importante en su país hoy?

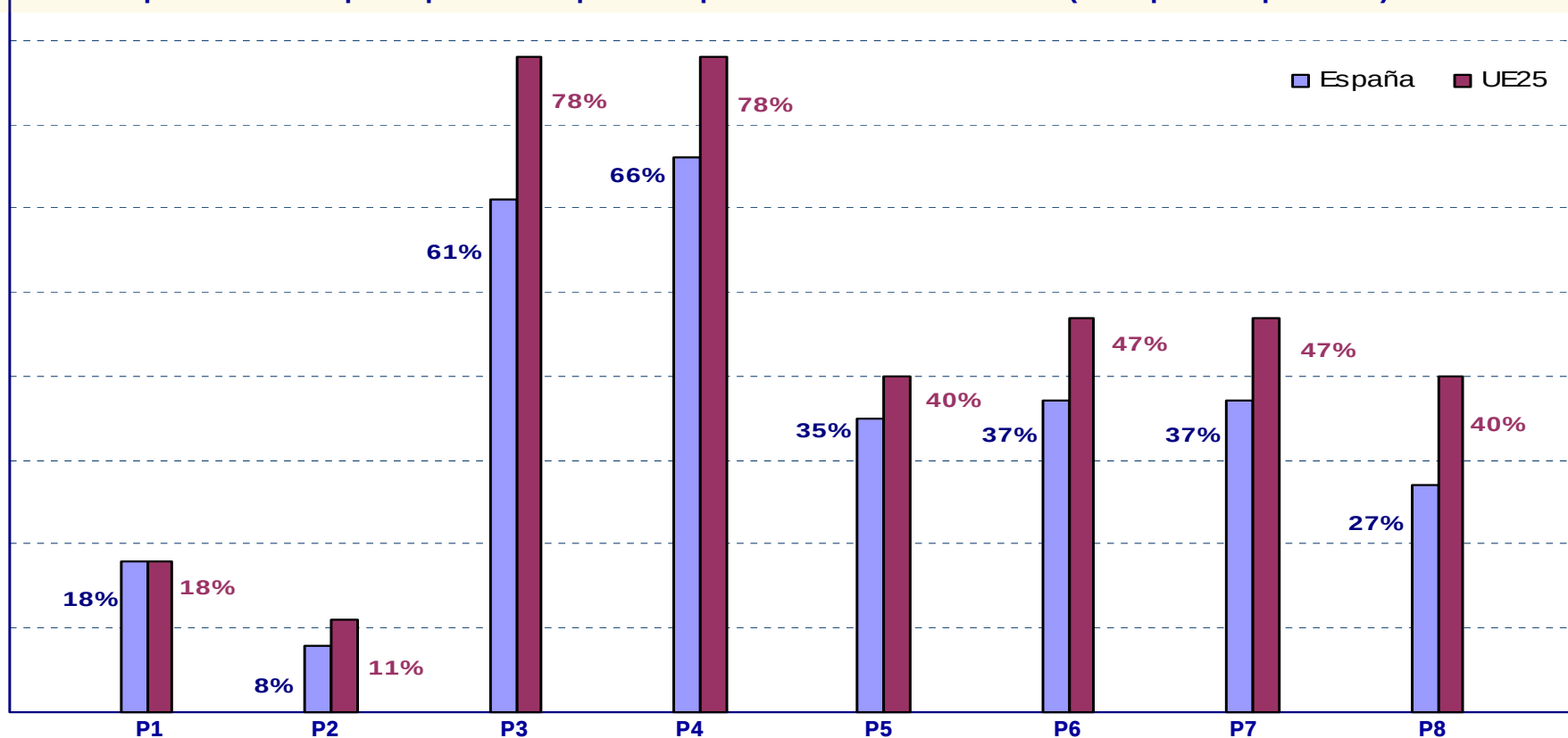
P4: ¿Ha oído hablar o leído algo sobre errores médicos en su país?

P5: En general, ¿en qué medida está usted preocupado por la idea de ser víctima de un error médico grave? (% de respuestas "preocupado")

P6: ¿En qué medida los pacientes hospitalizados deberían estar preocupados por los errores médicos graves? (% de respuestas "preocupado")

P7: Según usted, ¿cuál es la posibilidad de que un paciente, en un hospital de su país, sea víctima de un error médico grave a consecuencia de la medicación o del personal de cuidados del hospital? (% de probabilidad)

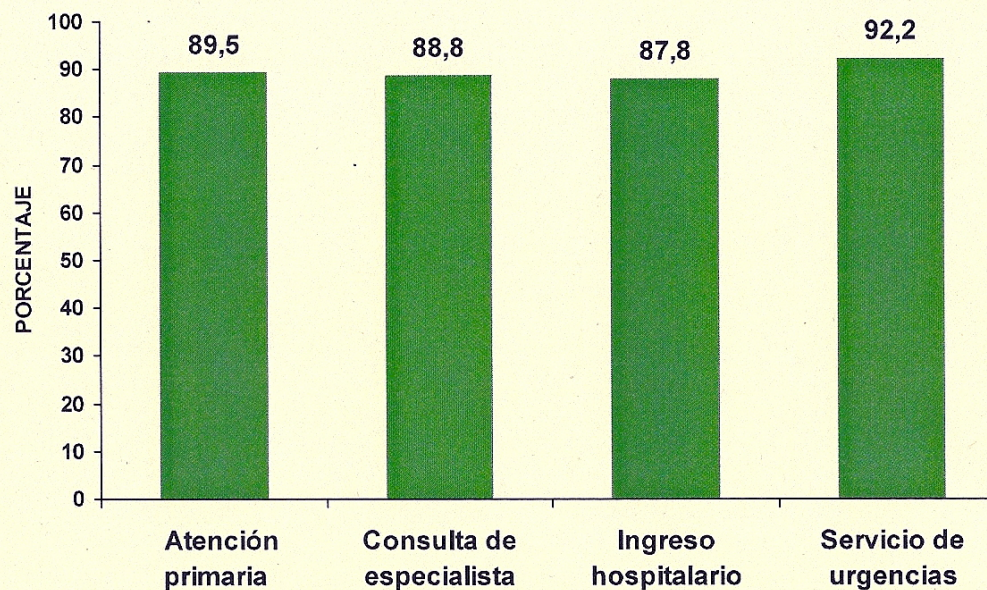
P8: Cuál es la probabilidad de que un paciente hospitalizado pueda evitar un error médico? (% respuestas "probable")



BARÓMETRO SANITARIO 2007



Porcentaje de personas que nunca han sufrido errores en la asistencia sanitaria, directamente o en su entorno familiar.



Agencia de Calidad del SNS - Instituto de Información Sanitaria

CONDICIONANTES DE UNA DEMANDA POR ERROR MÉDICO

1.- DAÑO

2.- ACCIÓN U OMISIÓN ANTIJURÍDICA

3.- RELACIÓN DE CAUSALIDAD

4.- CULPA O NEGLIGENCIA

EXCEPCIÓN: DOCTRINA DEL DAÑO DESPROPORCIONADO

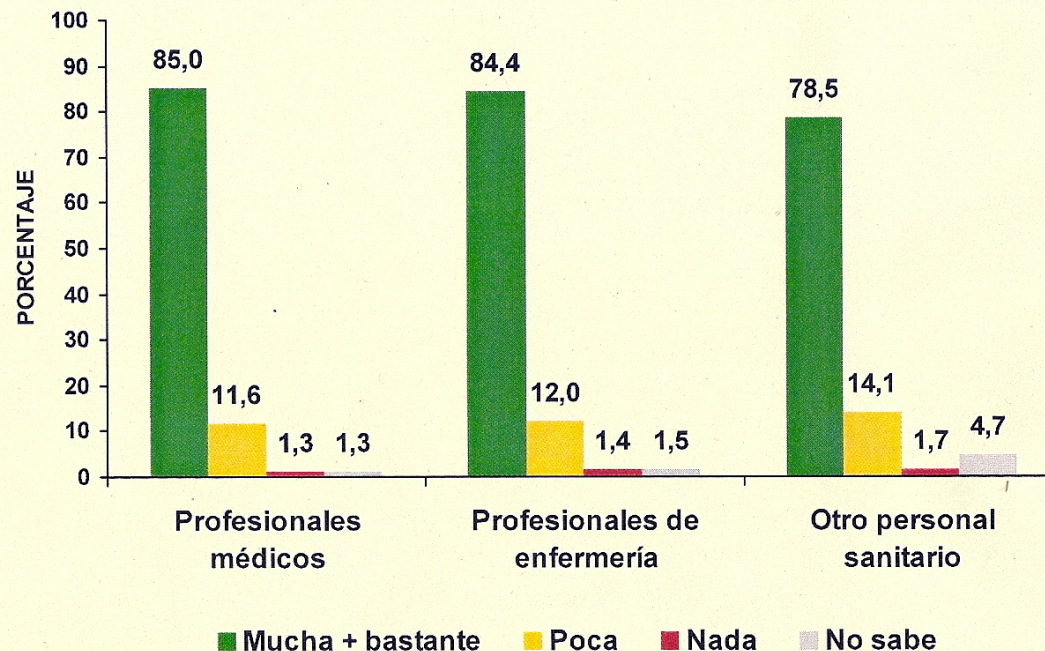
BARÓMETRO SANITARIO 2007



GOBIERNO
DE ESPAÑA

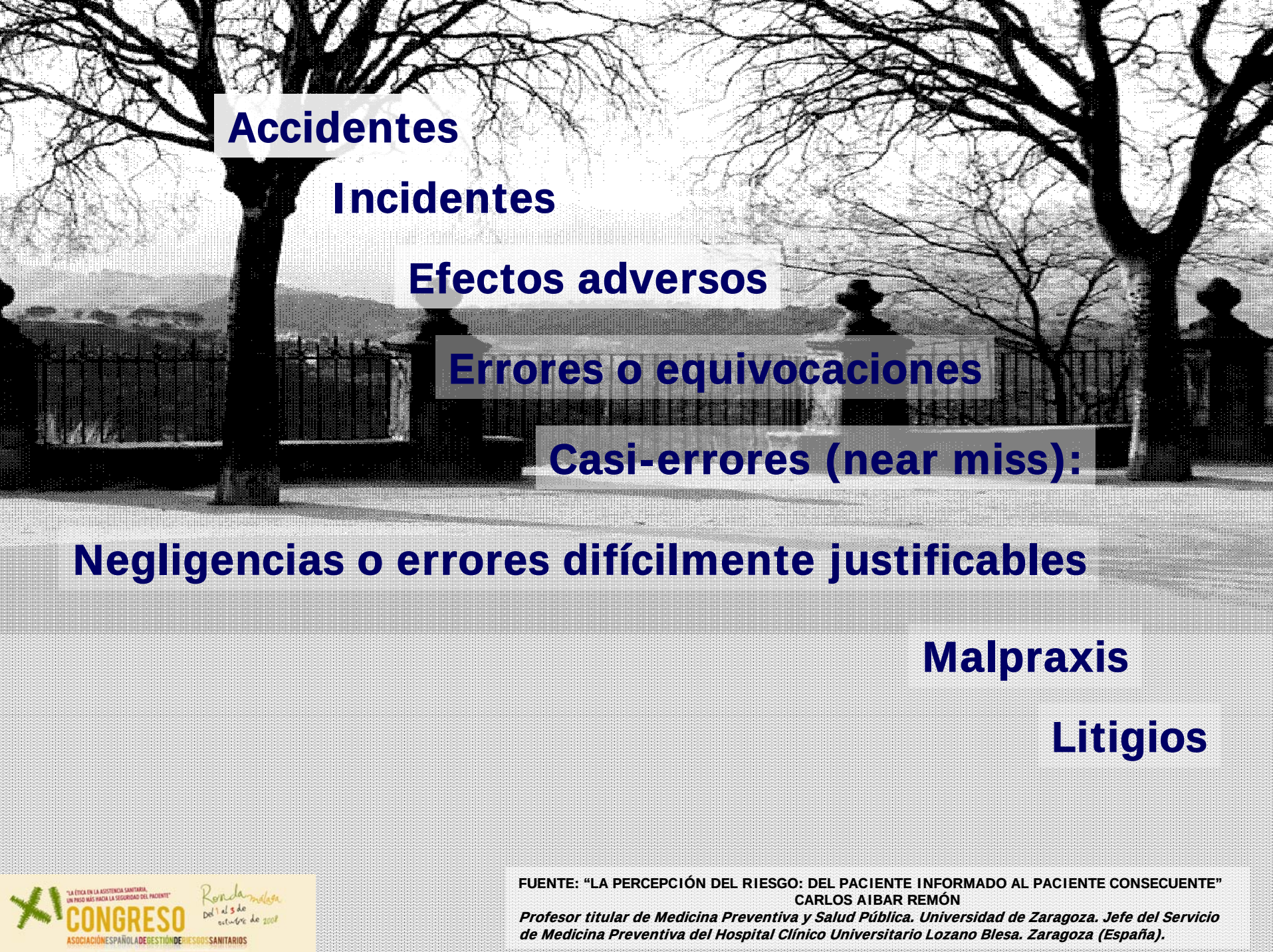
MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

Grado de confianza de la población en la labor de los profesionales que prestan servicios en el sistema sanitario



Agencia de Calidad del SNS - Instituto de Información Sanitaria

22



Accidentes

Incidentes

Efectos adversos

Errores o equivocaciones

Casi-errores (near miss):

Negligencias o errores difícilmente justificables

Malpraxis

Litigios

- **Efectos adversos** o acontecimientos que tienen consecuencias negativas para el paciente. Su trascendencia se expresa en forma de lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria, incremento del consumo de recursos asistenciales o fallecimiento relacionado con el proceso asistencial. Pueden ser evitables (no se producirían en caso de llevar a cabo alguna actuación) o inevitables (imposibles de predecir o evitar). También denominados desviaciones, se ha señalado la conveniencia de diferenciarlos de las complicaciones. En tanto que las primeras son trastornos objetivos ocurridos en la evolución de la enfermedad, caracterizados por su relación con la atención recibida y la no intencionalidad, las complicaciones son alteraciones del curso natural de la enfermedad, derivadas de la misma y no provocadas por la actuación de los profesionales sanitarios.
- **Errores o equivocaciones** ocasionados por una deficiente ejecución de una acción bien indicada o por la realización de una actividad inadecuada o innecesaria para lograr un fin.
- **Casi-errores (near miss):** categoría imprecisa que incluye sucesos como aquellos casos en los que un accidente ha sido evitado por poco o estuvo próximo a ocurrir; situaciones en las que una sucesión continuada de efectos fue detenida evitando la aparición de potenciales consecuencias; hechos que en otras circunstancias podrían haber tenido graves consecuencias, o acontecimientos peligrosos que no han producido daños personales, pero sí materiales, y que sirven de aviso de posibles sucesos.
- **Accidentes:** sucesos aleatorios imprevistos e inesperados que producen daño al paciente o pérdidas materiales o de cualquier otro tipo.
- **Incidentes:** acontecimientos igualmente imprevistos e inesperados, pero que no producen daño al paciente ni pérdidas. También pueden definirse como acontecimientos que en circunstancias distintas podrían haber sido un accidente; o como hechos que de no ser descubiertos o corregidos a tiempo pueden implicar problemas para el paciente.
- **Negligencias o errores difícilmente justificables,** ocasionados por desidia, abandono, apatía, estudio insuficiente, falta de diligencia, omisión de precauciones debidas o falta de cuidado en la aplicación del conocimiento que debería tener y utilizar un profesional cualificado. A diferencia de los errores, un rasgo esencial de las mismas es su evitabilidad y, en sentido estricto, únicamente podrían determinarse por la Administración de Justicia.
- **Litigios** o disputas tramitados ante la Administración de Justicia, que pueden estar motivados por un desacuerdo con la atención recibida o con los efectos no deseados de la misma. Con relativa frecuencia no se deben a la existencia de negligencia o praxis deficiente. Las categorías citadas no son mutuamente excluyentes, ni colectivamente exhaustivas, ni todo lo precisas que sería deseable, pero ofrecen una panorámica amplia del problema de la iatrogenia y de los riesgos relacionados con la atención sanitaria.
- **Malpraxis:** concepto muy próximo al anterior, consiste en una deficiente práctica clínica que ha ocasionado un daño al paciente. Se entiende como tal cuando los resultados son claramente peores a los que, previsiblemente, hubieran obtenido profesionales distintos y de cualificación similar en idénticas circunstancias.



Modelo teórico sobre riesgos asistenciales



Riesgos asistenciales

J. Aranaz

MONOGRAFIAS HUMANITAS

8

SEGURIDAD CLÍNICA

Director Invitado:
Susana Lorenzo Martínez



FUNDACIÓN MEDICINA Y HUMANIDADES MÉDICAS

A SPECIAL SUPPLEMENT TO THE HASTINGS CENTER REPORT

Promoting **PATIENT SAFETY**



AN ETHICAL BASIS FOR POLICY DELIBERATION



VIRGINIA A. SHARPE



- Argumentaciones Teleológicas o de lo Social

- Argumentaciones Deontológicas o del Individuo

- Ética de la Responsabilidad

Argumentos Teleológicos o de lo Social

- Economía
- Bienestar de las personas
- Impacto Social. Reputación

•**Principio de No-maleficencia:** Debes evitar el daño a tus pacientes, evitando realizarle actos clínicos contraindicados o técnicamente mal hechos.*(Obligación de evitar la comisión de actos no indicados)*

•**Principio de Justicia :** Debes procurar repartir equitativamente los beneficios y las cargas , asegurando un uso eficiente y equitativo de los recursos.

•**Principio de Beneficencia :** Debes procurar maximizar el bien de tu paciente, ayudándole a que en la actuación clínica se realicen en lo posible sus valores y preferencias.*(Obligación positiva de eliminar el daño producido y de prevenir uno nuevo. Obligación de evitar la omisión de actos indicados)*

•**Principio de Autonomía :** Debes partir de la presunción de que los pacientes son capaces de gobernar su propia vida, lo que te obliga a respetar sus decisiones respecto a lo que deba hacerse con su cuerpo sano o enfermo.

Diego Gracia (1999), ordena estos principios en niveles jerárquicos:

Nivel Uno: No Maleficencia y Justicia (Ética de mínimos)

Nivel Dos: Beneficencia y Autonomía (Ética de máximos)

Ética de la responsabilidad

Economía

No maleficencia / Justicia

**Nivel 1:
Lo correcto**

Beneficencia / Autonomía

**Nivel 2:
Lo bueno**

**Bienestar de
las personas**

**Impacto Social.
Reputación**

The Implications of Regional Variations in Medicare Spending. Part 1: The Content, Quality, and Accessibility of Care

Elliott S. Fisher, MD, MPH; David E. Wennberg, MD, MPH; Thérèse A. Stukel, PhD; Daniel J. Gottlieb, MS; F.L. Lucas, PhD; and Étoile L. Pinder, MS

Background: The health implications of regional differences in Medicare spending are unknown.

Objective: To determine whether regions with higher Medicare spending provide better care.

Design: Cohort study.

Setting: National study of Medicare beneficiaries.

Patients: Patients hospitalized between 1993 and 1995 for hip fracture ($n = 614\,503$), colorectal cancer ($n = 195\,429$), or acute myocardial infarction ($n = 159\,393$) and a representative sample ($n = 18\,190$) drawn from the Medicare Current Beneficiary Survey (1992–1995).

Exposure Measurement: End-of-life spending reflects the component of regional variation in Medicare spending that is unrelated to regional differences in illness. Each cohort member's exposure to different levels of spending was therefore defined by the level of end-of-life spending in his or her hospital referral region of residence ($n = 306$).

Outcome Measurements: Content of care (for example, frequency and type of services received), quality of care (for example, use of aspirin after acute myocardial infarction, influenza immunization), and access to care (for example, having a usual source of care).

Results: Average baseline health status of cohort members was similar across regions of differing spending levels, but patients in higher-spending regions received approximately 60% more care. The increased utilization was explained by more frequent physician visits, especially in the inpatient setting (rate ratios in the highest vs. the lowest quintile of hospital referral regions were 2.13 [95% CI, 2.12 to 2.14] for inpatient visits and 2.36 [CI, 2.33 to 2.39] for new inpatient consultations), more frequent tests and minor (but not major) procedures, and increased use of specialists and hospitals (rate ratio in the highest vs. the lowest quintile was 1.52 [CI, 1.50 to 1.54] for inpatient days and 1.55 [CI, 1.50 to 1.60] for intensive care unit days). Quality of care in higher-spending regions was no better on most measures and was worse for several preventive care measures. Access to care in higher-spending regions was also no better or worse.

Conclusions: Regional differences in Medicare spending are largely explained by the more inpatient-based and specialist-oriented pattern of practice observed in high-spending regions. Neither quality of care nor access to care appear to be better for Medicare enrollees in higher-spending regions.

Ann Intern Med. 2003;138:273–287.

www.annals.org

For author affiliations, see end of text.

See related article on pp 288–298 and editorial comments on pp 347–348, 348–349, and 350–351.

The Implications of Regional Variations in Medicare Spending. Part 2: Health Outcomes and Satisfaction with Care

Elliott S. Fisher, MD, MPH; David E. Wennberg, MD, MPH; Thérèse A. Stukel, PhD; Daniel J. Gottlieb, MS; F.L. Lucas, PhD; and Étoile L. Pinder, MS

Background: The health implications of regional differences in Medicare spending are unknown.

Objective: To determine whether regions with higher Medicare spending achieve better survival, functional status, or satisfaction with care.

Design: Cohort study.

Setting: National study of Medicare beneficiaries.

Patients: Patients hospitalized between 1993 and 1995 for hip fracture ($n = 614\,503$), colorectal cancer ($n = 195\,429$), or acute myocardial infarction ($n = 159\,393$) and a representative sample ($n = 18\,190$) drawn from the Medicare Current Beneficiary Survey (MCBS) (1992–1995).

Exposure Measurement: End-of-life spending reflects the component of regional variation in Medicare spending that is unrelated to regional differences in illness. Each cohort member's exposure to different levels of spending was therefore defined by the level of end-of-life spending in his or her hospital referral region of residence ($n = 306$).

Outcome Measurements: 5-year mortality rate (all four co-

horts), change in functional status (MCBS cohort), and satisfaction (MCBS cohort).

Results: Cohort members were similar in baseline health status, but those in regions with higher end-of-life spending received 60% more care. Each 10% increase in regional end-of-life spending was associated with the following relative risks for death: hip fracture cohort, 1.003 (95% CI, 0.999 to 1.006); colorectal cancer cohort, 1.012 (CI, 1.004 to 1.019); acute myocardial infarction cohort, 1.007 (CI, 1.001 to 1.014); and MCBS cohort, 1.01 (CI, 0.99 to 1.03). There were no differences in the rate of decline in functional status across spending levels and no consistent differences in satisfaction.

Conclusions: Medicare enrollees in higher-spending regions receive more care than those in lower-spending regions but do not have better health outcomes or satisfaction with care. Efforts to reduce spending should proceed with caution, but policies to better manage further spending growth are warranted.

Ann Intern Med. 2003;138:288–298.

www.annals.org

For author affiliations, see end of text.

See related article on pp 273–287 and editorial comments on pp 347–348, 348–349, and 350–351.

NATIONAL FOUNDATION FOR AMERICAN POLICY
NFAP POLICY BRIEF » SEPTEMBER 2007

DEADLY CONSEQUENCES: THE HIDDEN IMPACT OF
AMERICA'S NURSING SHORTAGE

BY STUART ANDERSON

A Journal of the American Medical Association (JAMA) study on general, orthopedic and vascular surgery patients at hospitals implied "the odds of patient mortality increased 7 percent for every additional patient in the average nurse's workload in the hospital." The study found that increasing a nurse's workload from 4 to 8 patients would be accompanied by a 31 percent increase in patient mortality. It concluded: "These effects imply that, all else being equal, substantial decreases in mortality rates could result from increasing registered nurse staffing, especially for patients who develop complications."



CONCLUSIONS

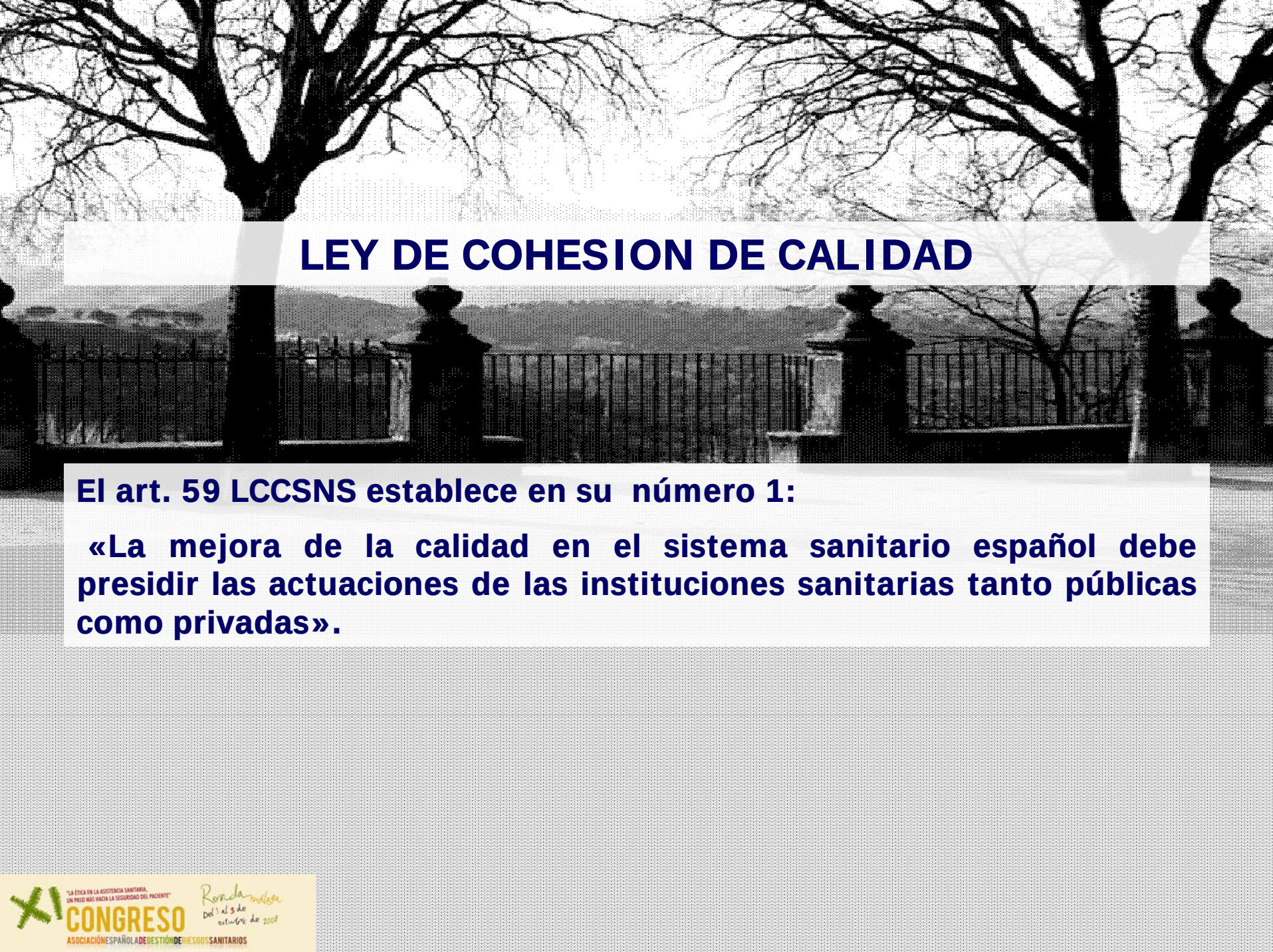
Interns made substantially more serious medical errors when they worked frequent shifts of 24 hours or more than when they worked shorter shifts. Eliminating extended work shifts and reducing the number of hours interns work per week can reduce serious medical errors in the intensive care unit.

N ENGL J MED 351;18 WWW.NEJM.ORG OCTOBER 28, 2004

El *Diccionario de medicina general y de familia de la WONCA* -cuyo autor es Marc Jamoulle, médico general belga que acuñó el concepto y miembro del Comité Internacional de Clasificación de la WONCA- recoge la definición de:

Prevención cuaternaria, como «las acciones que se toman para identificar a los pacientes en riesgo de sobretratamiento, para protegerlos de nuevas intervenciones médicas y para sugerirles alternativas éticamente aceptables»

Bentzen N, editor. WONCA dictionary of general/family practice [in press]. Copenhagen: Maanedskift Lager, 2003.



LEY DE COHESION DE CALIDAD

El art. 59 LCCSNS establece en su número 1:

«La mejora de la calidad en el sistema sanitario español debe presidir las actuaciones de las instituciones sanitarias tanto públicas como privadas».

Luego, el número 2 del mencionado art. 59 LCCSNS detalla los elementos integrantes de la infraestructura para la mejora de la calidad del SNS, que estarán a disposición en todo el territorio español:

- a) normas de calidad y seguridad, que contendrán los requisitos que deben guiar a los centros y servicios sanitarios para realizar la actividad sanitaria de forma segura;
- b) indicadores, que son elementos estadísticos que permitirán comparar la calidad de diversos centros y servicios sanitarios;
- c) guías de práctica clínica y guías de práctica asistencial, que son descripciones de los procesos por los que se diagnostica, trata o cuida un problema de salud;
- d) el registro de buenas prácticas, donde se recogerá información sobre aquellas prácticas que ofrezcan una innovación o una forma de prestar un servicio mejor que la actual;
- e) el registro de acontecimientos adversos, que recogerá información sobre aquellas prácticas que hayan resultado un problema potencial de seguridad del paciente

El «solplón», algunas condiciones para «aceptar escucharlo»:

- Los cauces habituales de comunicación interna de la información han sido agotados, o exponen al informador a un riesgo elevado de represalias.
- El informador tiene un grado de evidencia suficiente de lo que afirma. No pueden ser meras sospechas no documentadas, ni consistir simplemente en una mera discrepancia técnica o moral respecto al abordaje adecuado de una cuestión.
- El daño producido o potencial al paciente debe ser lo suficientemente relevante como para que la organización acepte el uso de este tipo de canales no habituales de información.
- Ese daño producido o potencial debe ser cercano temporalmente, recientemente producido o inminente.
- Si existe la más mínima sospecha de que el informador actúa movido por intereses personales de cualquier tipo, o por rencor o venganza, no se debe considerar dicha información.

La Administración pública sanitaria es directamente responsable frente a los usuarios de los daños que se causen por el funcionamiento anormal y normal de los servicios públicos sanitarios (art. 139 LRJ-PAC)

Art. 141.1 LRJ-PAC : no considera indemnizables los daños derivados de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de la producción de aquéllos, sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos.

Otra hipótesis a considerar es el daño producido por consumo de medicamentos en mal estado o con defectos de diseño o fabricación (por ejemplo, en caso de efectos secundarios), en razón de que en el sistema de salud español la regla general sigue siendo la exigencia de receta médica en la dispensación de los medicamentos (art. 31 LM). No obstante, la mayor parte de las demandas se reconducen -y previsiblemente esta tendencia aumentará en el futuro, siguiendo el modelo norteamericano- a la reclamación frente a los laboratorios farmacéuticos, lo que resulta comprensible si se tiene en cuenta que el fabricante de los medicamentos responde incluso por los riesgos del desarrollo (arts. 3.1 y 6.3 de la Ley 22/94, de 6 de julio, de responsabilidad civil por los daños causados por productos defectuosos; véase STS (1ª) de 5 de octubre de 1999 [RJ 1999, 7853]).

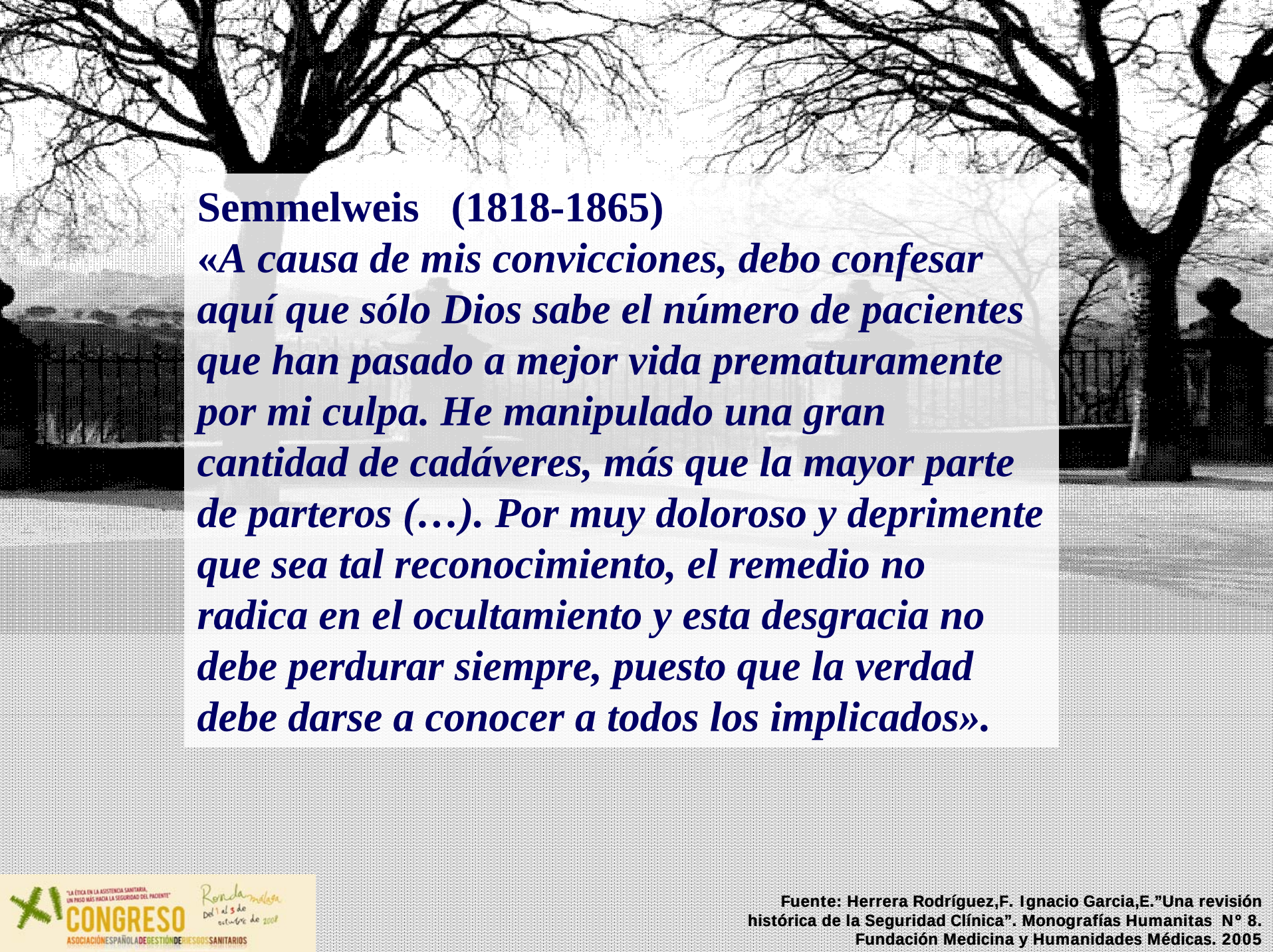
Musa ben Maimum (Maimónides):

«Si el enfermo no puede evitar las medicinas, empezará por las ligeras; si esto es suficiente, bien, pero si no lo es, irá aumentando la fuerza de la medicina progresivamente (...).

Lo que se pueda tratar con una sola droga simple no se tratará con una compuesta.

Si no se puede evitar la compuesta, se usará aquella cuya composición tenga menos ingredientes (...).».

”El comentario a los aforismos de Hipócrates“.



Semmelweis (1818-1865)

«A causa de mis convicciones, debo confesar aquí que sólo Dios sabe el número de pacientes que han pasado a mejor vida prematuramente por mi culpa. He manipulado una gran cantidad de cadáveres, más que la mayor parte de parteros (...). Por muy doloroso y deprimente que sea tal reconocimiento, el remedio no radica en el ocultamiento y esta desgracia no debe perdurar siempre, puesto que la verdad debe darse a conocer a todos los implicados».



Sturdy Memorial finds vindication

This vindication comes in the form of a state health report. Sturdy has made a name for itself as a pioneer in the use of computerized patient records. When the last report came out, it was the last in a series of reports that had been published by the state health department. The report was a state health report. Sturdy has made a name for itself as a pioneer in the use of computerized patient records. When the last report came out, it was the last in a series of reports that had been published by the state health department.

finds

The news contained in a state Department of Public Health report regarding Sturdy Memorial Hospital was akin to a doctor's announcement that a fever has broken. Laid out by disclosures in April that 20

April 30, 1999

Sturdy offers apology

**Hospital says safeguard
will prevent future**

BY RICK FOSTER
SUN CHRONICLE-STAFF
ATTLEBORO
11/08

ATTLEBORO

ATTLEBORO Memorial Hospital officials expressed "deep regret" over erroneous prostate cancer tests on 19 men Thursday and said safeguards have been put in place to prevent such a problem from recurring.

But the apology at a news press conference did not spare the unexcused cancer biopsies performed "mistakenly" by trained pathology department technicians incorporated into the hospital's security guard force.

Sturdy admits testing

results of 20 'misread'

irmed Friday.

About 7 percent of 279 prostate biopsies conducted at the hospital from 1995 to 1997 were incorrect, said Dr. Bruce Austbach, vice president of ambulatory care and associate medical director.

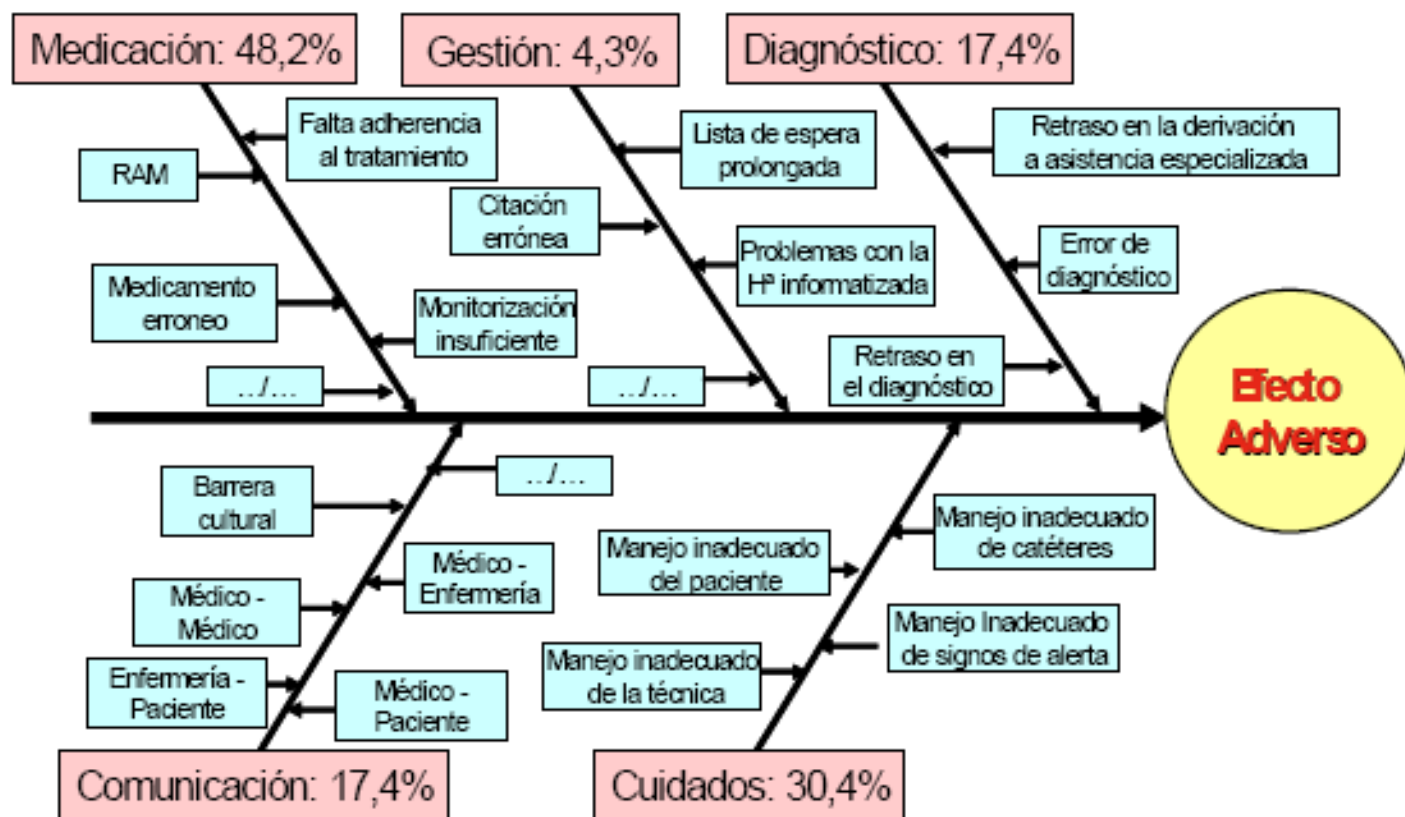
DAVID BRISSETTE
FOSTER
CLE STAFF

SEE TESTS, PAGE 10

Detecting and reporting medical errors: why the dilemma?

Daniel A Pietro, Linda J Shyavitz, Richard A Smith, Bruce S Auerbach

Fig. 3. Factores causales del EA.



Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

Buscador

Estás en: Inicio

- Portada
- Seguridad del Paciente
- Prácticas Seguras
- Ciudadanos
- Notificación de Incidentes
- Grupos de Trabajo
- Recursos



El **Observatorio para la Seguridad del Paciente** del Sistema Sanitario de Andalucía surge con el fin de poner a disposición de todos los interesados, el conocimiento generado por sus profesionales (buenas prácticas, acciones de mejora, notificación de incidentes, etc.) y el procedente de otras organizaciones y sistemas, con la finalidad de ayudar a proporcionar cuidados cada vez más seguros.

Objetivos

- Difundir entre todos los que toman parte en la mejora de la seguridad: los profesionales sanitarios, los gestores, los pacientes, las personas cuidadoras y el público en general, las mejores recomendaciones para prevenir el daño evitable que puede derivarse de la atención sanitaria. **Ver Más »**

Presentación
del Observatorio

Estrategia para la
seguridad del Paciente
del SSPA

DISTINTIVO



PREMIOS007
DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA

Tipo de incidente

Seleccione el tipo de incidente:

- Por favor, indique con qué categoría se relaciona el incidente de seguridad

Medicación o Fluidos intravenosos



Relacionado con la medicación y los fluidos intravenosos:

- Nombre comercial

- Principio Activo

- Laboratorio

- Forma Farmacéutica

Seleccionar...

- Dosis o concentración

- Vía de administración

Seleccionar...

- ¿Cuál es la parte del proceso implicada?

Seleccionar...

- ¿Qué tipo de problema se originó?

Seleccionar...

- ¿Desea especificar datos sobre una segunda medicación o fluido IV? ☐

Estado del proceso

- Tipo de incidente**
 - Resultados en el paciente
 - Características del paciente
 - Características del incidente
 - Factores contribuyentes
 - Factores atenuantes
 - Detección
- Resultados en la organización
- Acciones de mejora
- Actuaciones para reducir riesgos

Descripción del incidente:

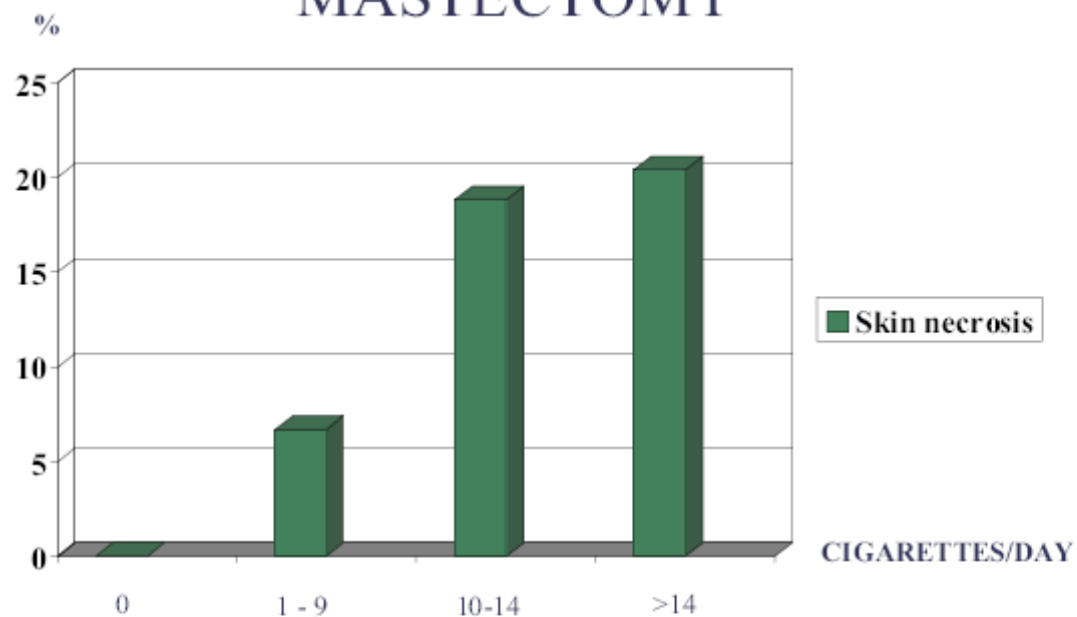
Le rogamos que nos describa a continuación lo que ha ocurrido, la secuencia de los hechos, las causas que pudieron influir en el origen del incidente, o que aumentan el riesgo de que este se produzca, las acciones o circunstancias que impidieron o moderaron el daño al paciente, y cualquier otra información que considere relevante.

(No introduzca ningún dato identificativo relacionado con el paciente o con los profesionales. Dado el carácter anónimo de la notificación, cualquier información de esta índole será eliminada del sistema).



EUROPE

SKIN NECROSIS AFTER MASTECTOMY



Svend Juul Jorgensen
WHO European Office for Integrated Health Care Services

Jornadas Internacionales de Listas de Espera. Toledo 06/03/03

DCS/CPS
MGB



EUROPE

Patient safety, more than adverse effects or errors?

Complications in colorectal surgery in heavy drinkers
(84 grms ethanol)

No of patients with	Intervention (no-alcohol 1 month)	Non intervention	P value*
Any complication	5/16	14/19	0.02
Mayor complication	2/16	8/19	0.07
Minor complications	4/16	11/19	0.09
<i>Secondary surgery</i>			
Intraperitoneal	2/16	8/19	0.07
Superficial	3/16	4/19	1.00
Mortality	1/16	2/19	1.00

*P value

Hanne Tonnesen et al
BMJ 1999;318;1311-1316

DCS/CPS
MGB

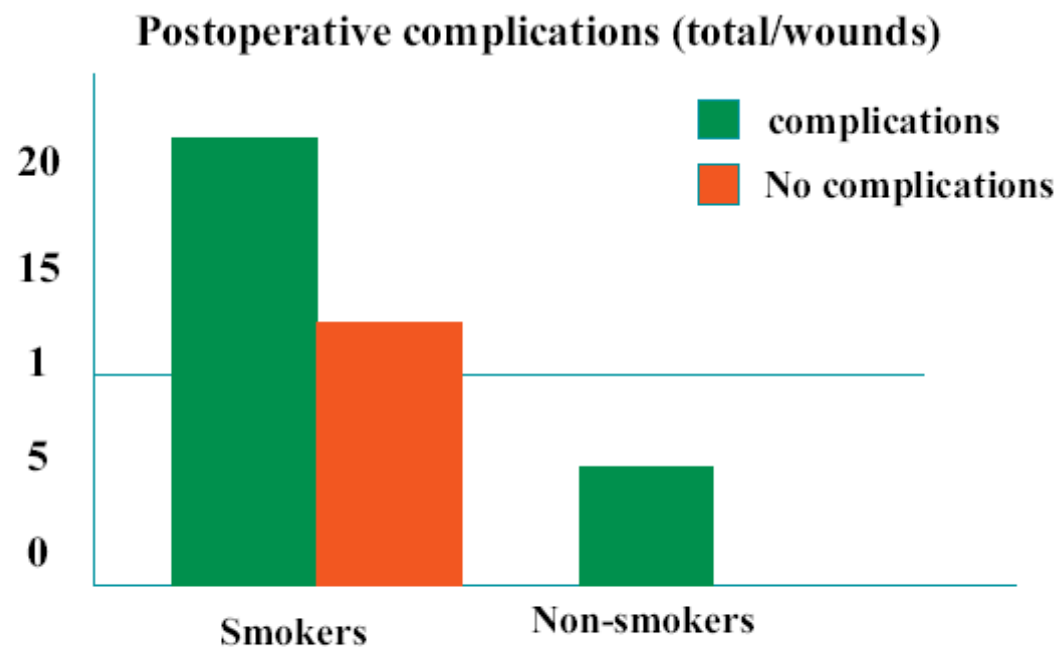


EUROPE

Patient safety, more than adverse effects or errors?

Smoke cessation programmes

Interventions 6-8 weeks prior to surgery are effective.



DCS/CPS
MGB

Moller et al, 2002; The lancet 359:114-7



INFORMACIÓN PARA PACIENTES MÉDICOS

20 recomendaciones para ayudar a prevenir los errores médicos

Agency for Healthcare Research and Quality • 2101 East Jefferson Street • Rockville, MD 20852



U.S. Department of Health
and Human Services
Public Health Service

La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas

I. Barca Fernández^a, R. Parejo Miguez^a, P. Gutiérrez Martín^a, F. Fernández Alarcón^a, G. Alejandro Lázaro^b y F. López de Castro^c

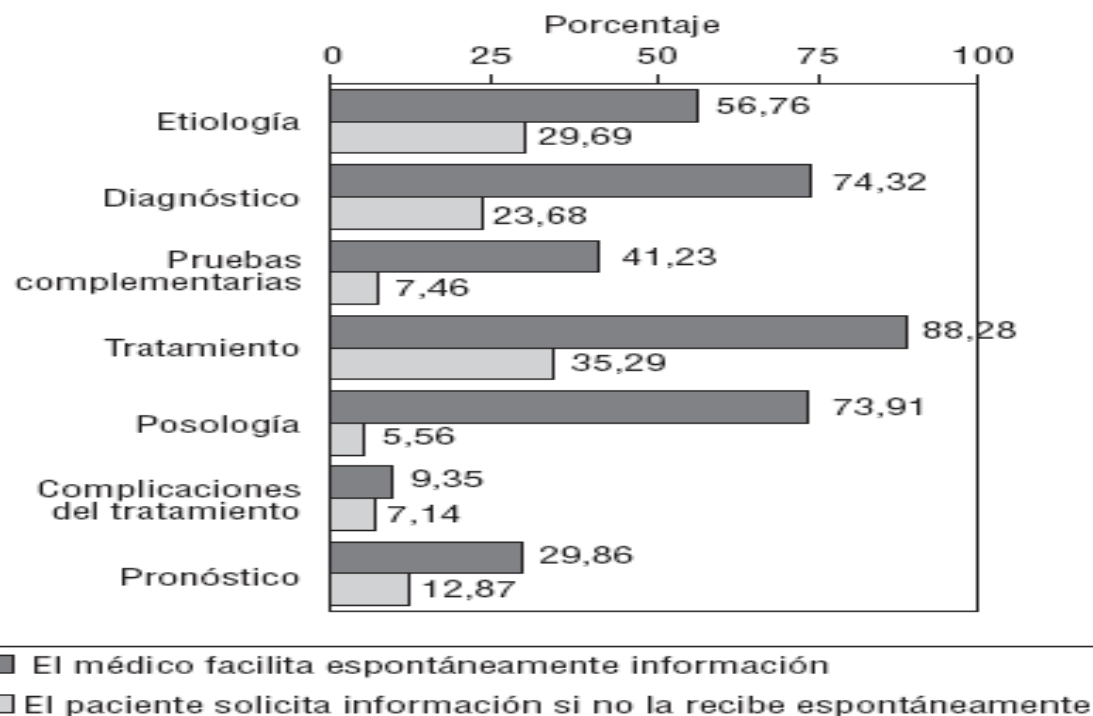


FIGURA 1

Porcentaje de casos en los que el médico facilita y el paciente solicita información (en caso de que no le sea dada espontáneamente), según el aspecto de la entrevista.

Welcome to the Expert Patients Programme Community Interest Company (EPP CIC)

We are currently working on the site to make sure it has all of the latest news and information from the EPP CIC.

To find out more about the EPP CIC and the work we are currently involved with please use the menu on the left-hand side to navigate around the site. You can also download our new information leaflets which will tell you about the different courses we offer.

We are also planning to re-launch our electronic newsletter later in the autumn so why not [sign up](#) to receive monthly updates from the site.

We are keen to hear your views about the EPP CIC and our website so please feel free to contact us using our [feedback form](#).

Moving from patient to person

If you live with a long-term illness, why not take control by becoming an Expert Patient. The Expert Patients Programme is a self-management course giving people the confidence, skills and knowledge to manage their condition better and be more in control of their lives.

Press the  button to play this short video clip and see first hand just how the Expert Patients Programme has helped to improve people's lives.





EUROPE

Mesopotamia, hace 5000 años. Al enfermo se le dejaba en la plaza pública y era aconsejado por los transeúntes que habían sufrido la misma dolencia.



DCS/CPS
MGB

AUTOUIDADO:

«El proceso por el que una persona llega a poner en práctica, de manera eficaz, conductas de promoción de la salud, de identificación y prevención de la enfermedad y tratamientos que se corresponden con los propios del nivel primario de salud». Levin. Las ventajas del autocuidado incluyen la reducción de la intensidad de los síntomas, la disminución significativa del dolor, el mayor control del paciente sobre su propia vida, un aumento de la satisfacción del paciente, una reducción del número de ingresos hospitalarios, de demandas asistenciales en Atención Primaria y una clara mejora en su autoestima. Además, suman la ventaja de que permiten que unos pacientes (es decir, los iguales, con experiencias similares, preocupaciones comunes, miedos parecidos) ayuden a otros pacientes, potenciando estos efectos.

Principios éticos del ejercicio de la Medicina

- Beneficiencia
- No Maleficiencia
- Autonomía
- Justicia Distributiva y Social

Principios del Uso Racional del Medicamento (URM)

- Eficacia
- Seguridad
- Adecuación
- Coste











EUROPE

**La seguridad de los pacientes es solo prevenir
los errores médicos o los efectos adversos?**



**Responsabilidad de los pacientes
(patient empowerment)**

**estilos de vida
cumplir el tratamiento
evitar el uso indebido de medicamentos**

DCS/CPS
MGB

CONFERENCIA INAUGURAL:

ÉTICA ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

D. Andrés Rabadán Asensio

CASO PRÁCTICO

Una aproximación desde la realidad

La paciente tenía 78 años. Había sido traída por su familia al Servicio de Urgencias del Hospital porque 2 horas antes había comenzado con un intenso dolor abdominal epigástrico y vómitos. Era una enferma básicamente sana. Como antecedentes personales destacables sólo aparecían dos cuestiones. Una era una hipoacusia bilateral degenerativa importante, que hacía difícil la comunicación con la paciente, a pesar del audífono que portaba. Otra era una hipertensión arterial leve controlada con dosis bajas de un diurético tiazídico. La situación del Servicio de Urgencias era de saturación total. Era el mes de enero y la epidemia anual de gripe estaba en su máxima incidencia. Cuando la paciente llegó a Urgencias eran las 7 de la tarde, hora punta de afluencia de enfermos. Tras esperar casi una hora, la paciente fue inicialmente evaluada por un médico residente de primer año, que le realizó una exploración completa. Ésta no reveló datos de interés salvo un dolor epigástrico localizado a la palpación. El médico solicitó una analítica básica, un electrocardiograma y una radiografía de tórax. Todas las pruebas fueron informadas como normales. Con la hipótesis diagnóstica inicial de intoxicación alimentaria o cuadro vírico, se le inició perfusión de líquidos y se instauró tratamiento con antieméticos y analgésicos. Ante la persistencia de los síntomas tres horas más tarde, se decidió el ingreso en la Unidad de Observación de Urgencias, donde fue nuevamente valorada por un médico residente de Medicina Interna de cuarto año. Con la sospecha de posible pancreatitis aguda, isquemia u oclusión intestinal, se repitió la analítica con un perfil digestivo completo, y se efectuó una radiografía simple de abdomen. Todo seguía siendo normal. Se le colocó una sonda nasogástrica para tratar de disminuir los vómitos mientras se esperaba la realización de una ecografía digestiva. Aunque persistían el intenso dolor abdominal y los vómitos, la enferma mantenía unas constantes vitales estables, aunque se hallaba levemente hipotensa. Ante la mala evolución del

cuadro, el residente se puso a revisar con más detenimiento la historia clínica de Urgencias de la paciente. Con asombro descubrió que el electrocardiograma que figuraba en ella llevaba anotado a bolígrafo un nombre que no correspondía al de la paciente. Ante la sospecha de una posible confusión en la identificación de la prueba, decidió solicitar un nuevo electrocardiograma urgente. Mientras, avisó al médico adjunto responsable de la unidad. Este nuevo electrocardiograma puso de manifiesto con claridad un extenso infarto agudo de miocardio inferior. El médico adjunto, que para entonces ya había asumido personalmente el cuidado de la paciente, solicitó su traslado inmediato a la Unidad Coronaria. La paciente falleció dos horas después de su ingreso en la Unidad Coronaria, ocho horas después de haber entrado por la puerta de Urgencias. Eran las 3 de la madrugada. El médico residente de cuarto año le pregunta ahora al médico adjunto de la Unidad de Observación de Urgencias si le va a contar a alguien el error producido con el electrocardiograma. Éste le contesta que hacer esto no va a devolver la vida a la paciente, y que en cambio sólo traería más problemas a todos los implicados: la enfermera que realizó los electrocardiogramas y los intercambió por error y los sucesivos médicos, incluido él mismo, que no lo detectaron a tiempo. También le insiste en que quizás la enferma hubiera fallecido de todas maneras aunque su infarto se hubiera detectado antes. Le argumenta que la atención en Urgencias se realiza en condiciones difíciles, con una gran complejidad clínica, organizativa y muchas veces sin recursos humanos suficientes. Por eso hay que asumir estos errores como inevitables. Reconocerlos sólo complica las cosas, expone a los profesionales a las denuncias y genera frustración. Es más prudente callar. Le comenta que esté tranquilo, que ya le ha dicho a la familia que se hizo «todo lo posible», que «se le hicieron muchas pruebas», que todas «daban normales», que «así es la vida», que «ya se sabe lo que pasa con las personas mayores», etc. Al parecer, la familia se ha quedado convencida. Caso cerrado.

Error médico y seguridad de los pacientes: de la oscuridad a la luz

Todo el que tenga experiencia clínica sabe que casos como el anteriormente relatado son posibles en el medio sanitario. Y no sólo por la ocurrencia del error, sino por la reacción defensiva y encubridora que suscita en el médico adjunto de la unidad. De hecho, este ocultamiento sistemático de los errores detectados, o la incapacidad para detectar otros igualmente producidos, pero que quedan ocultos por la complejidad de la atención sanitaria, ha sido la práctica habitual en todos los sistemas sanitarios del mundo hasta hace bien poco.

Fuente: Pablo Simón Lorda. Doctor en Medicina. Médico de Familia. Magíster en Bioética por la UCM. Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada (España)