

El término seguridad del paciente es relativamente nuevo en el sector de la salud.



No recibir lesiones accidentales o prevenibles PRODUCIDAS POR  
LA ATENCIÓN MÉDICA

*Freedom from accidental or preventable injuries produced by  
medical care*

# RESISTENCIA A TRABAJAR EN ESTE TEMA



Cultura basada en la infalibilidad medica

Renuencia a aceptar cometer errores

Culpa, vergüenza, temor a las consecuencias



Desde la facultad y durante la residencia  
se trata de practicar la medicina sin error

COMO PUEDE HABER ERROR SIN NEGLIGENCIA?

*DR. LUCIAN LEAPE*



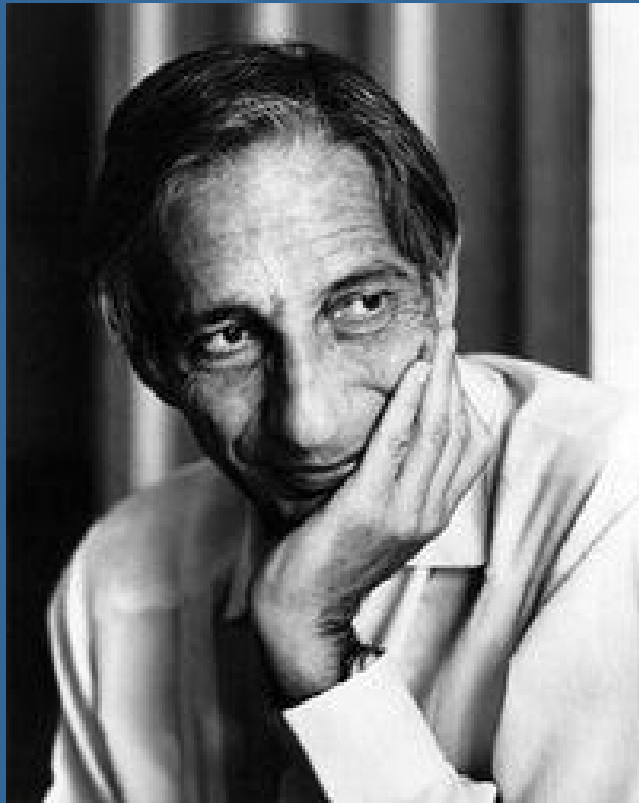
Cada doctor que practica la medicina  
ha cometido errores

Algunos han cometido errores importantes  
que han llevado a la muerte a un paciente.

Es parte de “ser un doctor “ y no es en  
absoluto fácil

*Richard Smith*

*Editor Del British Journal of Medicine*



Ivan Illich  
1926-2002



Némesis Medica



## Marilynn Rosenthal

Profesor de Sociología  
Universidad de Michigan

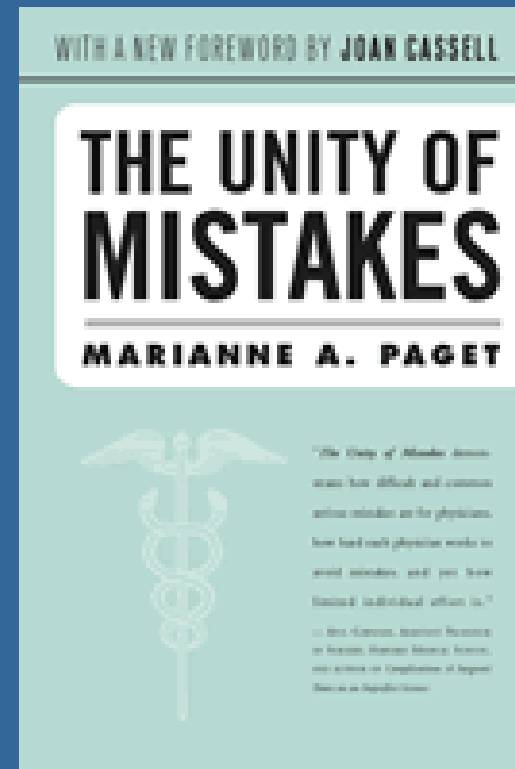
*La medicina se desarrolla en un marco de  
incertidumbre y falibilidad por lo que no se desarrolla  
un crítica hacia el error ajeno  
(me pudo haber pasado a mi)*



Marianne Paget

socióloga

(1940-1989)



*El error es intrínseco a la incertidumbre del acto médico  
La mala comunicación y el silencio son en gran parte  
responsables*

## Casos de mala praxis

---

C.I. 756.935-2 | *Montevideo*

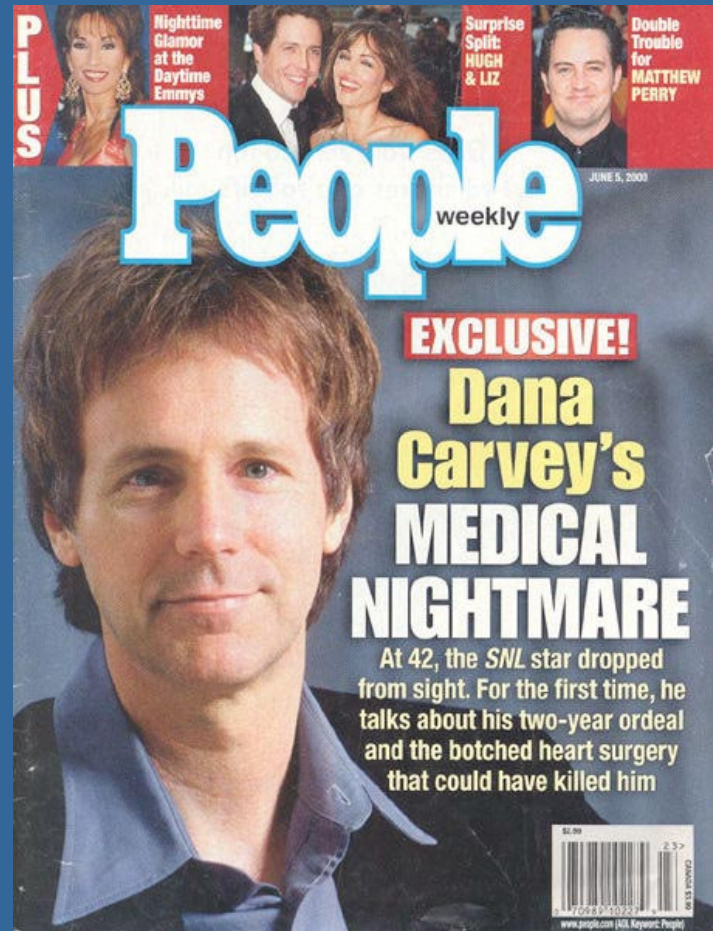
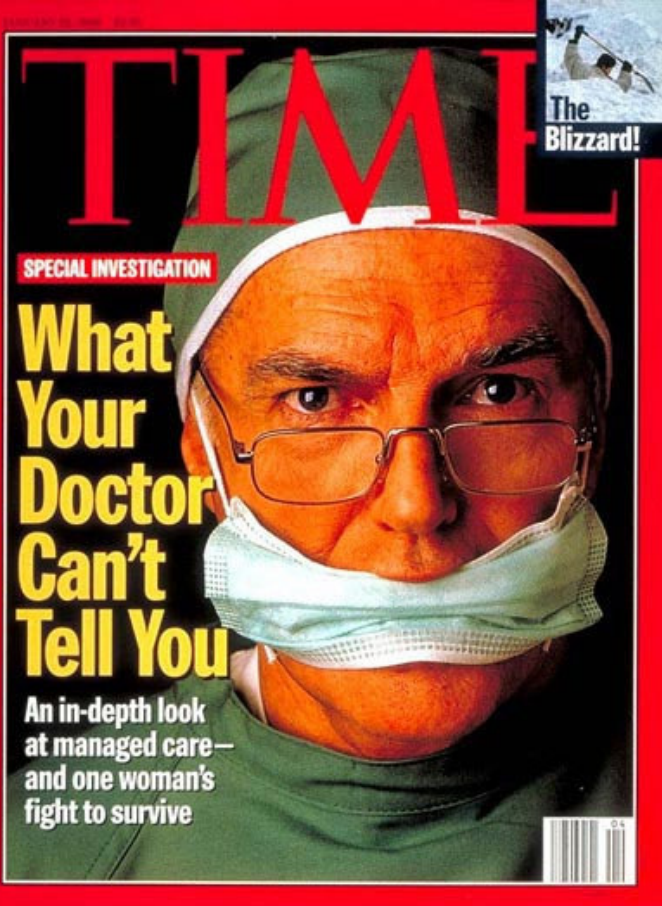
@ “La noticia de la muerte de un joven debida a la actuación errónea de un profesional durante un acto quirúrgico, conmovió en fecha reciente a la opinión pública.

A los pocos días de conocido ese hecho, el mismo médico fue procesado por su responsabilidad en el fallecimiento de un niño en el año 2003.

La Justicia comenzó a investigar la denuncia anterior y el procesamiento se produjo en los tiempos normales con que se maneja el Poder Judicial en casos de con características complejas como éste.

De todos modos, durante el tiempo transcurrido, el profesional ahora procesado siguió trabajando.

En medicina el error médico es absolutamente inadmisibles, y la negligencia significa la pérdida de vidas.



"A call to arms for families who have had loved ones disabled or die in the pursuit of medical treatment." —Former First Lady Rosalynn Carter

THE TRUTH BEHIND AMERICA'S TERRIFYING  
EPIDEMIC OF MEDICAL MISTAKES

# INTERNAL BLEEDING

BY  
ROBERT WACHTER, M.D.  
AND  
KAYEH SHOJANIA, M.D.

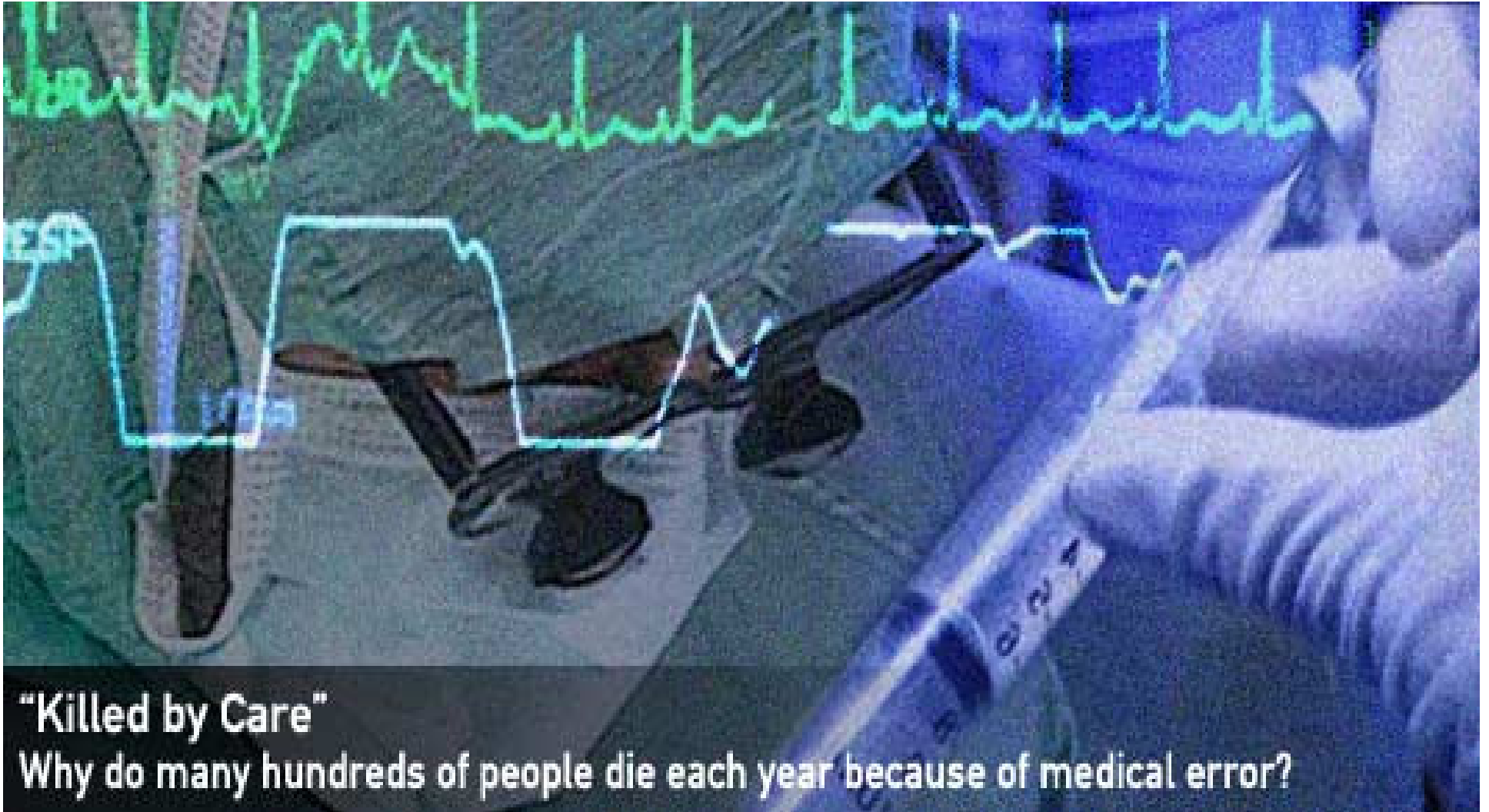
CE  
AL MISTAKES  
OF AMERICANS  
AND  
SINGH

# **PATIENT LEAVES HOSPITAL ALIVE**

by **Dr James Leftonatrolley**

**THERE was wide-spread shock today at the news that a patient had left a hospital today without having been killed by a medical error.**

A spokesman for the hospital said, "This is a very rare occurrence and there is no cause for alarm. We will be launching a full enquiry at once into what went right. We can only apologise to the undertakers."



## **"Killed by Care"**

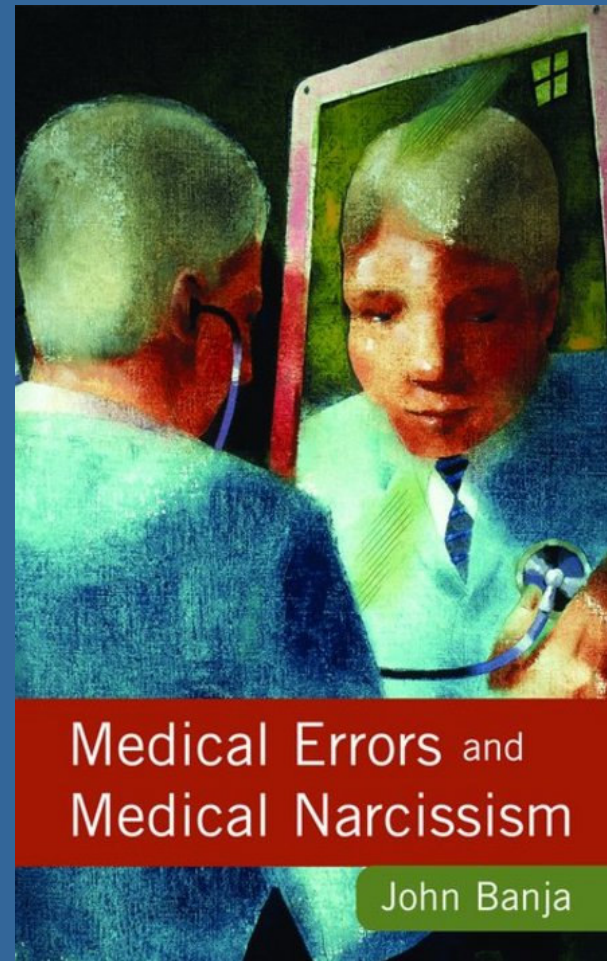
**Why do many hundreds of people die each year because of medical error?**

"Killed By Care" – on Four Corners, 8.30 pm Monday 3 July, ABCTV TV.

*This program will be repeated about 11 pm Wednesday 5 July; also on ABC2 digital channel at 7 pm and 9.30 pm Wednesday.*



John Banja, PhD  
Center For Ethics  
Emory University



# Safety in Aviation and Medicine



Robert Helmreich, Ph.D.  
University of Texas  
Human Factors Research Project  
The University of Texas at Austin





# Compromiso

**DEAD** 1999  
**KEVIN MURPHY**  
Age: 21 years old  
Place: IRELAND  
Cause: Failure to detect an excessively high blood calcium level.  
Source: Patient's family



**HARMED** 1994  
**URIEL GONZÁLEZ VÁZQUEZ**  
Place: MEXICO  
Cause: Fetal distress and untreated neonatal jaundice causing brain damage.  
Source: Perspectives in Health 2003, the Pan American Health Organization



**DEAD** 2002  
**PAT SHERIDAN**  
Age: 45 years old  
Place: USA  
Cause: Failure to communicate diagnosis of spinal cancer leading to delay in treatment. Col, Pat's son, brain damaged due to untreated neonatal jaundice.  
Source: Partnership for Patient Safety



**DEAD** 2001  
**Josie King**  
Age: 18 months  
Place: USA  
Cause: Severe dehydration during hospital stay



**HARMED** 1999  
**IAN KELLY**  
Age: 41 years old  
Place: UNITED KINGDOM  
Cause: Contracted MRSA (methicillin resistant Staphylococcus aureus) following routine leg operation. Four years later Ian remained ill and agreed to a through-the-knee amputation.  
Source: Patient



**DEAD** 2001  
**WAYNE JOWETT**  
Age: 18 years old  
Place: UNITED KINGDOM  
Cause: A chemotherapy drug (vincristine) incorrectly administered into his spine instead of a vein.  
Source: Patient's family



**WORLD ALLIANCE  
for PATIENT SAFETY**

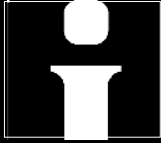


**Patients for  
Patient Safety**

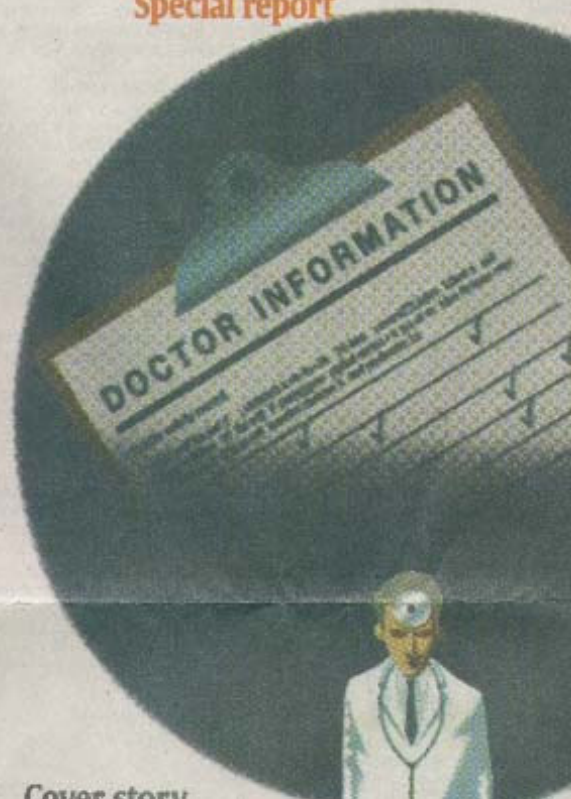
# III International Conference on Patient Safety Madrid 13<sup>th</sup> December 2007



***Margaret Murphy***



Special report



Cover story

# Is your doctor bad? You may never know

Limited access to data about medical errors hides potential danger

By Julie Appleby and Robert Davis  
USA TODAY



By Sam Winer, USA TODAY

Elsewhere

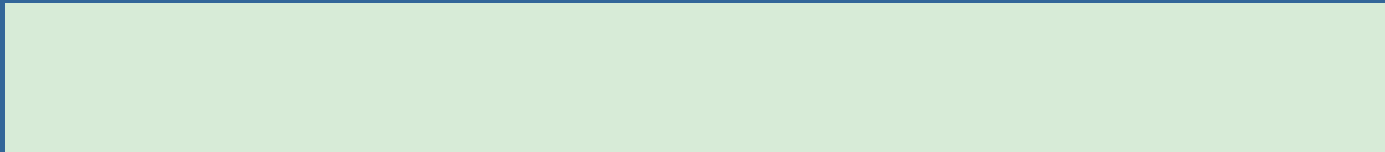
► Up to 98,000 medical errors happen each year.

**+**  
**DoctorsKnowUs**  
The Plaintiff Database



**Plaintiff Information for  
Doctors**

**Risk management for the 21st Century**





Insistió en el lavado de  
manos previo a atender  
partos

**I.SEMMELWEISS**  
**1818-1865**



Su rango fue disminuido  
Finalmente despedido  
Falleció en un manicomio

**“Sería demasiado trabajo”**



RICHARD CABOT

1868 -1939



Seguimiento de los pacientes

Prevenir futuros errores

Accreditación de hospitales

*Medicina basada en la Evidencia*

E. Amory Codman

1869–1940

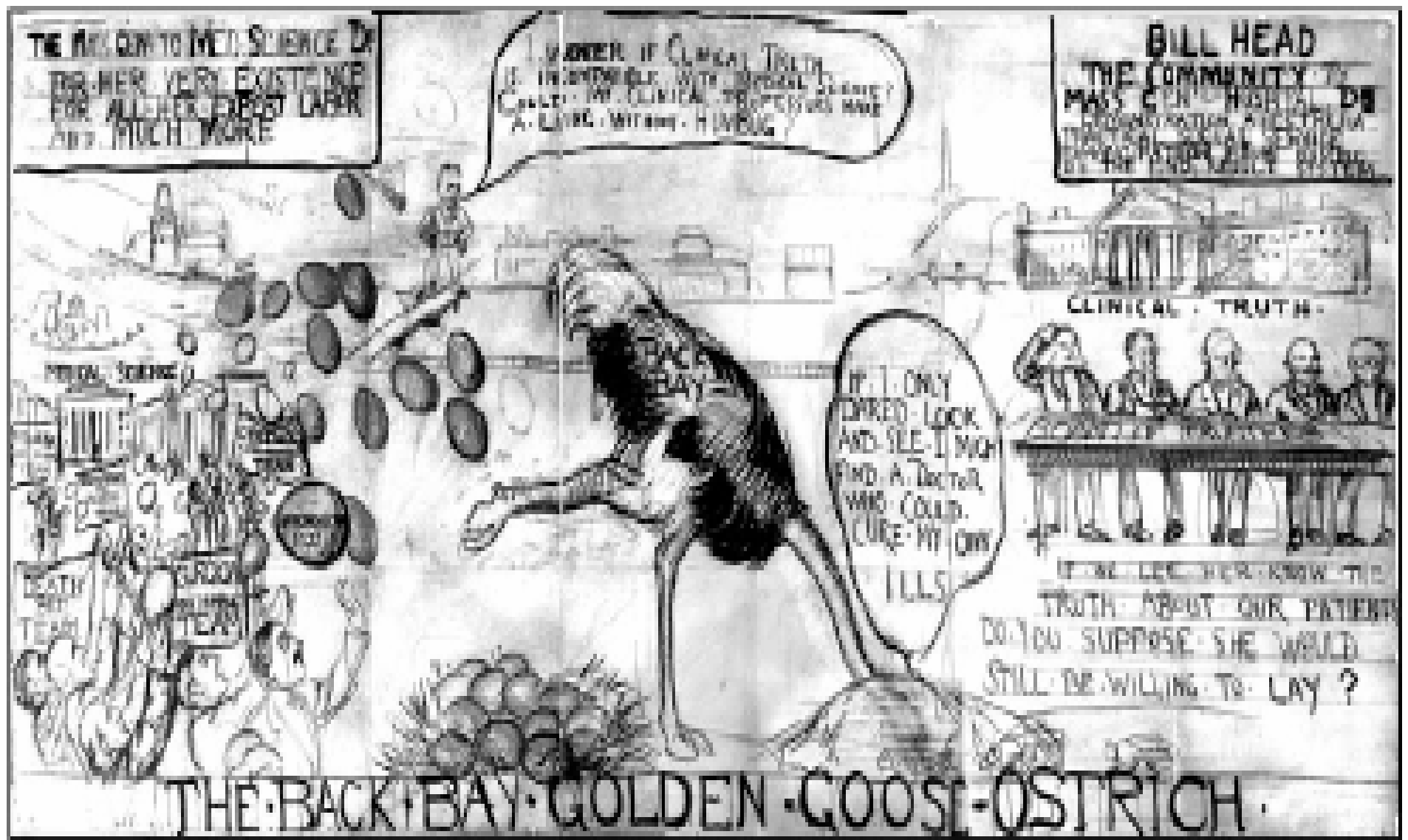


Fig. 1a.1. Cartoon shown by Ernest A. Codman on January 8, 1915, to a meeting of surgeons at the Boston Medical Library. It created a storm of resentment. The ostrich is kicking golden eggs into the outstretched hands of MGH staff who are labeled: Surgical, Gynecologic, Obstetric, and Pediatric (and humbug) Teams, and a Death Bed Team. President Lowell of Harvard stands above, straddling a bridge between the "Theoretical Science and Practice" of medicine and the "Practical Medicine" of the hospital. "I wonder if clinical truth is incompatible with medical science? Could my clinical professors make a



Sus trabajos le acarrearón ridículo, censura y pobreza

## Special Communication

# Error in Medicine

Lucian L. Leape, MD

FOR YEARS, medical and nursing students have been taught Florence Nightingale's dictum—first, do no harm.<sup>1</sup> Yet evidence from a number of sources, reported over several decades, indicates that a substantial number of patients suffer treatment-caused injuries while in the hospital.<sup>2-6</sup>

In 1964 Schirmer<sup>2</sup> reported that 20% of patients admitted to a university hospital medical service suffered (at least) a minor injury and that 20% of those injuries were serious or fatal. Steel et al<sup>3</sup> found

of omission or commission) or one that does not achieve its intended outcome. Indeed, injuries are but the "tip of the iceberg" of the problem of errors, since most errors do not result in patient injury. For example, medication errors occur in 2% to 14% of patients admitted to hospitals,<sup>4-6</sup> but most do not result in injury.<sup>2</sup>

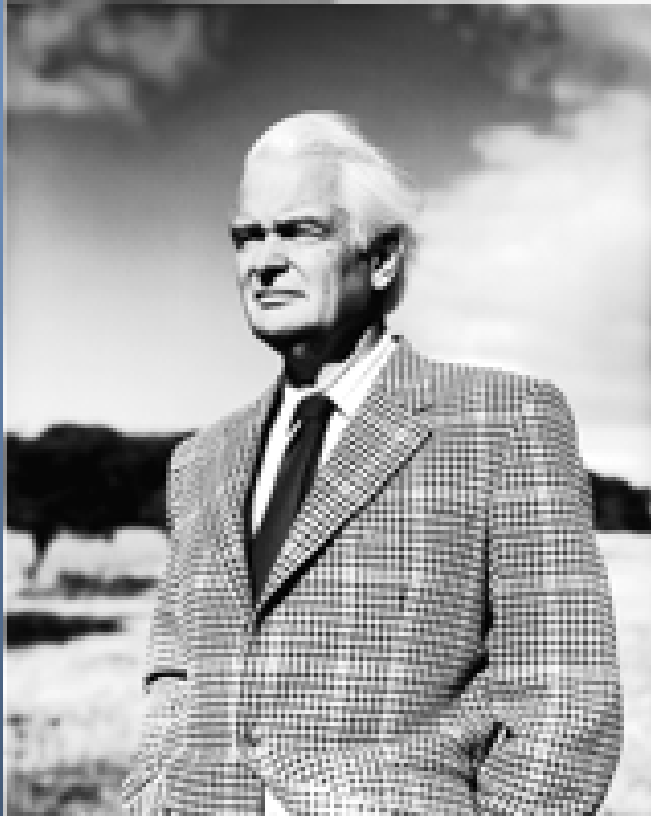
Aside from studies of medication errors, the literature on medical error is sparse, in part because most studies of iatrogenesis have focused on injuries (eg,

### WHY IS THE ERROR RATE IN THE PRACTICE OF MEDICINE SO HIGH?

Physicians, nurses, and pharmacists are trained to be careful and to function at a high level of proficiency. Indeed, they probably are among the most careful professionals in our society. It is curious, therefore, that high error rates have not stimulated more concern and efforts at error prevention. One reason may be a lack of awareness of the severity of the problem. Hospital-acquired



- Recalled then-editor George Lundberg, “*I was accused of being on the side of the lawyers, a damned turncoat and traitor to the cause*” (Lundberg 2000).



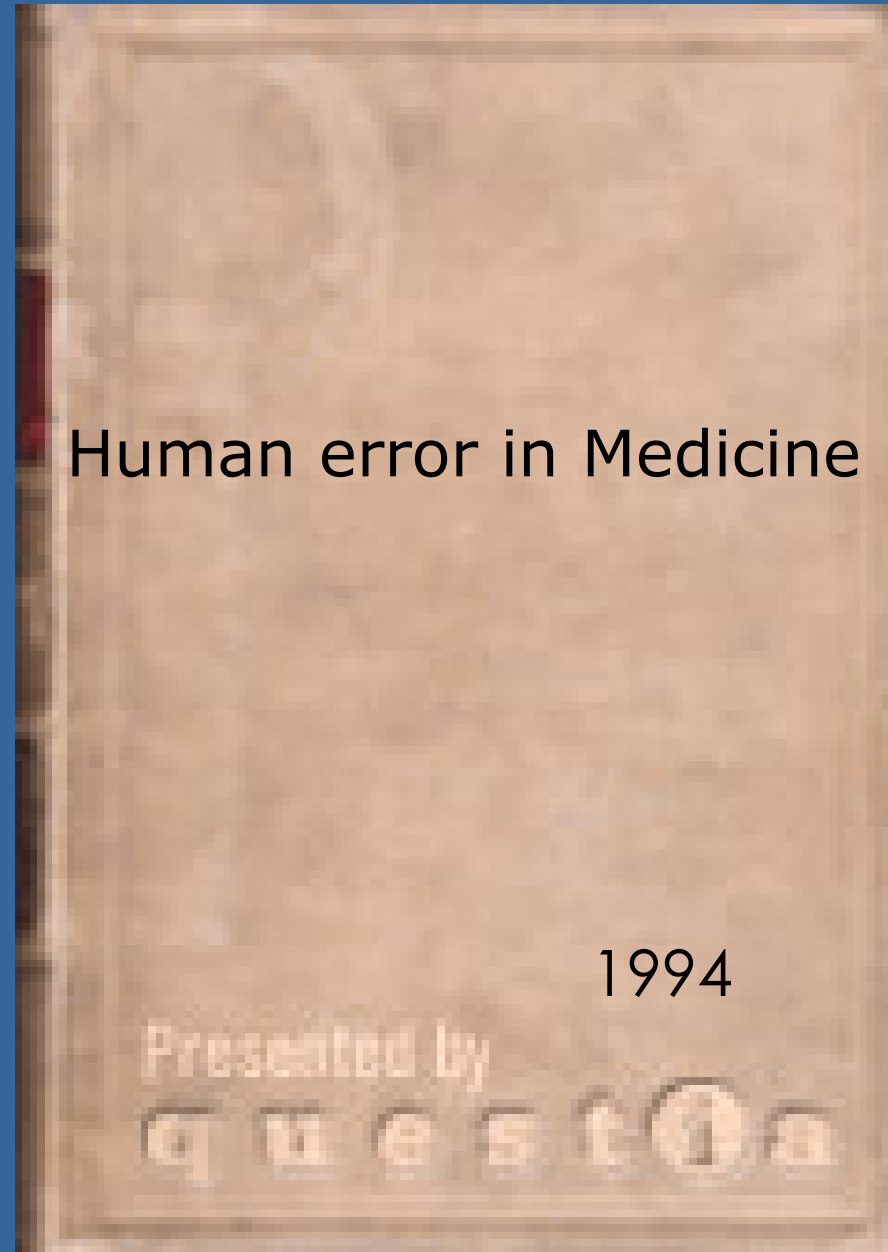
**Sir Donald Irvine**



Presidente  
General Medical Council  
*1995-2001*



Marylinn Sue Bogner



Human error in Medicine

1994

Presented by

questia



## **1954-ANNALS OF SURGERY**

*ESTUDIO DE LAS MUERTES ASOCIADAS  
A CIRUGIA Y ANESTESIA*

## **1961-JAMA**

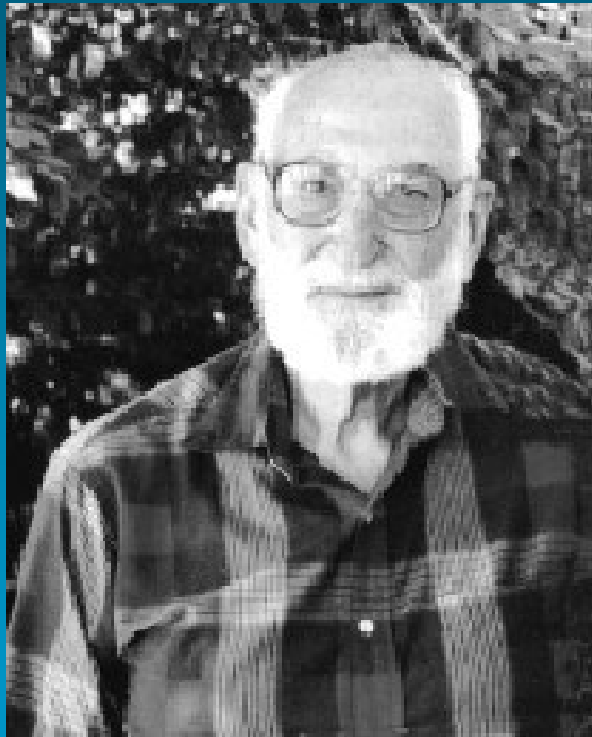
*EL ROL DE LA ANESTESIA EN  
LA MORTALIDAD QUIRÚRGICA*

## **1982-ABC 20/20**

*EL SUEÑO PROFUNDO 6000 PERSONAS  
MORIRAN O SUFRIRAN DAÑO CEREBRAL*

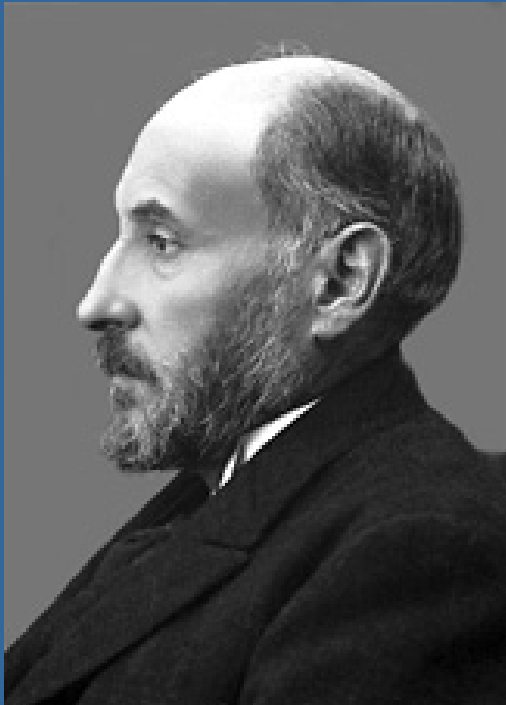
## **1984-SE CREA LA FUNDACION PARA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA**

# Calidad en el cuidado de la salud



**Avedis Donabedian**

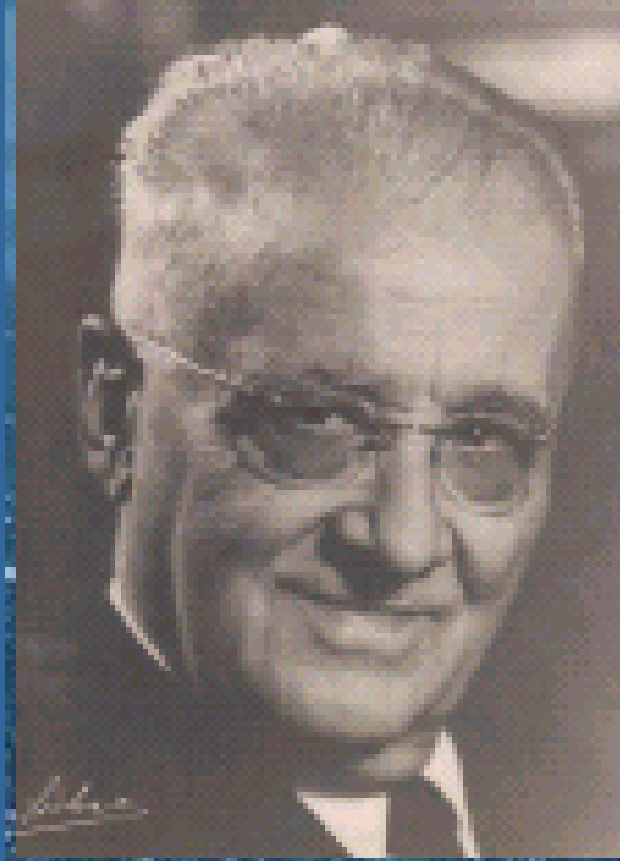
Ese artículo de 1966 introdujo los conceptos de **Estructura, Proceso y Resultado**, que constituyen hoy día el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud.



## El saludable temor a los errores

*Santiago Ramón y Cajal*

- "Lo peor no es cometer un error, sino tratar de justificarlo, en vez de aprovecharlo como aviso providencial de nuestra ligereza o ignorancia"



Amartología médica

Estudio de los errores

Dr Juan POU ORFILA

1984-----1994-----2000-----

pre-awareness

Toma de conciencia

**Modificar EL SISTEMA**



Toma de conciencia

# Harvard Medical Practice Study

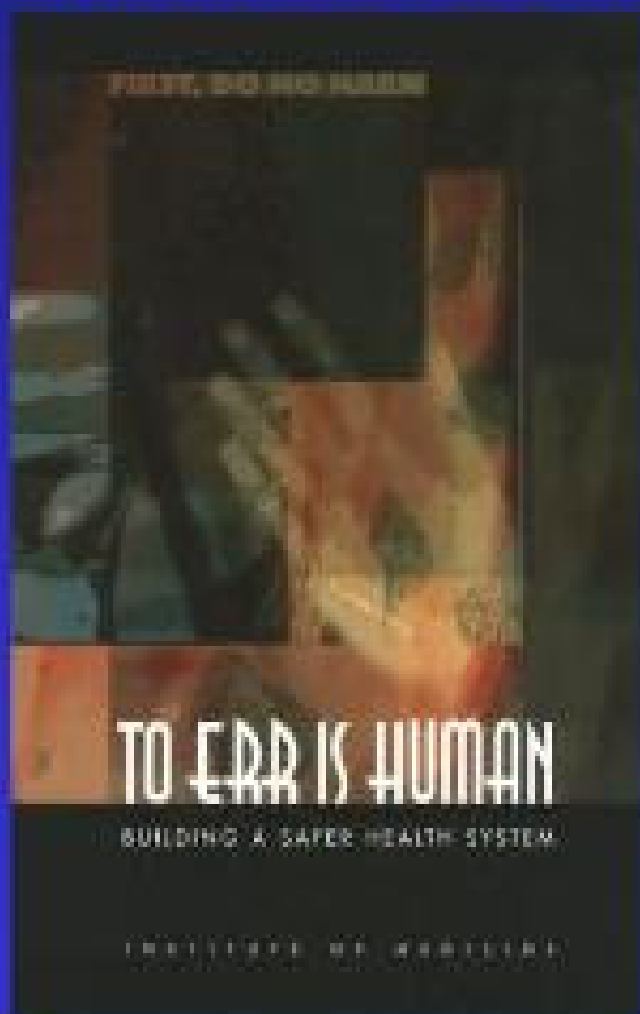
70 % incapacidad por menos de 6 meses

2.6% incapacidad permanente

13.6% muerte

48-99.000 muertes al año

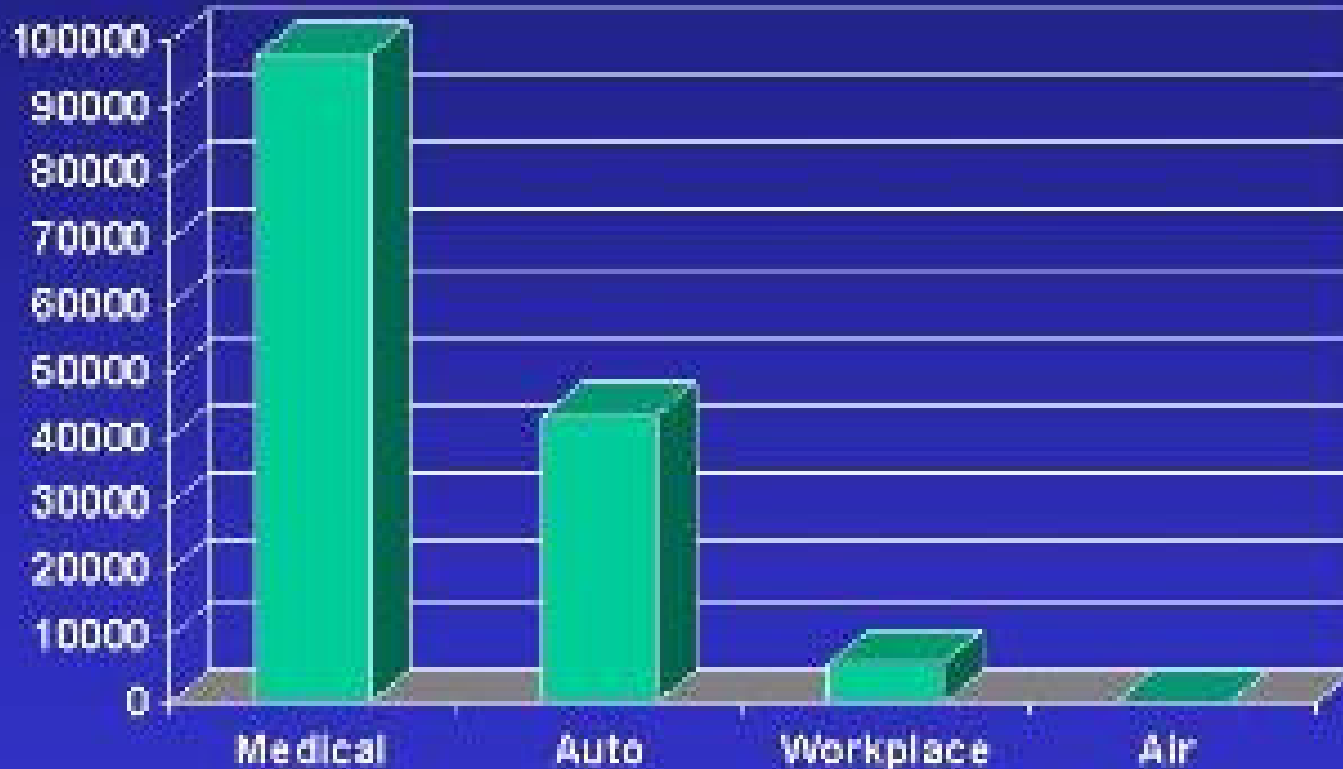
# TO ERR IS HUMAN: BUILDING A SAFER HEALTH SYSTEM

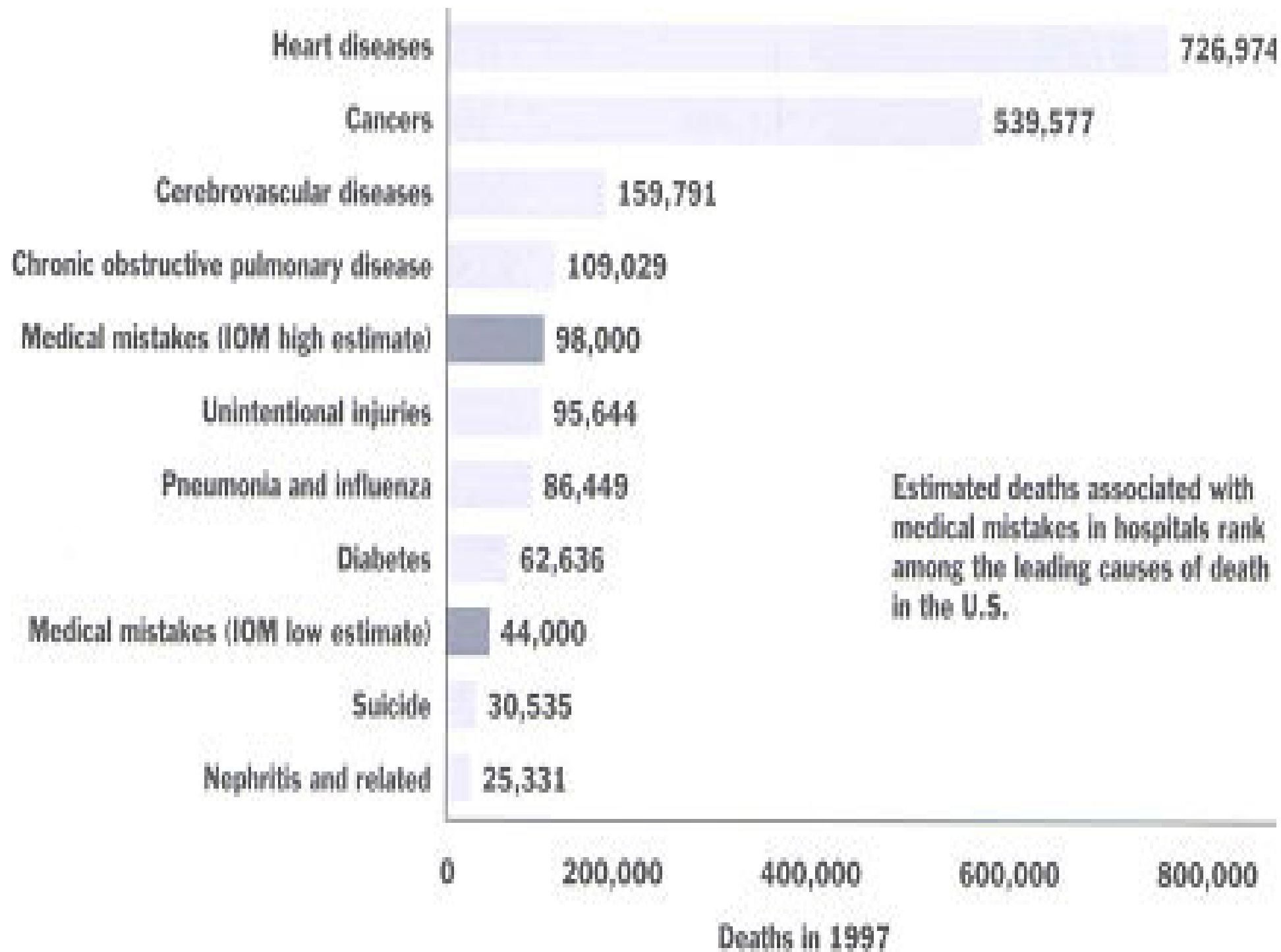


Institute of Medicine  
Committee on  
Quality of Health  
Care in America



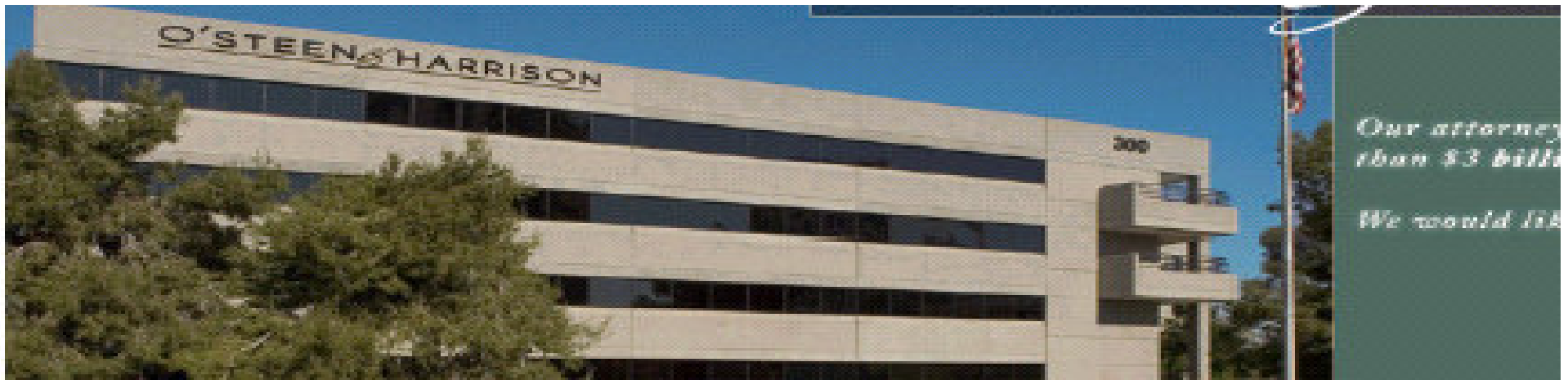
# Annual Accidental Deaths







Harvard Medical Practice Study se diseñó primitivamente para determinar el potencial de un sistema de compensación (non fault ) *Historias de pacientes durante 1984*



HOME	ABOUT OUR FIRM	TYPES OF CASES	SE HABLA ESPANOL	CONTACT US	OFFICE LO
------	----------------	----------------	------------------	------------	-----------

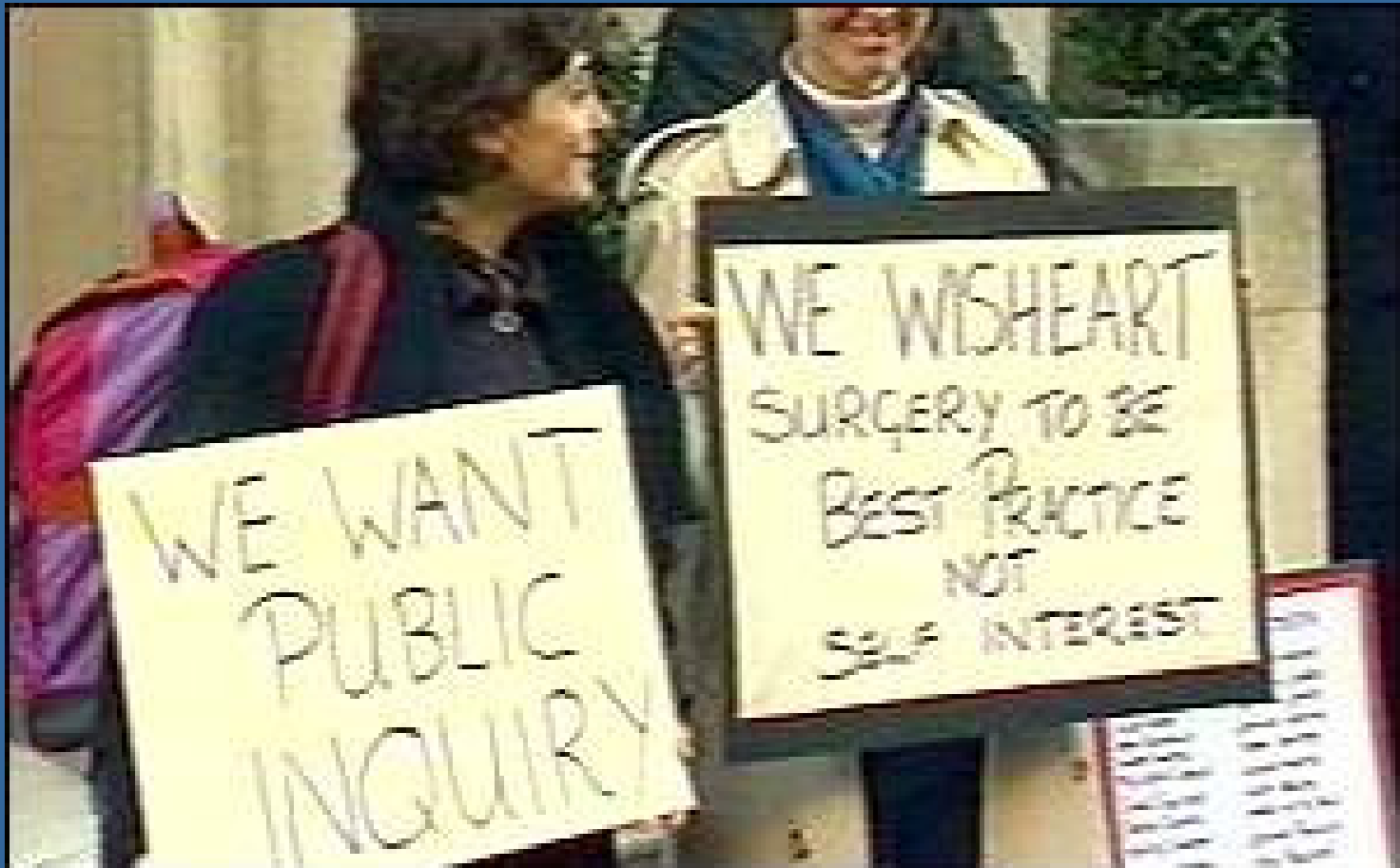
THE TRUTH ABOUT MEDICAL MALPRACTICE

There is no reason to think the statistics have improved since 1990, when the Harvard Medical Practice Study Group published its report, *Patients, Doctors, and Lawyers: Medical Injury, Malpractice Litigation, and Patient Compensation in New York*. The study found that only one in eight instances of malpractice resulted in a claim. And of suits that are filed and tried, the latest

study by the Justice Department's Bureau of Justice Statistics says plaintiffs win only 26 percent.



Winnipeg 1994. Muertes en servicio de Cirugía Cardíaca Infantil



**Cirugía Cardíaca en Bristol Royal Infirmary**



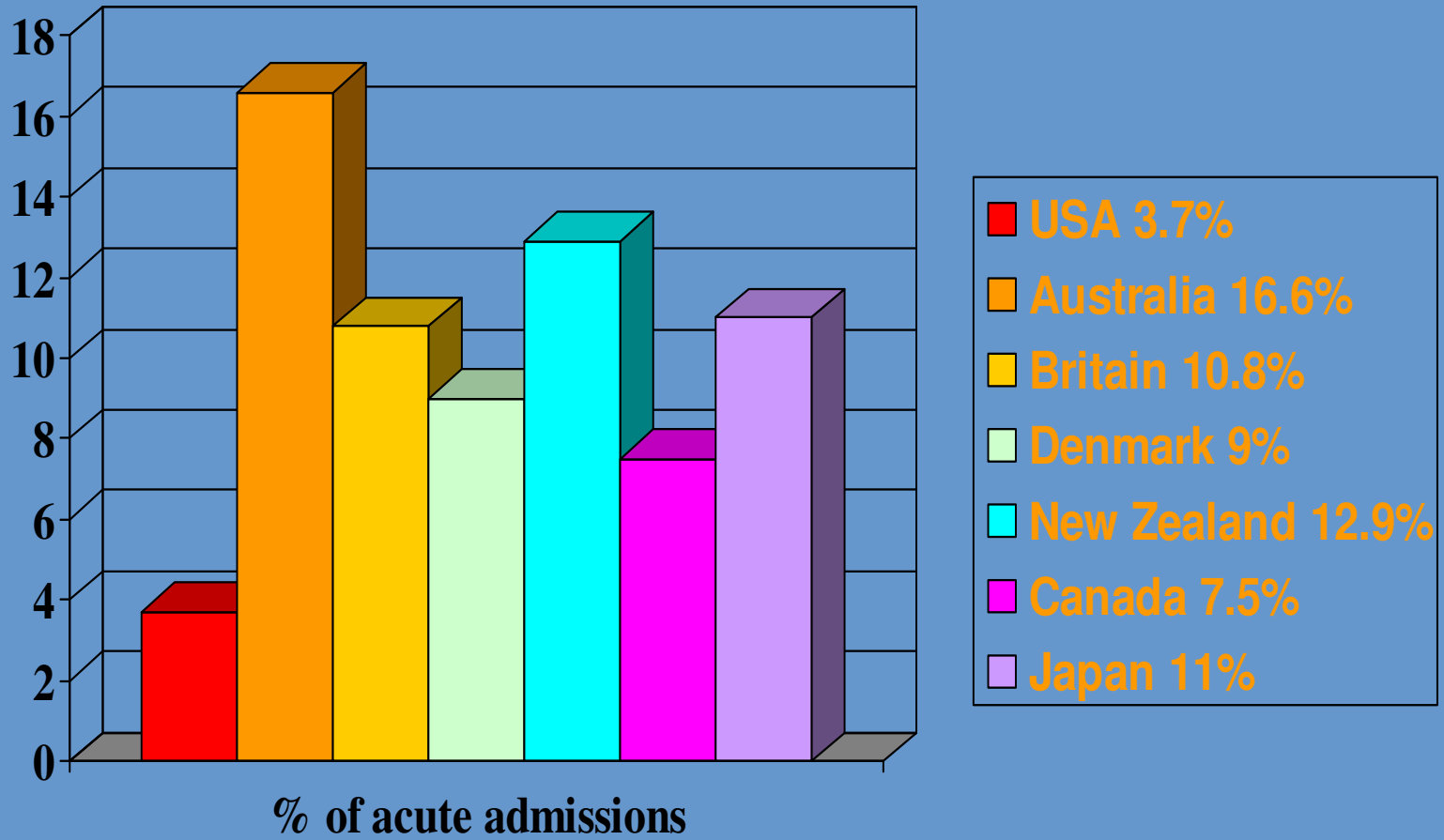
## NPSA

- Los hechos adversos se dan el el 10% de los ingresos (850.000 al año )
- Los hechos adversos cuestan aprox. £2 billion/año tan solo en internación
- Más de >£400 million acuerdos por negligencia al año
- Infecciones hospitalarias cuestan £1 billion/año –

Sentinel Event Setting	#	%
General hospital	3613	67.5%
Psychiatric hospital	680	10.8%
Psych unit in general hospital	281	5.0%
Behavioral health facility	241	4.6%
Emergency department	228	4.3%
Long term care facility	162	2.9%
Ambulatory care	138	2.6%
Home care	88	1.8%
Office-based surgery	12	0.2%
Clinical laboratory	8	0.2%
Health care network	2	0.0%

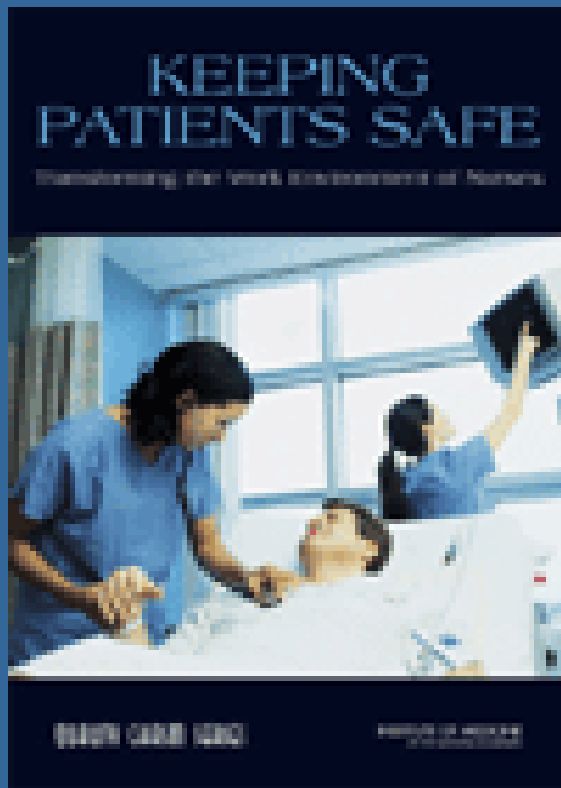
# CONSEJO AUSTRALIANO DE SEGURIDAD Y CALIDAD EN LA SALUD





**JACHO** Enfermería representa el 54% del personal de salud

19 % de los hechos centinela se deben a errores de enfermería



- Caídas
- Errores en la administración de medicamentos
- Demoras en el tratamiento
- Errores en las conexiones

*"First, do no harm..."*

Attributed to Hippocrates circa 470-360 B.C.



World Health Organization  
20 Avenue Appia  
CH-1211, Geneva 27  
Switzerland  
Tel. +41 (0)22 791 40 24  
Fax +41 (0)22 791 13 88  
Email: [patientsafety@who.int](mailto:patientsafety@who.int)

Please visit our  
website at:  
[www.who.int/patientsafety](http://www.who.int/patientsafety)


**WORLD  
ALLIANCE FOR  
PATIENT SAFETY**  
**FORWARD PROGRAMME  
2005**



Alemania , Australia, Arabia Saudita , Azerbaian , Canada  
Islas Cook , Republica Checa , Dinamarca , Estados Unidos  
Fiji , Filipinas , Polonia , Francia , Gambia , Gran Bretaña  
Holanda , Japón , Libano , Irlanda , Iran , Myanmar  
Mongolia , Malibia , Malawi , Oman , Samoa , Seychelles  
Sud Africa , Sri Lanka , Suecia , Suiza , Tailandia, Tonga  
Viet Nam , Zimbawe .



World Health Organization

**ABU DHABI**  **MEDICAL CONGRES**

26-28 October 2008 | Abu Dhabi National Exhibition Centre, UAE



Exhibit at the Show



Conference Registration



Sponsorship Opportunities

Visit [abudhabimed.com](http://abudhabimed.com)

**Book a Stand**  
Space Booking for Abu Dhabi Medical Congress is now on!

Booker E. Ditt...

**A Brand Name in the Middle**

Dear Edita Felco,

The [Abu Dhabi Medical Congress](#) targeting the lucrative healthcare

**THE GENERAL MEDICAL AREA**

The [General Medical Area](#) at the excellent opportunity for companies makers that influence major pro...

**PATIENT**  **SAFETY**

26 – 28 October 2008, Abu Dhabi National Exhibition Centre, Abu Dhabi



Exhibit at the Show



Conference Registration



Sponsorship Opportunities

Reg...

Conference Programmes for 2008

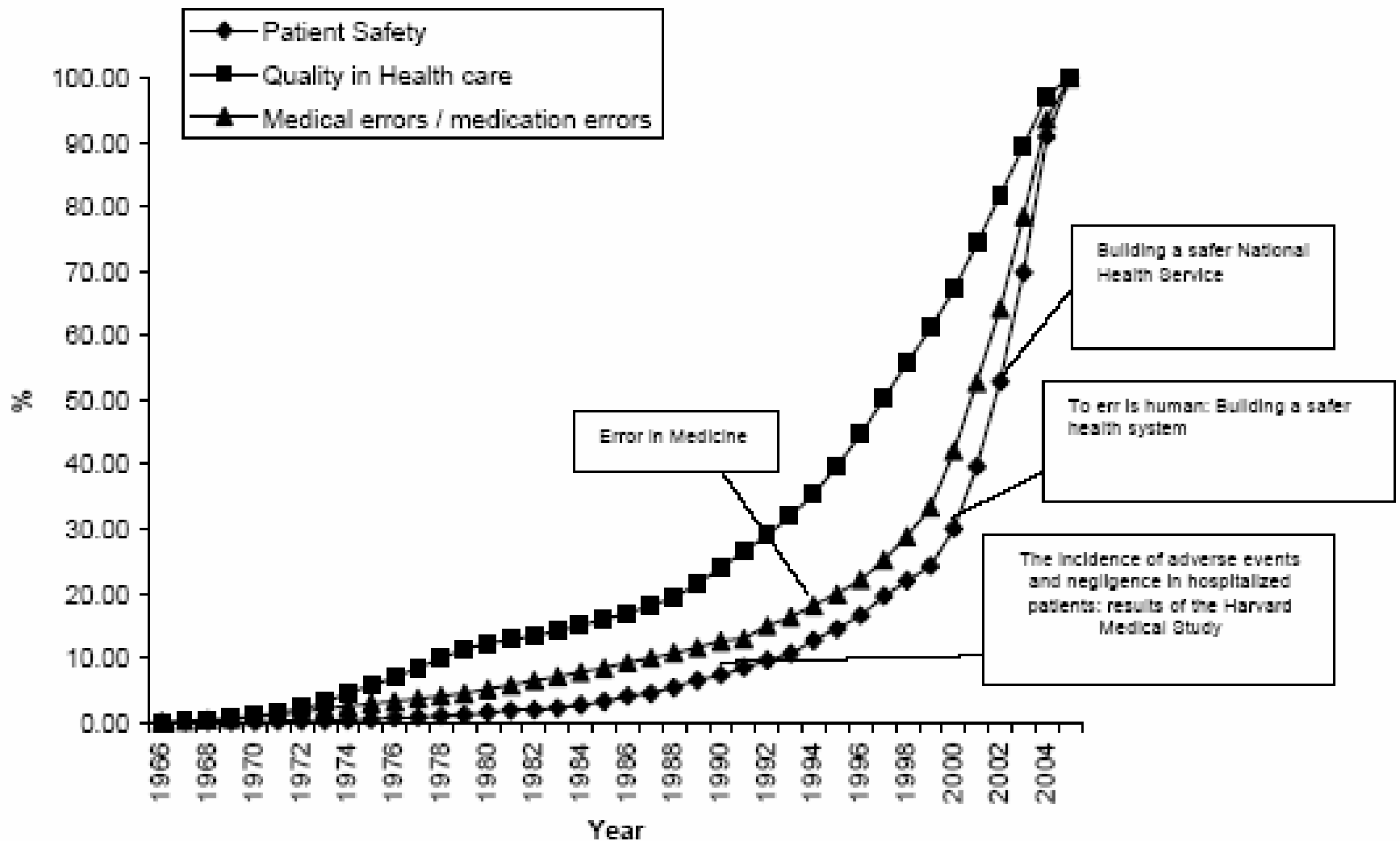
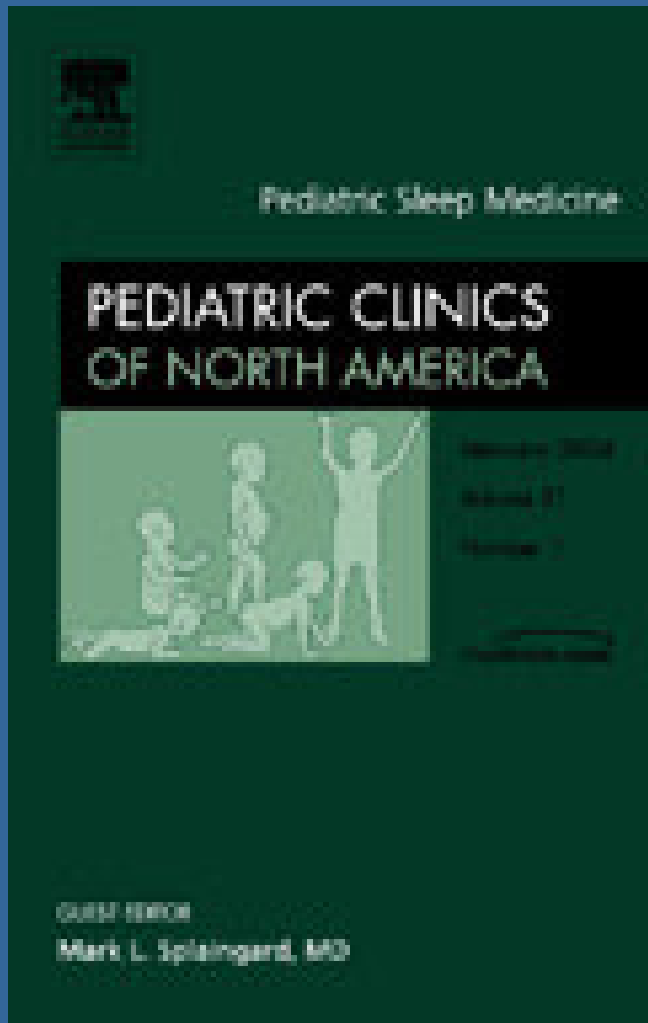
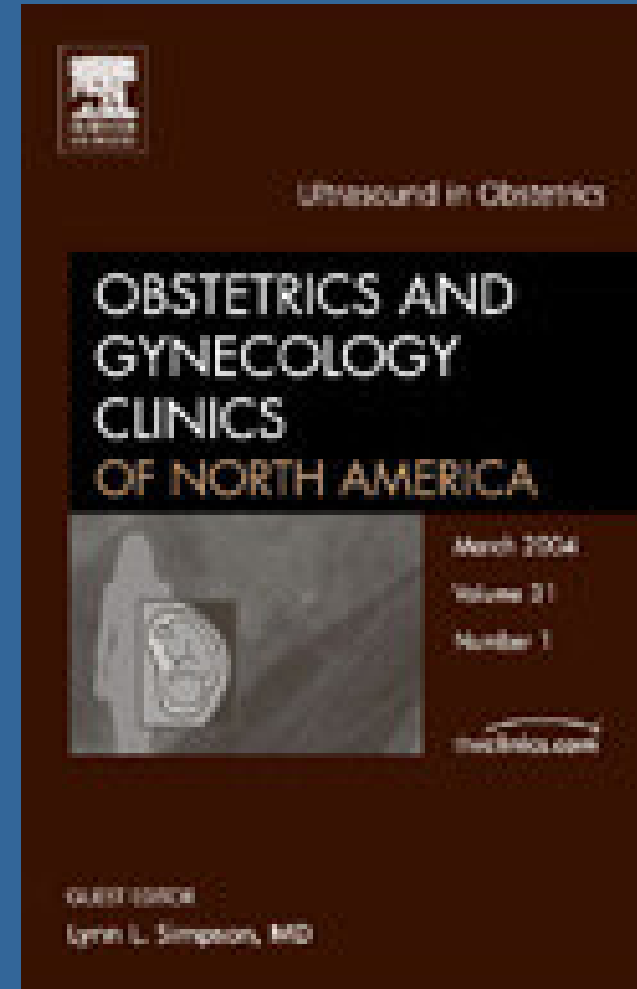


Figure 1: The growth of Medline citation counts in terms of 'patient safety', 'quality in health care' and 'medical/medication errors' from 1966 – 2005. Each graph was normalised by taking the data for the year 2005 as 100% ('Patient Safety' = 2,472; 'Quality in Health care' = 21,870; 'Medical/Medication Error' = 7,867).



Seguridad del paciente

December 2006 (Vol. 53, Issue 6)



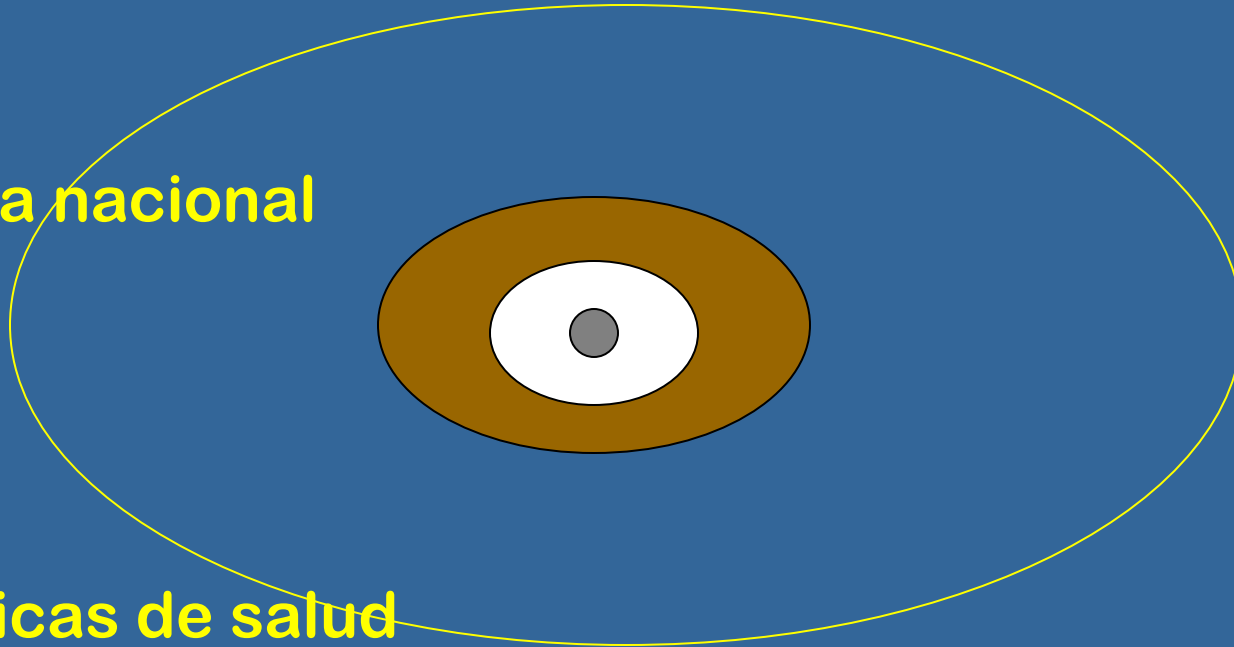
March 2008

Patient Safety in Obstetrics and Gynecology: Improving Outcomes, Reducing Risks

Guest Editor: P.A. Gluck, MS

The University of Birmingham		
Dr Jon Karnon University of Sheffield	£85,461	May 2005
Prof Nick Barber The School of Pharmacy, UCL	£150,400	November 2005
Prof Judy Cantrill University of Manchester	£131,302	November 2005
Prof Robert Dingwall University of Nottingham	£113,682	April 2006
Dr Peter Brocklehurst The University of Oxford	£41,106	December 2004
Prof Tony Avery University of Nottingham	£581,418	April 2009
Prof Nick Barber The School of Pharmacy, UCL	£507,942	April 2008
Dr Ian Wong The School of Pharmacy, UCL	£124,913	December 2006
Dr Olga Kostopoulou The University of Birmingham	£200,220	August 2007
Prof Louise Wallace Coventry University	£160,000	November 2006
Prof Sheldon Stone Royal and Free University College Medical School	£581,842	August 2009
Dr Pauline Pearson University of Newcastle	£322,933	October 2008
Prof Ian Watt University of York	£384,954	January 2009
Prof John Clarkson, The University of Cambridge	£309,019	September 2009
Dr Rebecca Lawton The University of Leeds	£79,151	May 2007

**Cultura nacional**

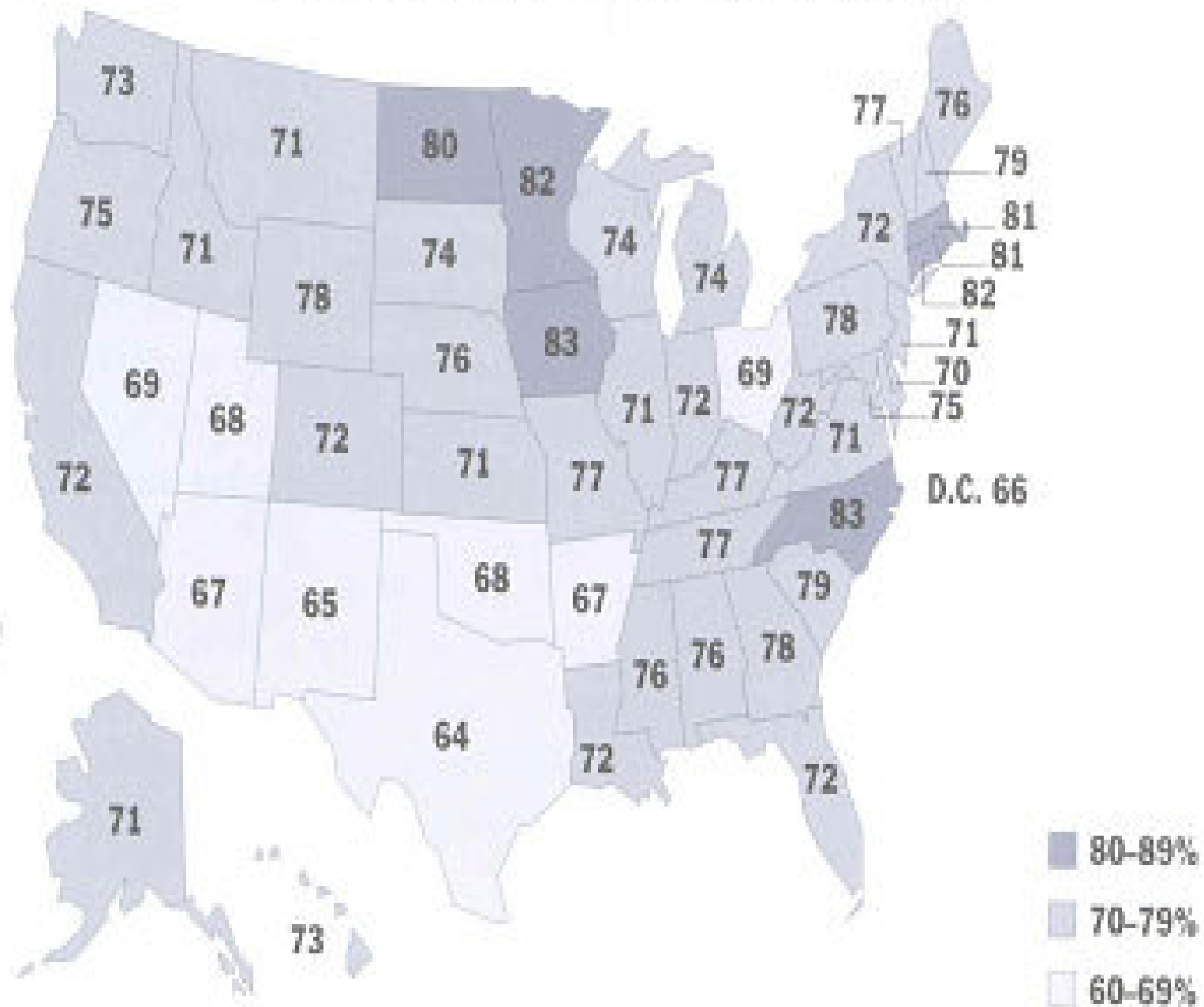


**Políticas de salud  
acceso**

**Política laboral**

**EEUU  
Japón  
Gran Bretaña  
España**

# Percent of children age 19-35 months who received all recommended doses of five key vaccines



High: 83 (Iowa, N.C.)

Average: 73

Low: 64 (Tex.)

# Causa Raiz de la aparición de kernicterus

JCAHO



**Origen racial : negros, orientales, indigenas**  
**Menos de 48 horas de internación postparto**  
**Ausencia de controles postnatales**  
**Ausencia de exámenes de bilirubina**  
**Ausencia de información a los padres**

**MEDICAL EXAMINER:** HEALTH CARE SYSTEMS EXPLAINED.

---

# Waiting Door

HOW HOSPITALS ARE KILLING PATIENTS

*By Zachary F. Meisel and Jesse M. Meisel*

Posted Thursday, July 24, 2008, at 10:00 AM



*Video of Esmin Green,  
who died in an E.R.  
waiting room*

---

Last month, a 45-year-old woman named Esmin Green died in an E.R. waiting room. She had been off her chest for several days at the King County Medical Center. Members of the hospital staff found her lying on the floor. She was about 100 pounds and finally broke through the door. She was dead. The autopsy revealed that she had a massive pulmonary embolism, a blood clot that had traveled from her leg to her lungs.

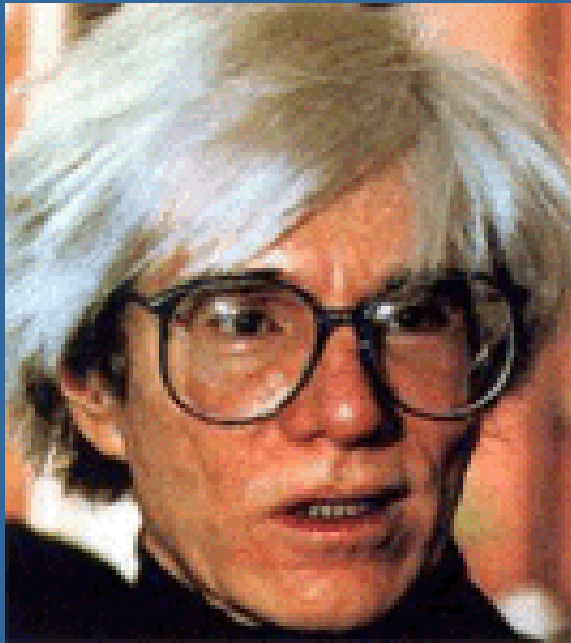


# Cultura de la culpa

*“Blame and Shame”  
Bad apples*

La culpa es universal, natural, emocionalmente  
satisfactoria y legalmente conveniente  
pero no hace nada en absoluto para hacer el  
cuidado de la salud más seguro

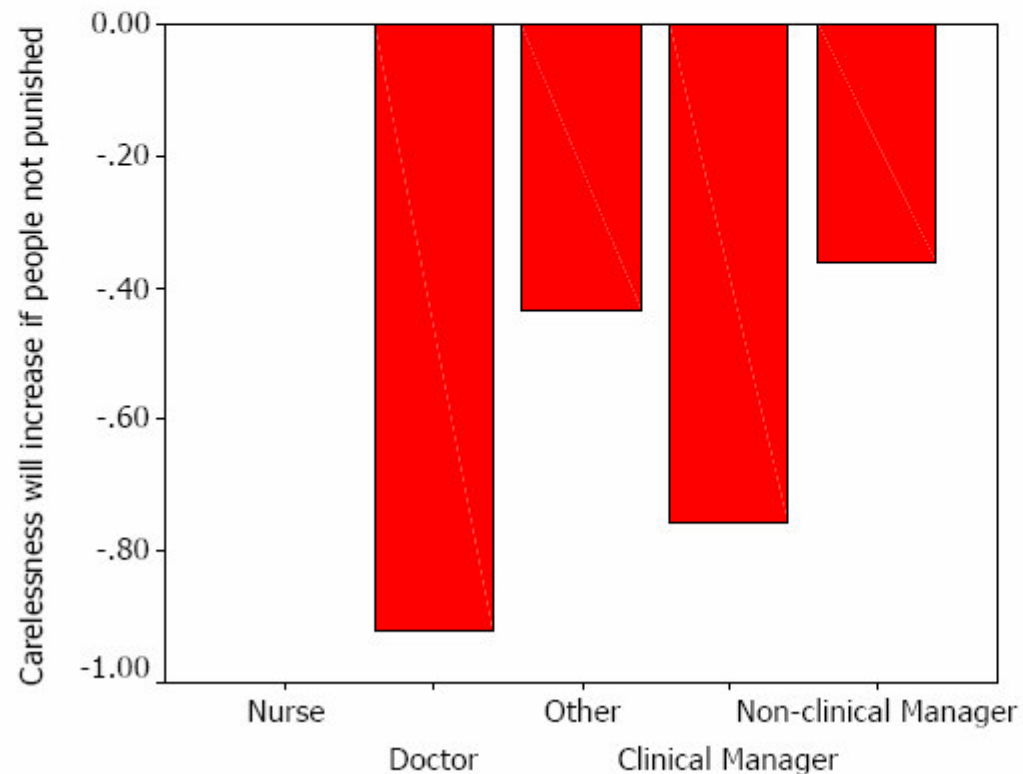
Bogner



1987



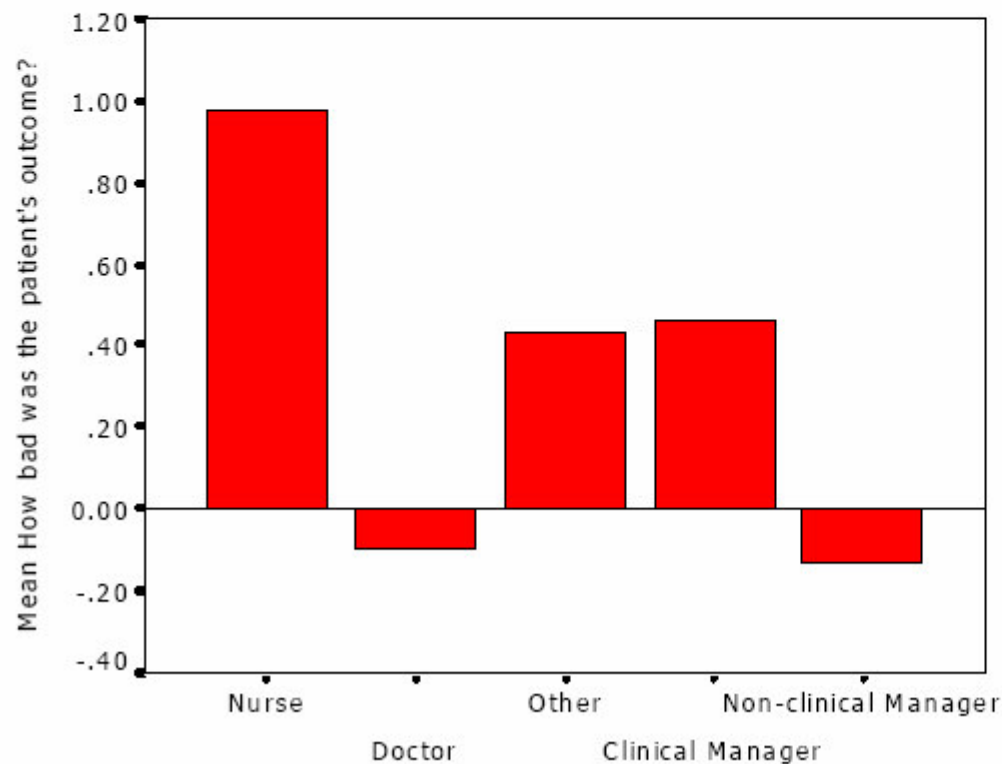
## Impact of Punishment on Safety



- Rejected by all, except nurses
- Query understanding of causation
- Views human error as a cause not a consequence

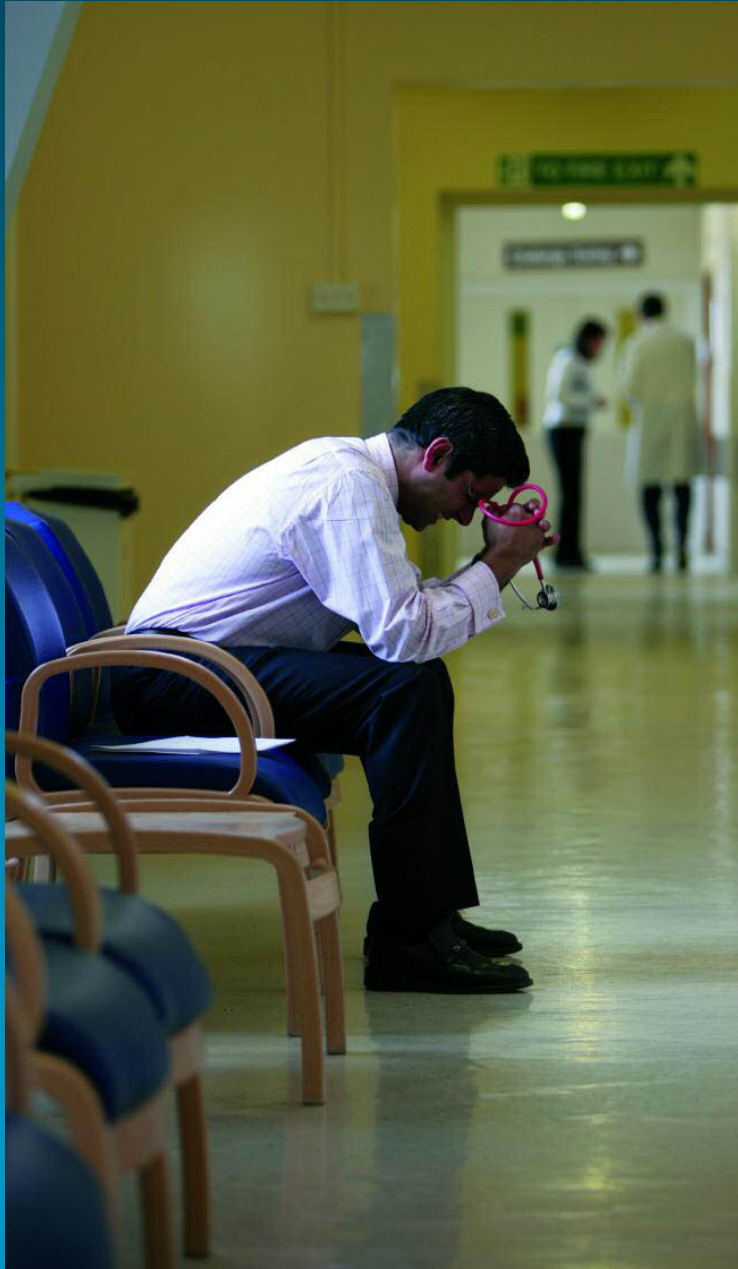


## Outcome Bias



- Serious outcomes considered blameworthy
- Unfair as results judged not actions
- Risk of wrongly finding negligence





## La segunda victima

El personal de salud suele ser estigmatizado después de un hecho adverso

**La mejor gente puede cometer los  
errores mas graves**



# MODELO SISTEMICO

*Hacia una cultura libre de culpa*

*Cultura de la seguridad*

Debemos agradecer cada reclamo

pues nos da la oportunidad de mejorar

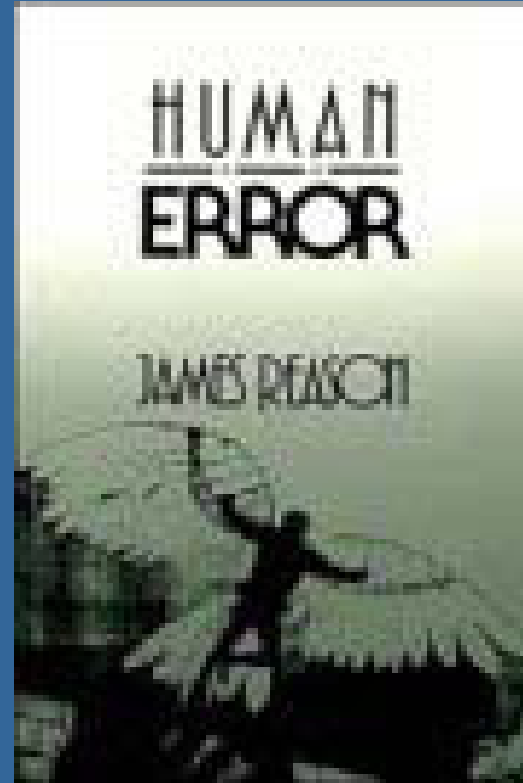
# Cultura de la Seguridad



*es aquella*

*en que todo el personal tiene una toma de conciencia, un estado de alerta frente a la posibilidad de que las cosas salgan mal*

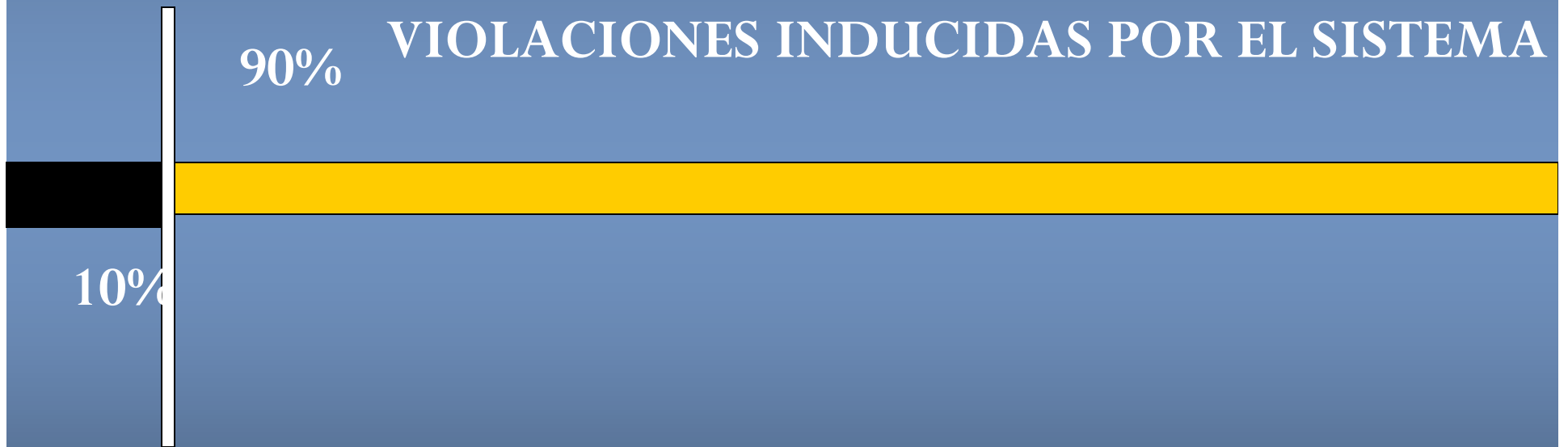
*es abierta y justa, estimulando al personal a referirse abiertamente respecto a los errores*





*No hay malos técnicos  
Hay malos sistemas*

**ERRORES INDUCIDOS POR EL SISTEMA**  
**VIOLACIONES INDUCIDAS POR EL SISTEMA**



**Reason , febrero 2004.Birmingham**

# Interrelación del individuo con la cultura institucional

Memoria institucional *(Siempre se hizo así)*

Doble lazo  
Responsabilidad autonomía

Síndrome del recién llegado



agente

defensas

infraestructura

Diseño del sistema

Política institucional

Cultura  
Institucional

# Fallas Latentes



Características del diseño  
que pueden generar error

Presentes antes del hecho  
adverso

Son mas duraderas que la  
falla activa

# Fallas latentes

- Infraestructura
- Equipamiento
- Personal
- Entrenamiento
- Horarios de trabajo
- Comunicación
- Existencia de guías
- y normas clínicas

*"A long habit of not thinking a thing wrong gives it a superficial appearance of being right."*

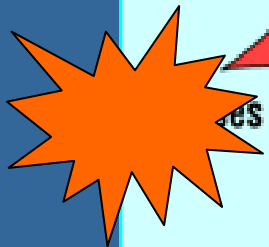


Thomas Paine (1737–1809)

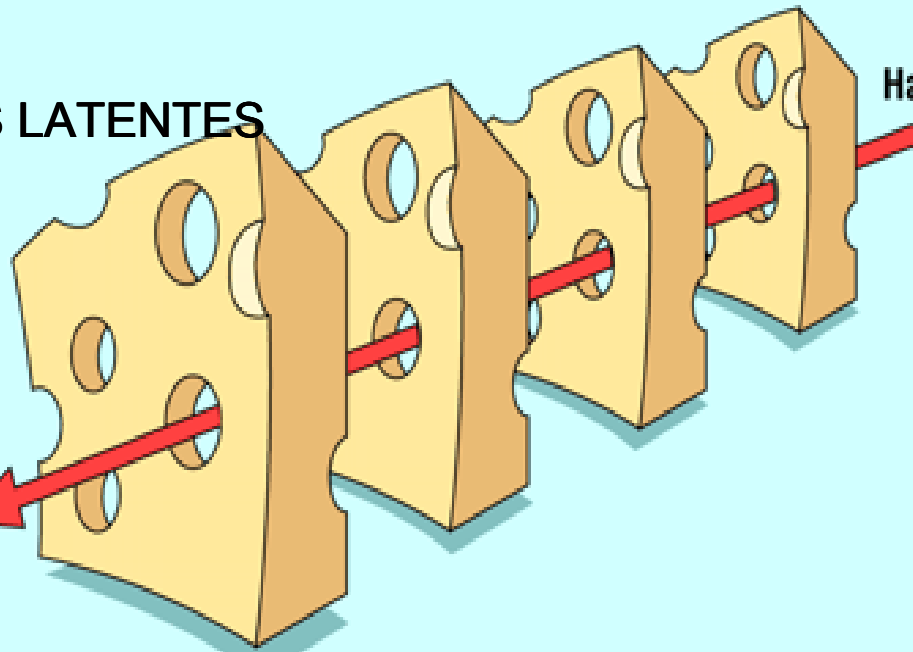
FALLAS ACTIVAS

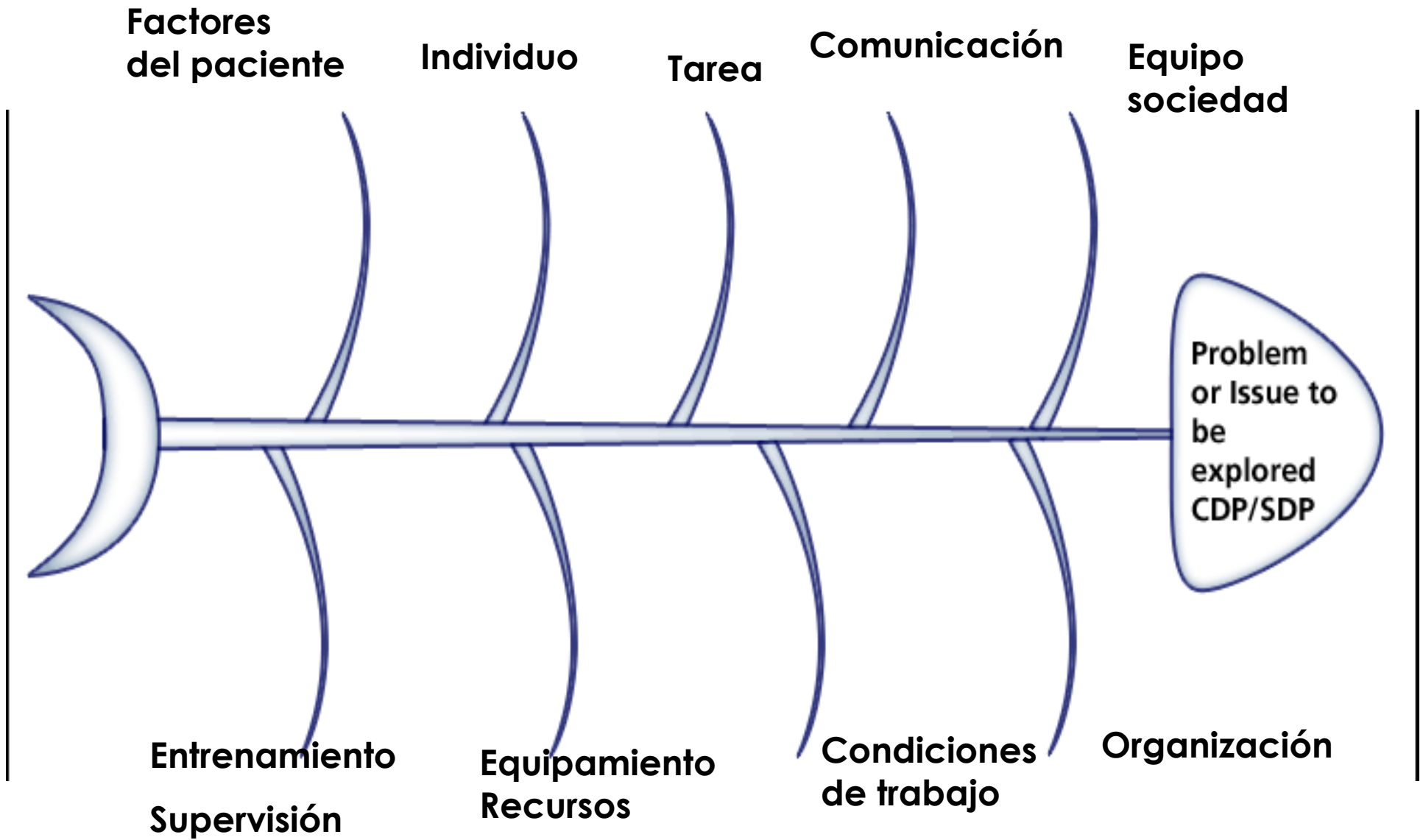
FALLAS LATENTES

Hazards



Acc





An aerial photograph of a Boeing 737 aircraft that has crashed on a runway. The aircraft is white with a red and blue stripe along the fuselage. It is surrounded by emergency responders in yellow and red gear, and various pieces of debris are scattered around the wreckage. The runway is paved, and there is some grass and dirt nearby.

# BMJ

No 7237 18 March 2000

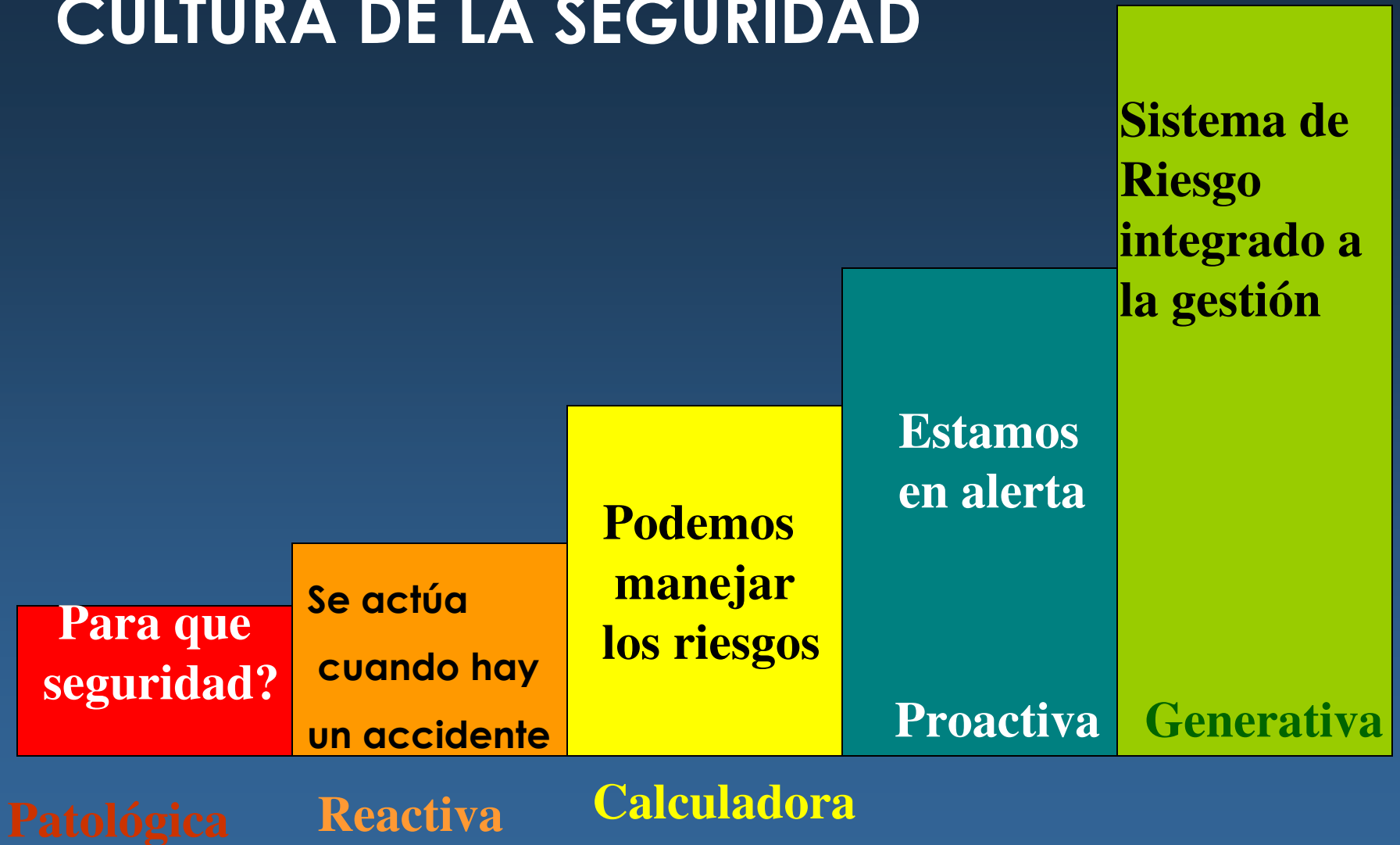
Reducing error  
Improving safety

Industrias  
Altamente  
Confiables

Aviación

como modelo

# CULTURA DE LA SEGURIDAD



# PRINCIPIO DE LOS FACTORES HUMANOS

*Es un concepto de diseño de trabajo*

*Que facilita hacerlo **bien***

*Que dificulta hacerlo **mal***



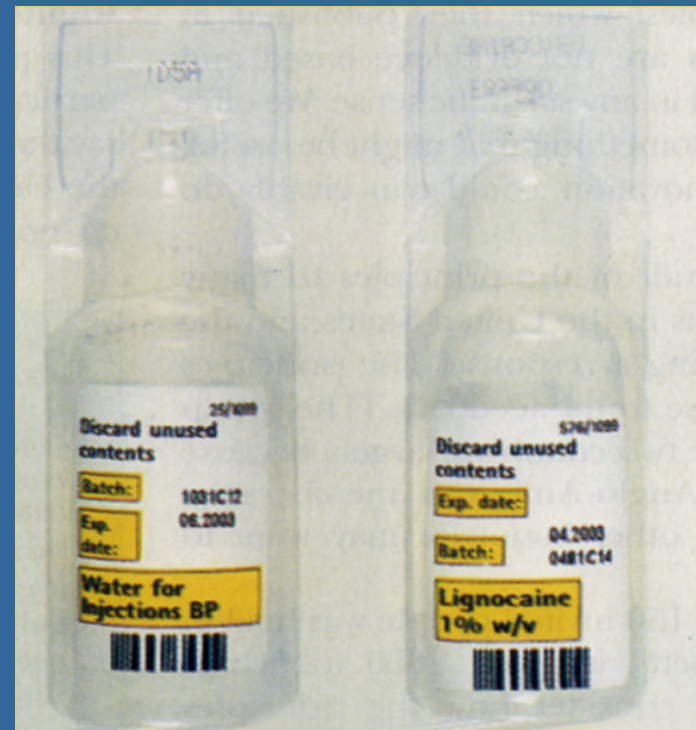


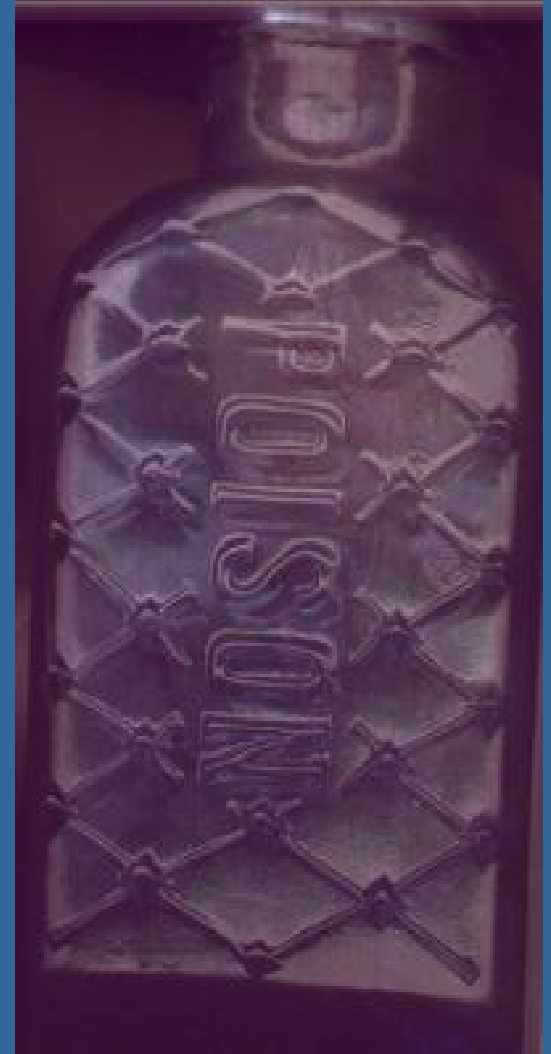
# El hombre y los instrumentos





# Medicaciones de aspecto similar (*Sound alike, look alike*)





## •Control de soluciones electrolíticas



Cloruro de potasio

Soluciones hipertónicas

**Administración Epidural Inadvertida de Cloruro de Potasio.**

**Reporte de un Caso**



**FORCING** (obligan a hacerlo bien )

**CONSTRAINT** (impiden hacerlo mal

- **Evitar problemas con conexiones a sondas y catéteres**



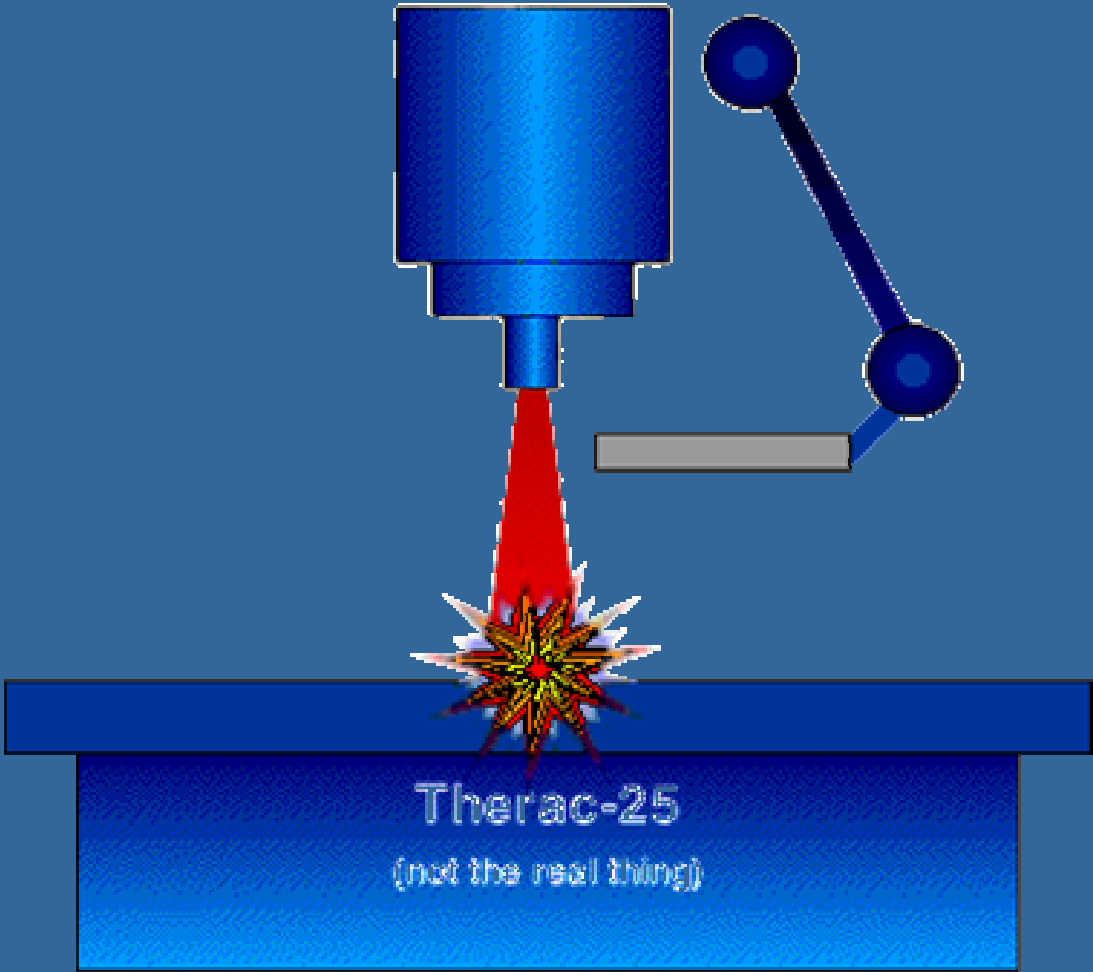
**Via enteral**

**Via parenteral**

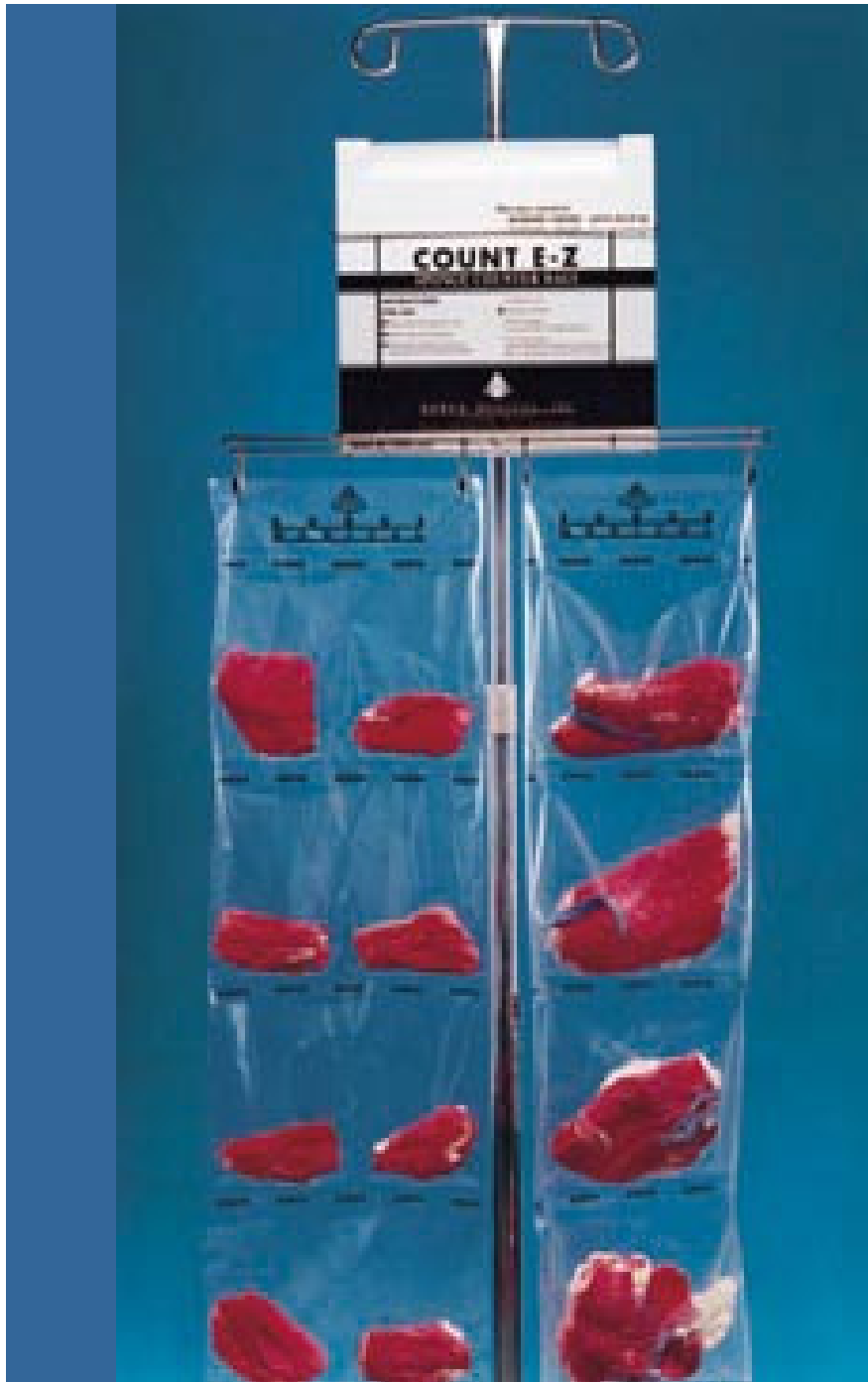
**Catéteres vesicales**

**Catéteres peritoneales**

**Oxígeno**









Reducción de la jornada EEUU  
Regulación del trabajo nocturno U.E.



SEARCH

- ACCREDITATION PROGRAMS
- CERTIFICATION PROGRAMS
- STANDARDS
- PATIENT SAFETY
- SENTINEL EVENT
- PUBLIC POLICY REPORTS
- PERFORMANCE MEASUREMENT
- LIBRARY

[Printer-Friendly](#)

[Home](#) > [Sentinel Event](#) > [Sentinel Event Alert](#)

- Advisory Group
- Forms and Tools
- Policy and Procedures
- Reporting Alternatives
- Sentinel Event Alert
- Statistics

## Sentinel Event Alert

Issue 40, July 9, 2006

### Behaviors that undermine a culture of safety

Intimidating and disruptive behaviors can foster medical errors,<sup>(1,2,3)</sup> contribute to poor patient and to preventable adverse outcomes,<sup>(1,4,5)</sup> increase the cost of care,<sup>(4,5)</sup> and cause quality administrators and managers to seek new positions in more professional environments. <sup>(1,6)</sup> quality of patient care is dependent on teamwork, communication, and a collaborative work assure quality and to promote a culture of safety, health care organizations must address the behaviors that threaten the performance of the health care team.

Intimidating and disruptive behaviors include overt actions such as verbal outbursts and physical well as passive activities such as refusing to perform assigned tasks or quietly exhibiting unprofessional attitudes during routine activities. Intimidating and disruptive behaviors are often manifested by professionals in positions of power. Such behaviors include reluctance or refusal to answer phone calls or pages; condescending language or voice intonation; and impatience with questions and passive behaviors undermine team effectiveness and can compromise the safety of patient care. Intimidating and disruptive behaviors are unprofessional and should not be tolerated.

Intimidating and disruptive behaviors in health care organizations are not rare.<sup>(1,2,7,8,9)</sup> A study of intimidation conducted by the Institute for Safe Medication Practices found that 40 percent of respondents kept quiet or remained passive during patient care events rather than question a known intruder. While most formal research centers on intimidating and disruptive behaviors among physicians, there is evidence that these behaviors occur among other health care professionals, such as nurses, therapists, and support staff, as well as among administrators. <sup>(1,2)</sup> Several surveys have found that health care providers have experienced or witnessed intimidating or disruptive behaviors.<sup>(1,2,8,12)</sup> These behaviors are not limited to one gender and occur during interactions within and across disciplines.

# Communication Failures: An Insidious Contributor to Medical Mishaps

Kathleen M. Sutcliffe, PhD, Elizabeth Lewton, PhD, MPH, and Marilyn M. Rosenthal, PhD

- a diferencias jerárquicas,
- roles conflictivos,
- ambigüedad de los roles,
- conflictos de poder interpersonal,
- preocupación por influencias de superiores

# Communication problems often contribute to untimely care of acute infections in nursing homes

Daniel R. Longo, Sc.D., Jake Young, M.A., David Mehr, M.D., M.S., and others, in the March 2004 *Journal of the American Medical Directors Association* 5, S5-S10.

Enfermedad que se inicia en la noche o fin de semana

Problemas en contactar al medico

Intermediario

Cambios de guardia

Resistencia de la nurse en contactar a un medico considerado difícil.



La medicina se adentra en el terreno de la  
incertidumbre

Los seres humanos no son máquinas

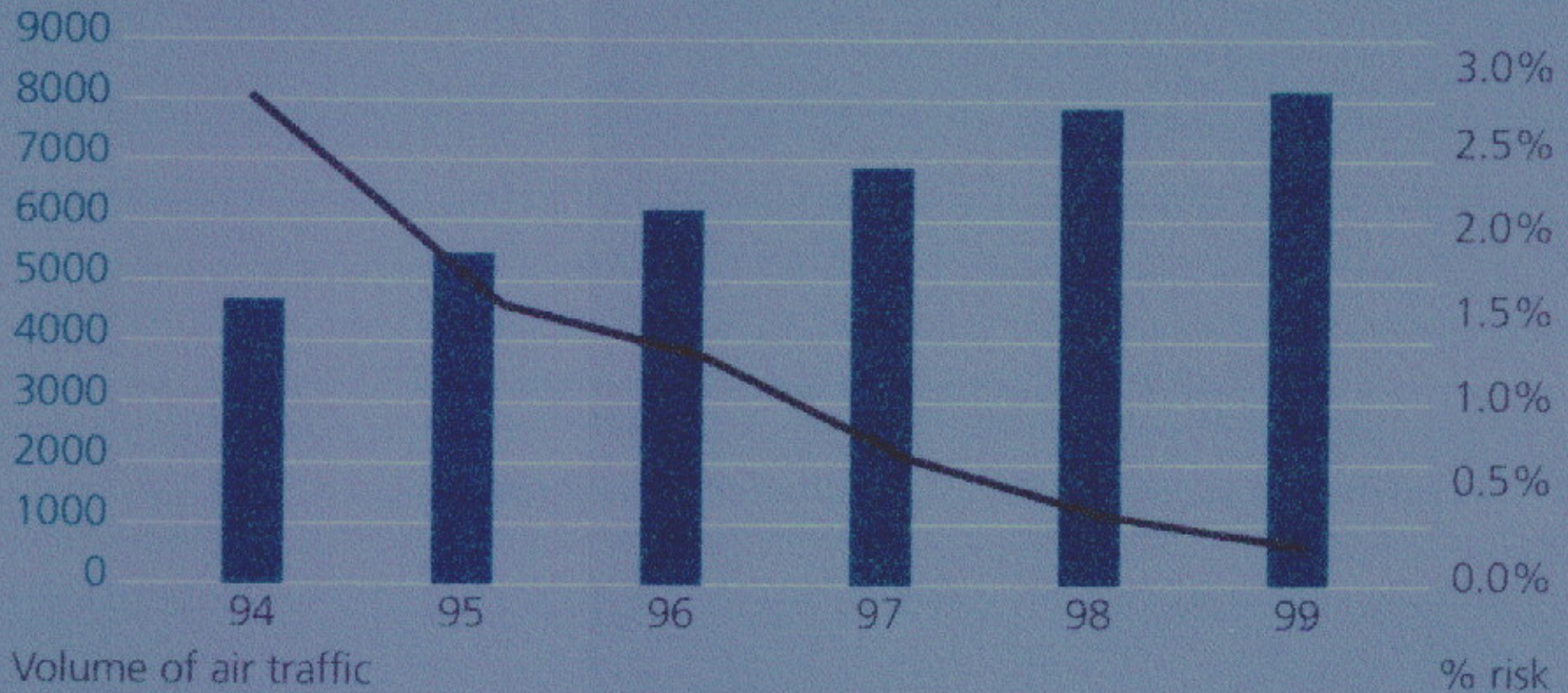
- Los pilotos se someten a controles psicofísicos semestrales
- Deben actualizar regularmente sus conocimientos
- Uso de simuladores
- **Descanso obligatorio**
- El piloto está sumamente entrenado
- El copiloto tienen alto nivel de preparación

# Reporte de errores

# Air safety reports

Volume and risk

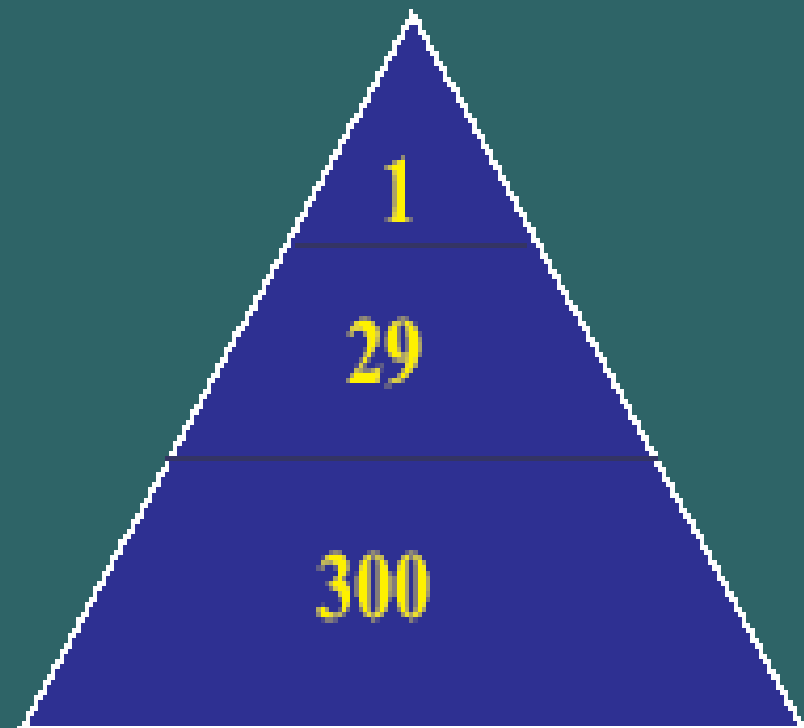
British Airways data 1994 - 1999



Key ■ Total number of reports ■ High and medium risk events (as a percentage of the total number of events)

# Heinreich's Ratio

- 1 Major injury
- 29 Minor injuries
- 300 No-injury accidents



Heinreich HW Industrial Accident Prevention, London 1941

Reporting Systems in Non Medical  
Settings: Lessons for Health Care

La Seguridad Del  
Paciente A Debate  
Feb 15.2005

Paul Barach, MD, MPH  
Miami Center for Patient Safety  
University of Miami

# Medical error



**NHS**



**Prof. Parveen Kumar**

**Preparó una concentración 10 veces mayor de un droga citotóxica**



National Patient Safety Agency

## Forms of NPSA advice

- A patient safety alert **requires** prompt action to address high risk safety problems
- A safer practice notice **strongly advises** implementing particular recommendations or solutions
- Patient safety information **suggests** issues or effective techniques that healthcare staff might consider to enhance safety



- Se estima que entre 50% y 96% de errores no son comunicados cada año

- Es aun mayor el número de casi errores y errores sin daño que no se reportan

# Dificultades para alertar errores y casi errores

- Cultura instituida.
- Negar la existencia de errores
- Temor a represalias
- Sensación de que no serán atendidos

Ausencia de autopsias

# Recomendación 4

## Rediseñar su objetivo de recolectar información

*A pesar del gran número de incidentes recolectados por la NPSA hay poca evidencia que de esto haya resultado en aprendizaje eficaz para las organizaciones sanitarias del NHS*

### Recommendation 3

The National Patient Safety Forum should oversee the design and implementation of a national patient safety campaign-focused initiative. The objective of this initiative should be to engage, inform and motivate clinical staff and healthcare providers to address the challenge of providing safer healthcare.

#### → Rationale

A high-profile initiative should be designed and implemented to ensure that clinical and non-clinical staff responsible for patient care understand that patient safety must become their first priority. The programme is likely to be campaign-focused and should be in keeping with the approach already successfully used by organisations such as the Health Foundation and the Institute for Healthcare Improvement. The programme should be specifically designed to engage and inform frontline staff and should enable staff to take ownership and harness the opportunity to influence the national patient safety agenda.

The engagement initiative should provide an opportunity for NHS organisations and their most senior staff to demonstrate a commitment to patient safety. This could be done by allowing organisations to pledge their commitment in a publicly accountable way, undertake a number of important actions that would demonstrate top management attention, and measure and publish their results.

### Recommendation 4

The role of the National Patient Safety Agency (NPSA) should be refocused on its core objective of collecting and analysing patient safety data to inform rapid patient safety learning, priority setting and coordinated activity across the NHS. A number of current functions, for example the development of technical solutions to improve patient safety, presently delivered by the organisation should in future be commissioned from other expert organisations with the requisite expertise.

#### → Rationale

The objectives, functions and accountabilities of the NPSA need to be recast as part of a renewed national strategy for patient safety. This is particularly marked in relation to reporting and learning. Despite the high volume of incident reports collected by the NPSA to date, there is little evidence that these have resulted in actionable learning for local NHS organisations.

The NPSA is not yet delivering high-quality, routinely available information on patterns, trends and underlying causes of harm to patients. The process of gathering, analysing and learning from data on adverse events and near misses needs



# Cultura Justa

*Accountability (responsabilidad individual)*

**La culpa y el castigo no son  
eficaces para eliminar el error**

**Cada error es una oportunidad  
de aprender**

30 por ciento de las demandas se  
deben a causas sistémicas

CULTURA DE SEGURIDAD

JUST CULTURE



David Marx, JD

# Cultura Justa

ERROR HUMANO-

CONDUCTAS  
DE RIESGO

NEGLIGENCIA

Errar es humano,

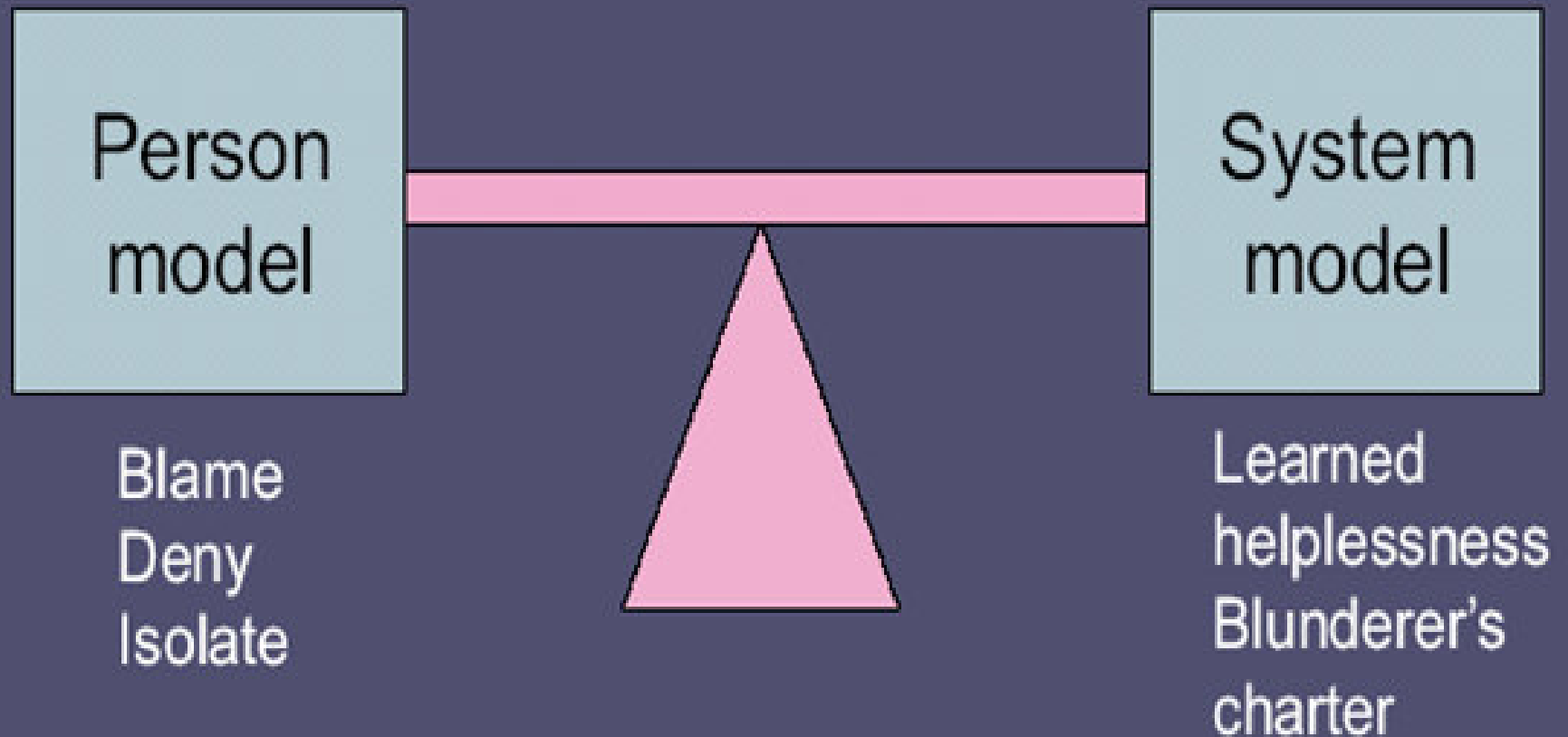
**perdonar está en contra de la política de la empresa**

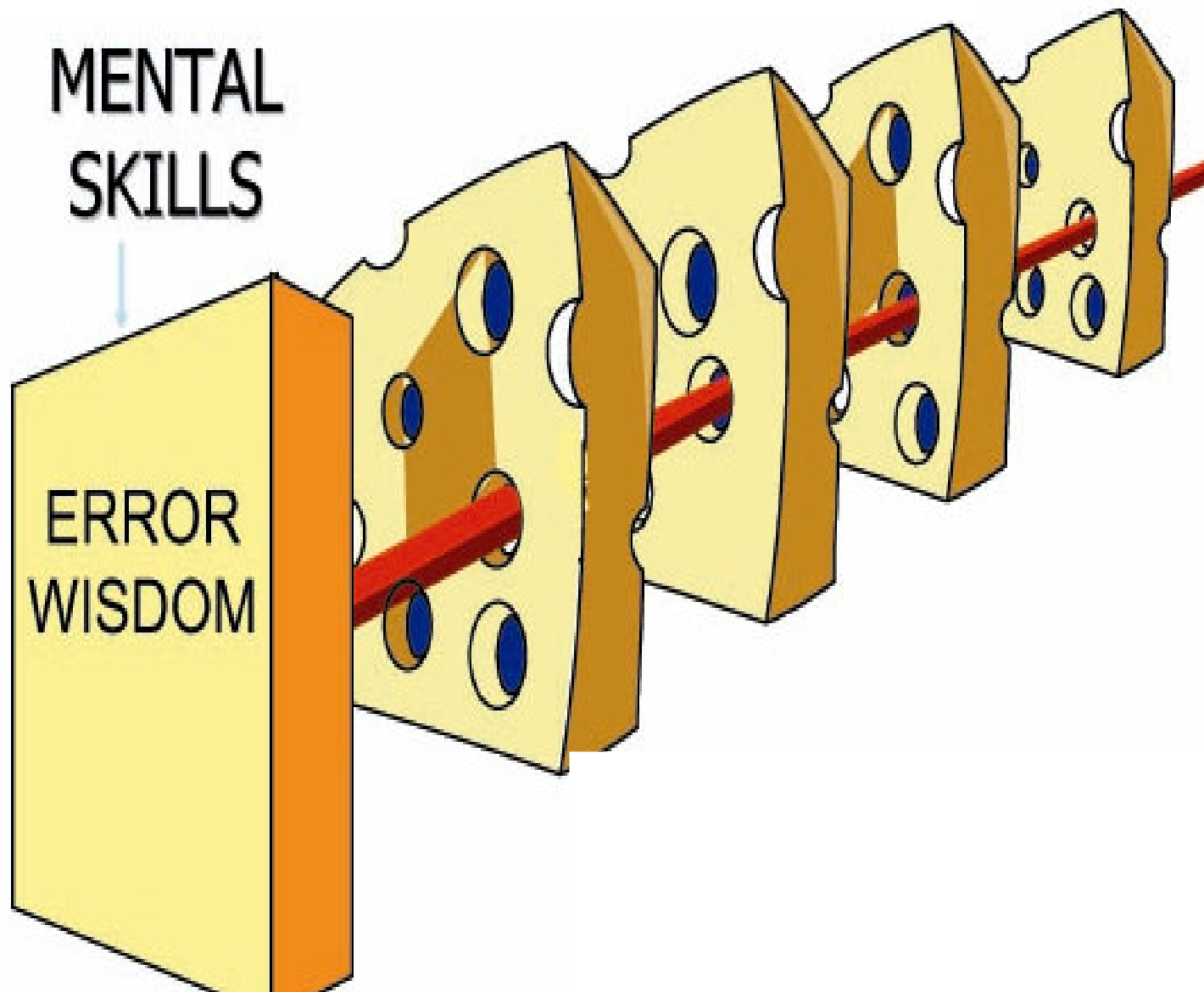
The Royal College of Surgeons in Ireland &  
The Irish Society for Quality & Safety in Healthcare  
Dublin 23 June 2004

## **A Systemic Approach to Safety: Is it Enough?**

James Reason  
Professor Emeritus  
University of Manchester

# *Getting the balance right*



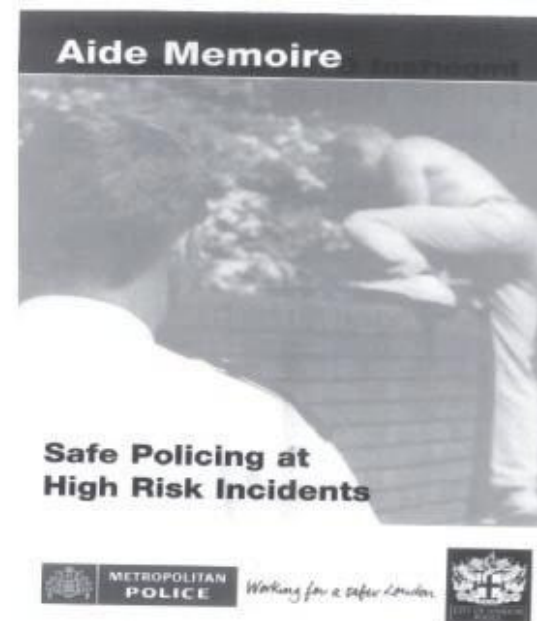
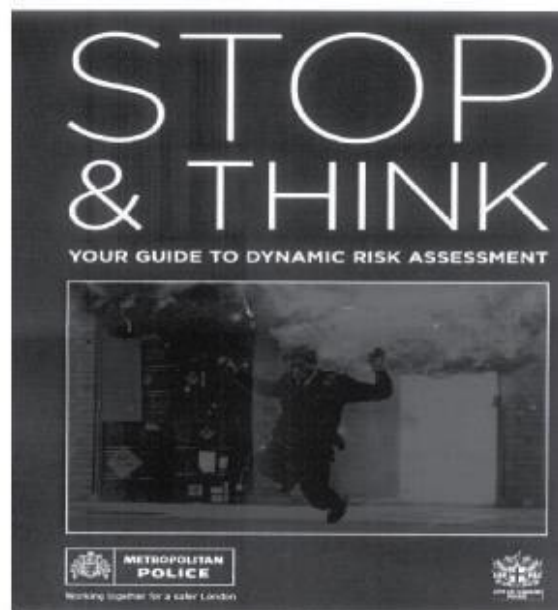


# PREVENGA EL ACCIDENTE

*Harm absorbers*

- **Deténgase,**
- **Vaya un paso atrás**
- **Piense que puede ir mal**

## London's Metropolitan Police Officer Training



# **DONDE SE ESTA LLEVANDO A CABO**

**Servicio de ambulancias de Londres**

**Instituto de mejora de la salud HIH**

**Reflexión en acción para nurses**

# Breakthrough campaigns

# Wide systems campaigns

*Campañas destinadas a implantar medidas eficaces*

*Prácticas seguras (medicina basada en la evidencia )*



World Health  
Organization

Directivas para la salud mundial

# 100k *lives* Campaign

SOME IS NOT A NUMBER. SOON IS NOT A TIME.

PROTECTING

# 5 Million

# *lives*

FROM HARM

IHL.org

1. Equ
2. Tra
3. info
3. Prey
4. me
4. Prevención de infecciones quirúrgicas
5. Prevención de neumonías asociadas al uso de ventiladores
6. Prevención de infecciones en las vías venosas centrales

# World Alliance for Patient Safety

Alliance mondiale pour la sécurité des patients

## GLOBAL PATIENT SAFETY CHALLENGE 2005-2006

### DÉFI MONDIAL POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS 2005-2006

Clean Care is Safer Care  
tackles health care-associated  
infection by promoting:

- Clean hands
- Clean environment
- Clean equipment
- Clean practices
- Clean products

« Un soin propre est un soin plus sûr » pour limiter les infections associées aux soins de santé :

- Hygiène des mains
- Hygiène du milieu
- Sécurité du matériel
- Sécurité des pratiques
- Sécurité des produits

## CLEAN CARE IS SAFER CARE

« UN SOIN PROPRE EST UN SOIN PLUS SÛR »



# Identificación del paciente

Procedimientos no invasivos AEM

Procedimientos invasivos

*Cateterización cardíaca*

Cifras subregistradas

Orquiectomía bilateral

Cirugía cardíaca

Cirugía pulmonar

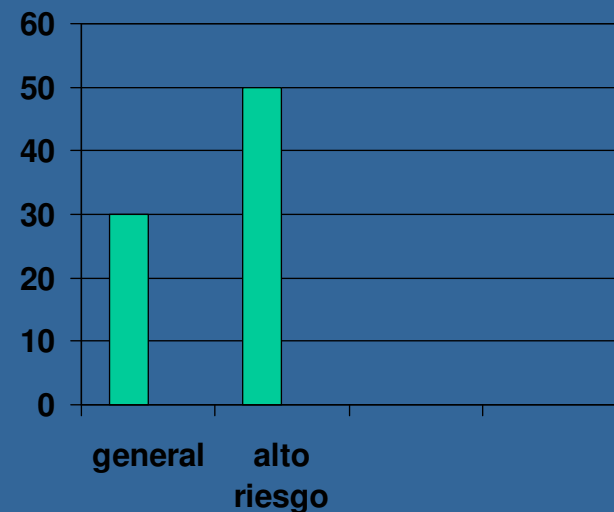
Neurocirugía

13 % de los casos de  
cirugía equivocada

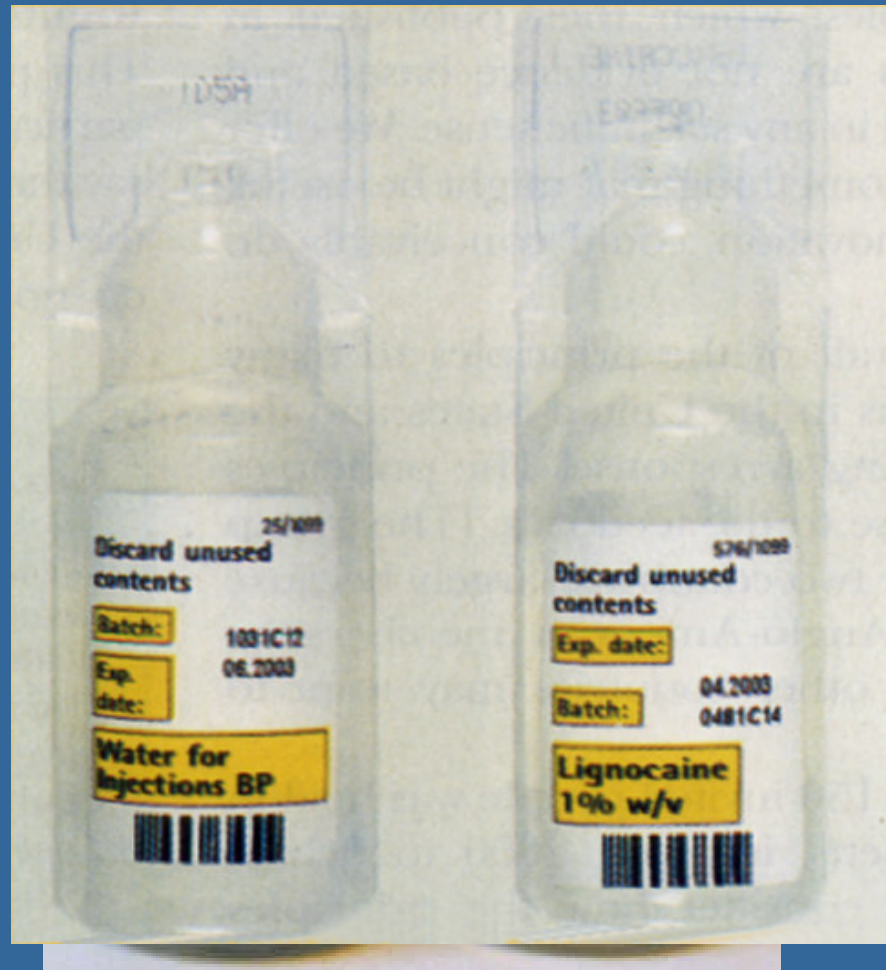
De acuerdo a compañías aseguradoras (EEUU) las demandas obedecen en una tercera parte a fallas en la comunicación institucional

En las especialidades de alto riesgo (obstetricia, cateterismos cardiaco corresponden a la mitad

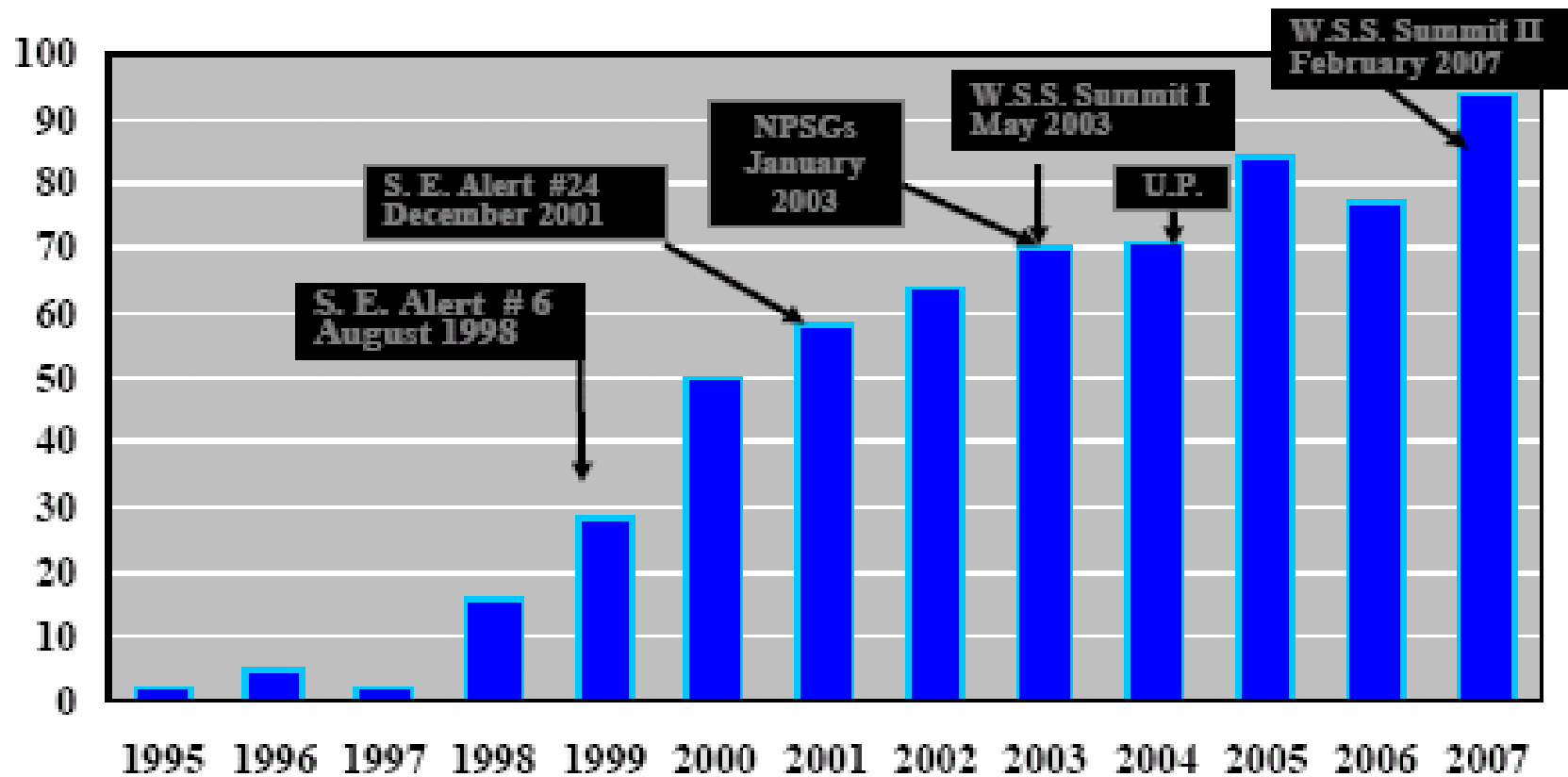
- Ordenes verbales
- Abreviaturas
- \*Indicaciones ambiguas
- Letra ilegible



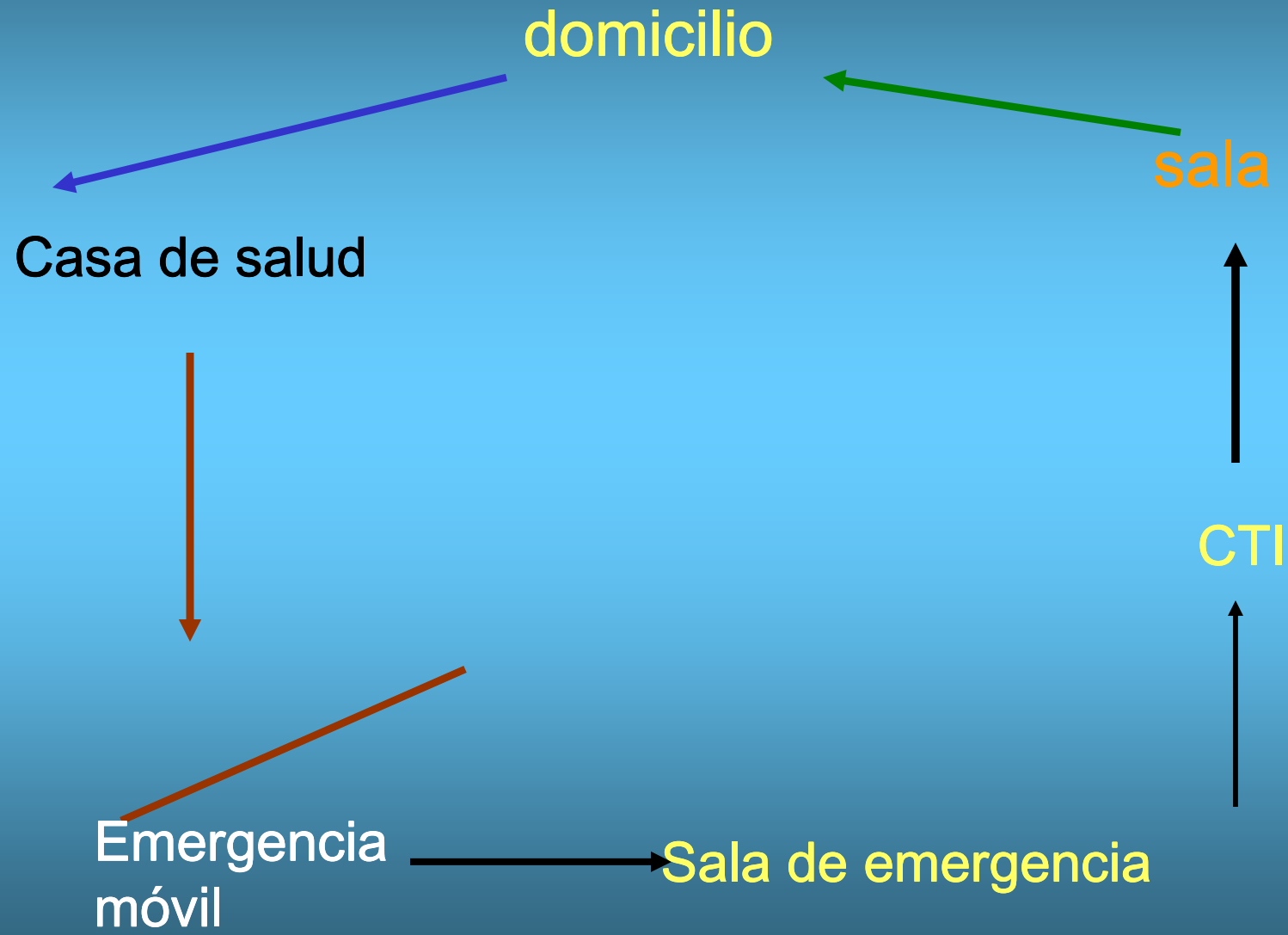
# Medicaciones de aspecto similar (*Sound alike, look alike*)



# Wrong-site Surgeries Reviewed by Year



# Reconciliación Medicamentosa



## •Control de soluciones electrolíticas



Cloruro de potasio

Soluciones hipertónicas

**Administración Epidural Inadvertida de Cloruro de Potasio.**

**Reporte de un Caso**

# Uso por única vez de materiales de inyección

"Hepatitis C outbreak springs from Endoscopy Center of Nevada; 40,000 at risk" by... Página 1 de 9

---

**LAS VEGAS SUN**

---

## Daily Fix

CONTINUOUS NEWS UPDATES

[Subscribe to RSS Feed](#) 

**Hepatitis C outbreak springs from Endoscopy Center of Nevada;  
40,000 at risk**

By [Sun Staff](#) · February 27, 2008 · 2:41 PM



[Photo by Steve M...](#)

- **Mejorar la comunicación en los pases de guardia**



- **Evitar problemas con conexiones a sondas y catéteres**



**Via enteral**

**Via parenteral**

**Catéteres vesicales**

**Catéteres peritoneales**

**Oxígeno**

**La medicina era sencilla, inefectiva y relativamente segura**

**Ahora es compleja ,efectiva y potencialmente peligrosa**



**Sir Cyril Chantler**





**La medicina era sencilla, inefectiva y relativamente segura**

**Mortalidad materna...**

**Mortalidad infantil...**

**Promedio de vida....**

***Antibióticos, anestesia cirugía...***



**Virchow**  
**1858**



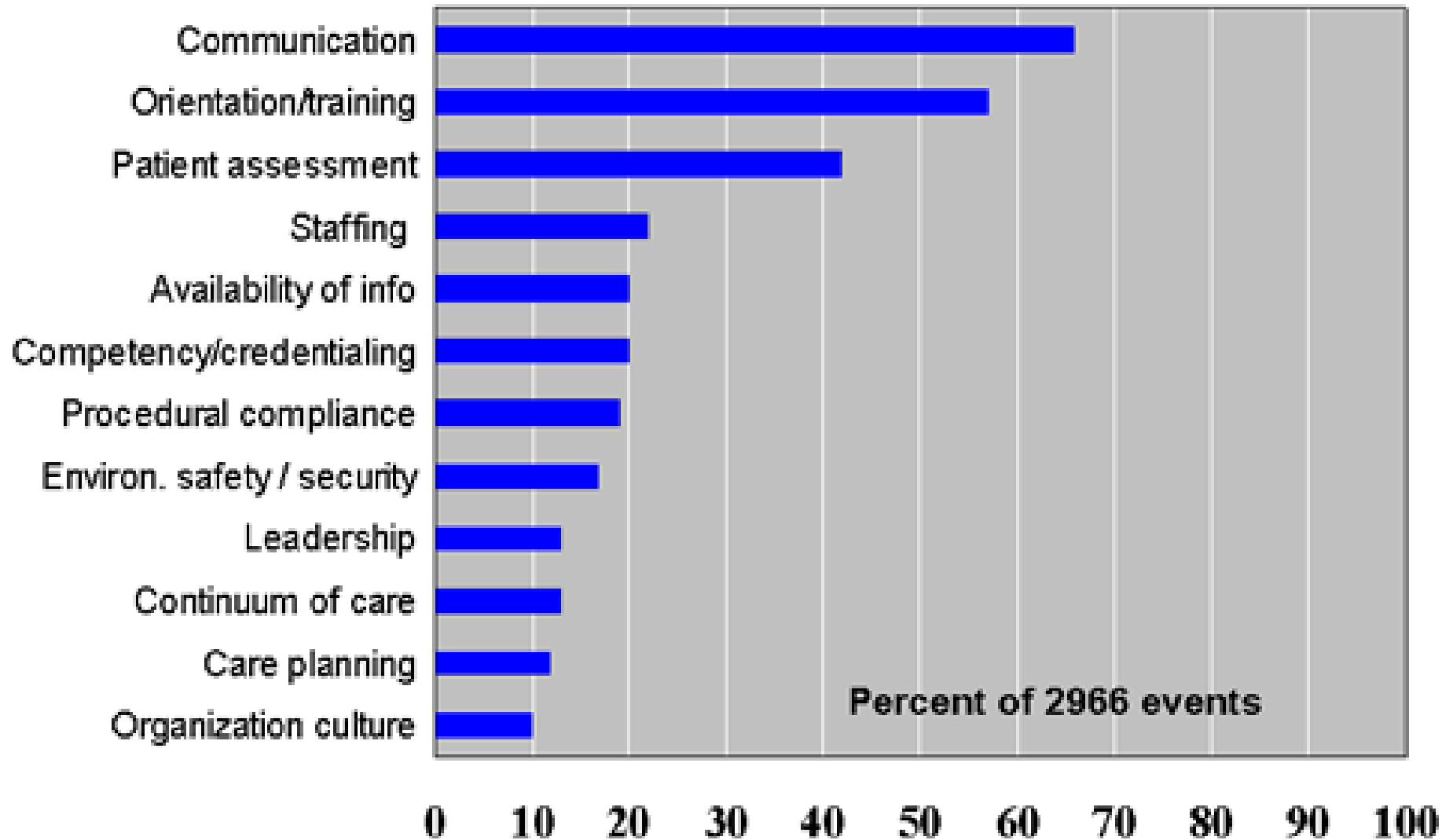
**Pasteur**  
**1885**

Atención a las pequeñas cosas

No dar nada por sobreentendido

# Root Causes of Sentinel Events

(All categories; 1995-2004)





Willie King amputación del miembro equivocado



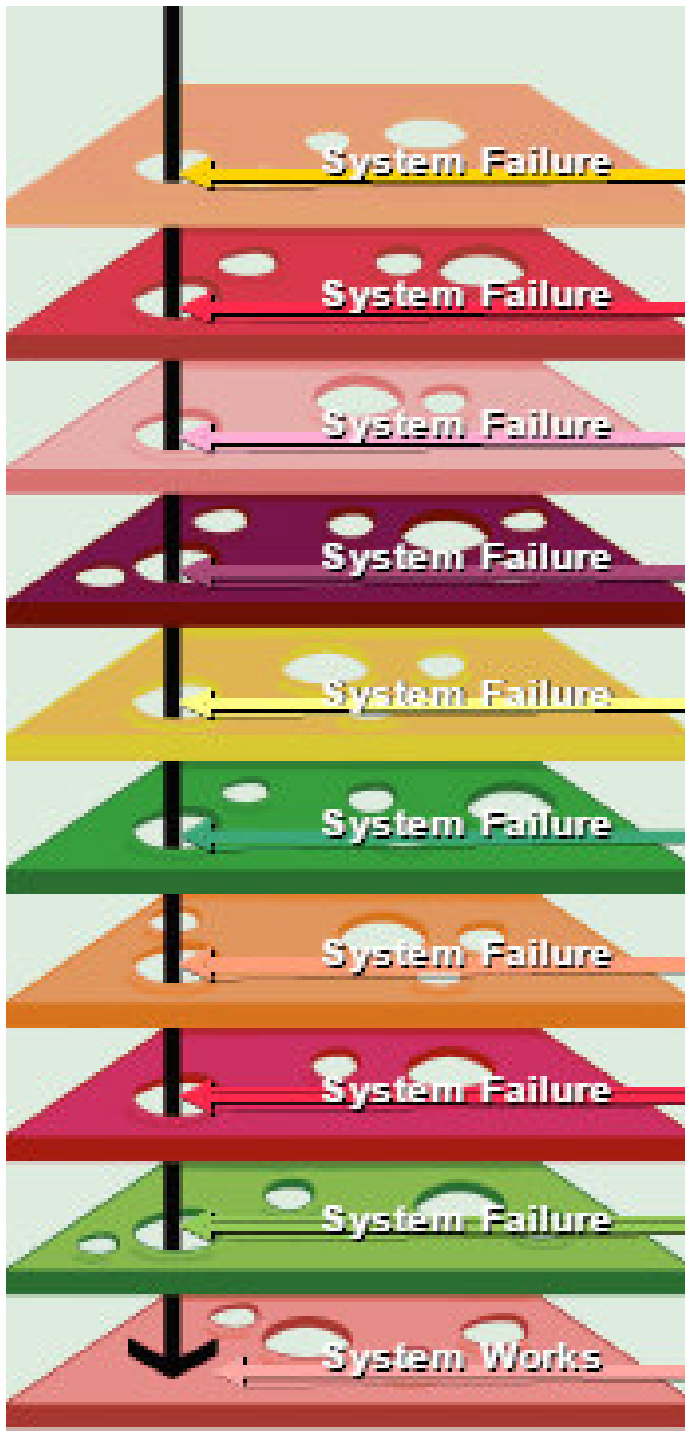
Cirugía en el lado  
equivocado del  
cerebro



**Jessica Santillán**

**Transplante corazón pulmón**

**Grupo sanguíneo equivocado**



Centro donante

Red nacional

Cirujano

**Coordinador del hospital**

Extractor

Coordinador de pediatria

Equipo quirúrgico



BEN KOLB 7 años 1995

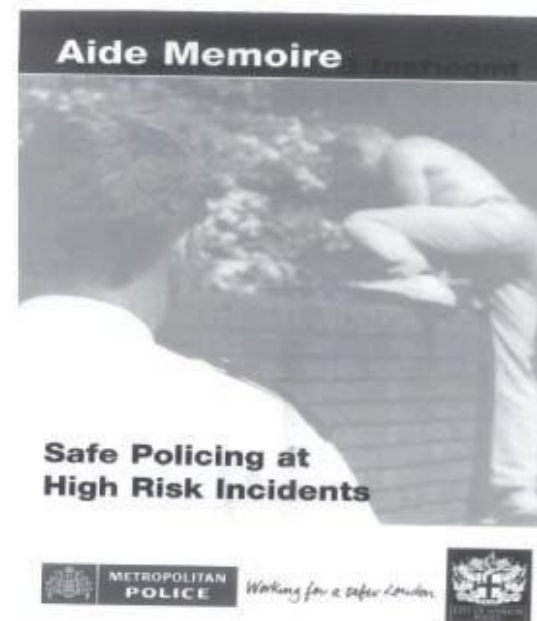
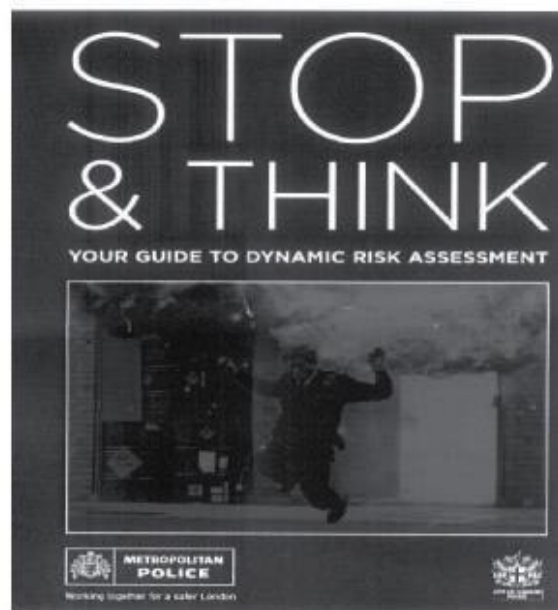
Ingreso al Martin Memorial  
Hospital en Florida para  
cirugía menor de oído

Hizo un paro cardíaco irreversible al serle inyectada una  
solución altamente concentrada de epinefrina.



Ambas drogas fueron colocadas en recipientes estériles en la mesa de donde se llenaron las jeringas.

## London's Metropolitan Police Officer Training

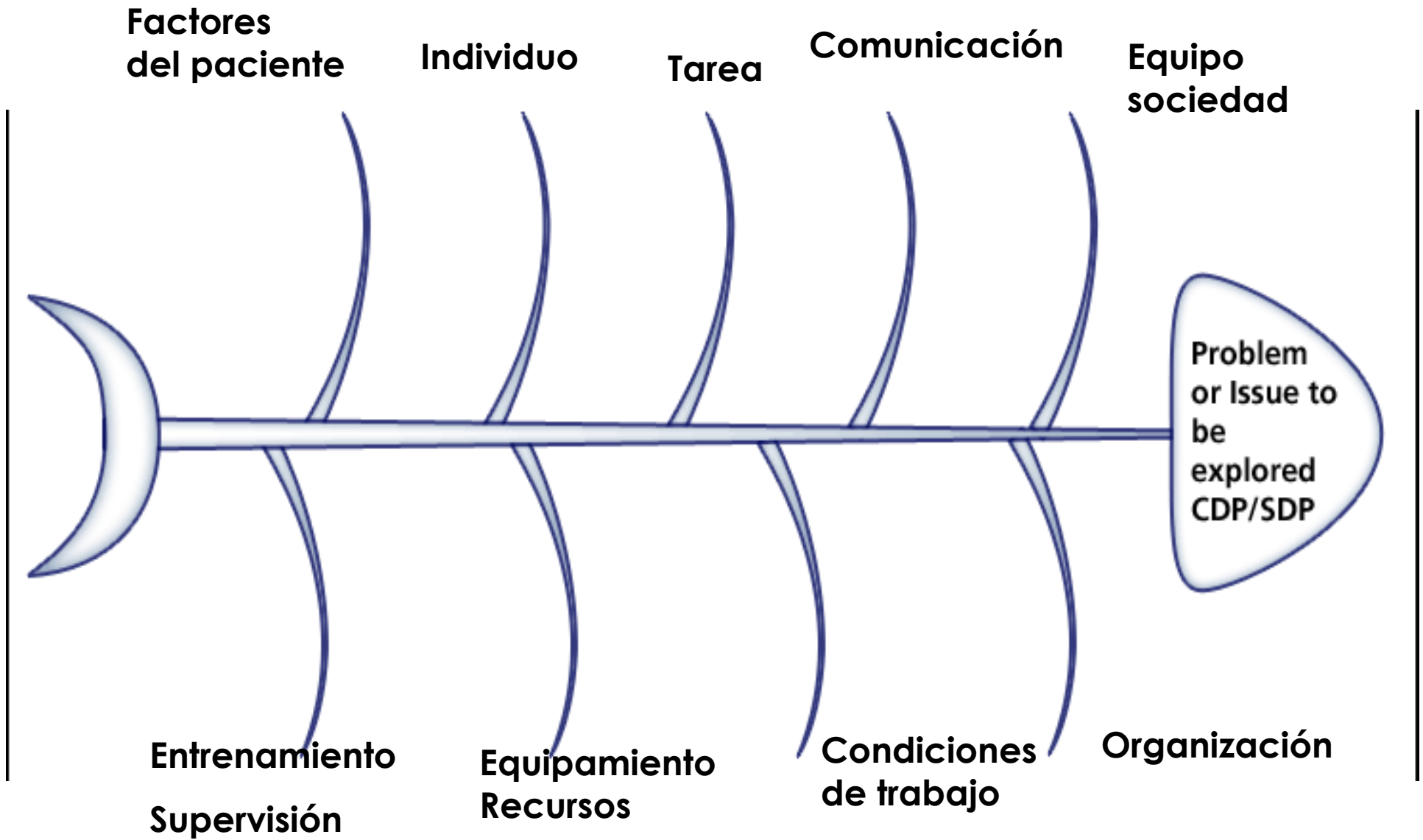




Lavarse las manos antes de comer  
Mirar bien la calle antes de cruzar

No es la respuesta la que enseña sino  
la pregunta

*Eugene Ionesco*



Libby Z.

Paciente de 18 años, sexo femenino, descrita por sus conocidos como *“una joven solitaria y confundida que faltaba frecuentemente a clases y tenía problemas de relación con sus compañeros ”*

Consumía marihuana y cocaína

Consultó en el mes previo a su ingreso mas de siete especialistas ginecólogo , pediatra, siquiatra, dentistas, médicos generales

Coleccionaba recetas Tagamet, Motrin, Valium, Dalmane , antibióticos, antiinflamatorios , antihistaminicos, antiespasmódicos

La fragmentación de las consultas impedía que el médico estuviese al tanto de lo que estaba tomando

En el mes de enero el psiquiatra el receta Nardil inhibidor de la monoaminoxidasa, droga que tiene severas contraindicaciones y que no puede ser administrada con otros medicamentos, e incluso alimentos

**Antecedentes familiares** pertenece a la clase media alta, padres profesionales que pasan mucho tiempo en sus actividades personales y con intensa actividad social.

### **Enfermedad actual**

Los días dos y tres de marzo comienza con fiebre, malestar que su familia interpreta como un resfriado común.

El tres de marzo a la hora 22 su hermano menor se alarma pues presenta movimientos anormales en los miembros y “ da vuelta los ojos ” Llama a los padres . que no están en su domicilio

Es llevada al hospital cerca de la medianoche Allí es vista por el medico de guardia, un residente de segunda rotación quien comprueba estado febril, ( $40^{\circ}$ ) excitación sicomotora, movimientos que interpreta como chuchos e hipotensión ortostática Es interpretado como cuadro viral con elementos de histeria e ingresada con indicación de hidratación parenteral y demerol

El residente consulta telefónicamente al médico consultante (que no está en el hospital) quien manifiesta estar de acuerdo con el tratamiento.

El residente grado dos se retira a descansar y la atención del hospital recae sobre la residente de primer año quien debe solucionar las consultas de piso.

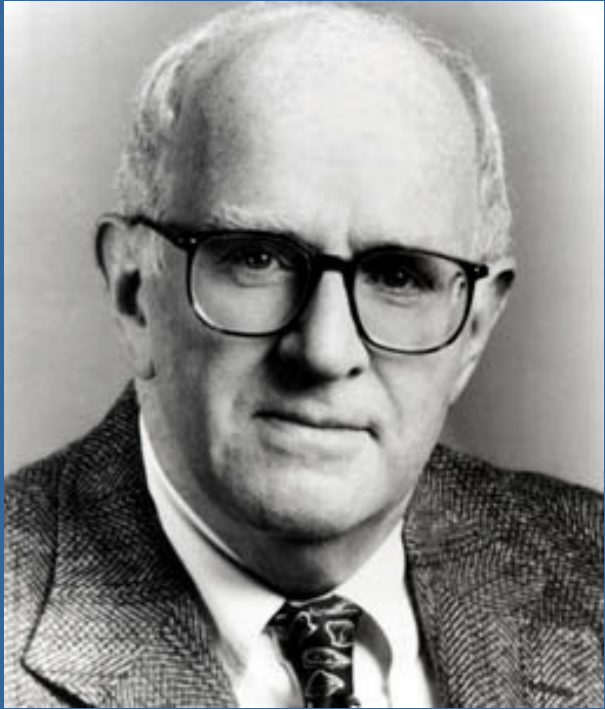
- **45 minutos** después de recibir Demerol la nurse comunica a Dra que la paciente esta muy agitada
- La Dra esta ocupada con otros pacientes indica por teléfono colocar sujetadores

### **4.30**

- Se inmoviliza tronco, ambos MMII y MMSS pero persiste la agitación
- La Dra que sigue ocupada indica telefónicamente Haloperidol.

### **7 35**

**L. fallece**



Batalla legal de 11 años

Sydney Zion

A propósito del caso se reguló el horario de trabajo de los Residentes en Nueva York a 80 horas semanales en 1984

## Percentage of trainees reporting routine use of safe prescribing practices

Checked prescription information

**89%**

Checked for drug allergies

**75%**

Double-checked dosage calculations

**59%**

Checked for renal impairment

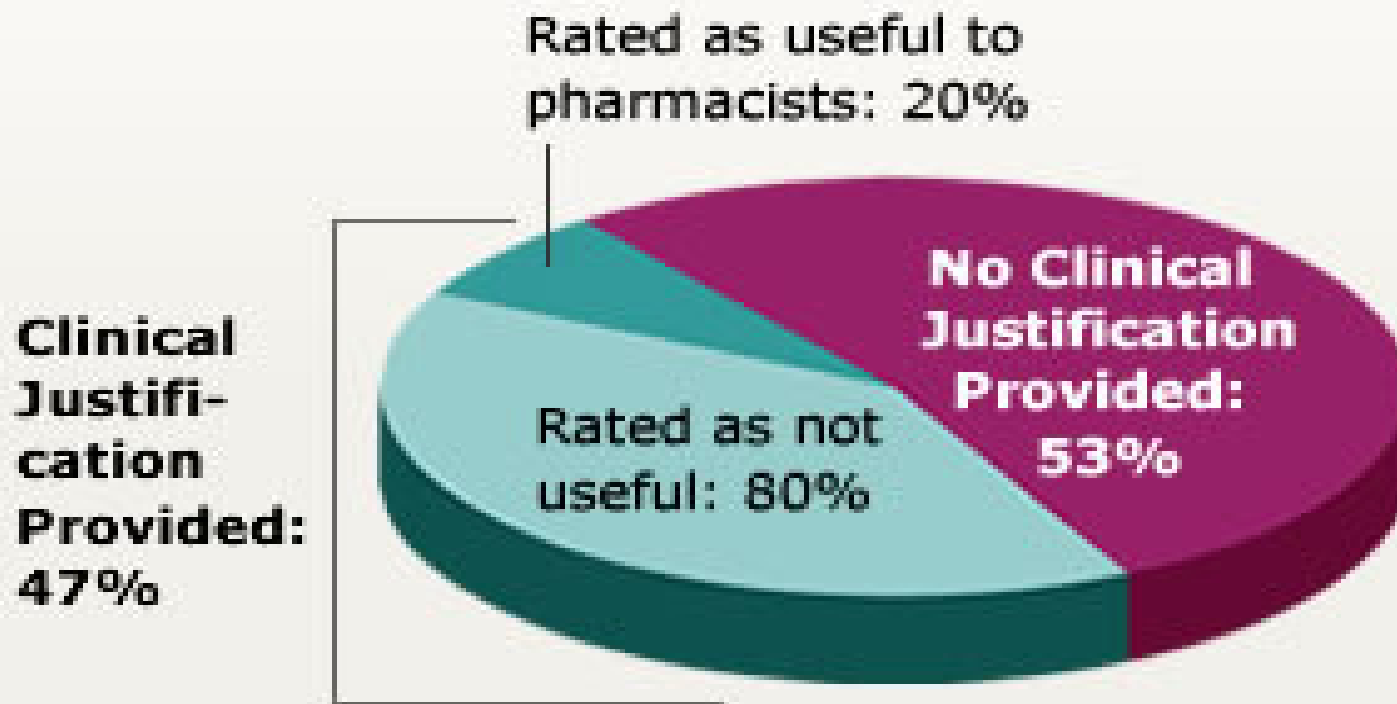
**56%**

Checked for potential drug-drug interactions

**30%**

**Prescribers override more than half of CPOE-generated alerts of "critical" drug-drug interactions without providing a clinical justification**

---



## ***Cuando repetir una receta puede causar un grave evento adverso***

Paciente de 36 años, portadora de artritis reumatoidea, que después de varios tratamientos inefectivos ha evolucionado mejor con la administración de metotrexato.

Se controla regularmente con el reumatólogo quien solicita exámenes de valoración y repite la medicación. No ha tenido que ajustar las dosis desde el inicio del tratamiento.

En los días previos a un feriado su reumatólogo está de licencia por lo que concurre a un médico general quien la atiende un viernes a última hora de la tarde sin tener acceso a la historia clínica.

Se trata de un médico joven, quien piensa que los errores le suceden solamente a los malos técnicos. Repite la receta del metotrexato que se le solicita.

MN, que es una persona de baja talla y bajo peso, presenta además un cuadro respiratorio al que no le da mayor importancia.

Pocos días después sufre un cuadro de insuficiencia respiratoria y es internada en CTI en estado grave.

Su recuento de glóbulos blancos ha caído a cifras de 2.000.

<b>PACIENTE</b>	<b>COMPONENTES</b>
<b>Factores sociales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>*Lenguaje Cultura</li><li>* Religión</li><li>*Adicciones</li></ul>
<b>Factores físicos</b> <b>Condición clínica</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>*Estado nutricional,</li><li>*Co morbilidades</li></ul>
<b>Factores</b> <b>Sicológicos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>*Motivación</li><li>*Stress</li><li>*Personalidad</li><li>*Resistencia y adhesión al tratamiento</li></ul>
<b>Relaciones</b> <b>interpersonales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>*Con el personal, con otros pacientes</li><li>*Con familiares</li></ul>

<b>FACTORES INDIVIDUALES</b>	<b>COMPONENTES</b>
<b>F</b> actores físicos	*Estado general *Discapacidades (vista, oído, dislexia) <b>*Fatiga</b>
Factores psicológicos	*Factores cognitivos (distracción, déficit de atención ) *Enfermedad mental específica (depresión ) *Compromiso mental por stress, drogas, alcohol, dolor) *Motivación
Problemas de personalidad	*Confianza (sobre o sub ) *Riesgo *Problemas personales, domésticos,etc

<b>EDUCACIÓN.</b>	<b>COMPONENTES</b>
<b>Competencia</b>	<b>Conocimiento</b> <b>Destreza-Familiaridad con la tarea</b> <b>Experiencia (tiempo y calidad )</b> <b>Evaluación</b>
<b>Supervisión</b>	<b>Calidad de la supervisión</b> <b>Existencia y calidad de mentores</b>
<b>Disponibilidad</b>	<b>Entrenamiento en las tareas</b> <b>Entrenamiento en emergencia</b> <b>Entrenamiento del equipo</b> <b>Cursos de actualización</b>
<b>Educación permanente</b>	<b>Contenido</b> <b>Publico objetivo</b> <b>Calendario</b>

<b>EQUIPO</b>	<b>COMPONENTES</b>
<b>Congruencia</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>*Están los roles claramente definidos</li><li>*Están correctamente comprendidos por todos los integrantes</li></ul>
<b>Liderazgo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>*El líder es respetado</li><li>*Las responsabilidades el líder están claramente definidas y comprendidas</li><li>*Hay efectivo liderazgo clínico y administrativo</li></ul>
<b>Factores Culturales y de apoyo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>*Hay redes de apoyo al personal</li><li>*Reacción del equipo a los incidentes de seguridad y al conflicto .</li><li>*Reacción del equipo a los recién llegados</li></ul>

<b>TAREAS</b>	<b>COMPONENTES</b>
<b>Protocolos Guías</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>*Disponibles</li><li>*Accesibles</li><li>*Comprensibles</li><li>*Utilizables</li><li>*Relevantes, claras, simples, realistas</li><li>*Dirigidas a quien corresponde</li></ul>
<b>Consulta</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>*Disponibilidad de consultante o especialista</li><li>*Información completa en la historia clínica</li><li>*Acceso a esquemas de flujo</li></ul>
<b>Diseño de la tarea</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>*Avalada por el personal</li><li>*Instrucciones que permitan llevar a cabo la tarea paso a paso</li></ul>

<b>CONDICIONES LABORALES</b>	<b>COMPONENTES</b>
<b>Factores administrativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Archivo de historias clínicas</li> <li>*Sistema de dispensar medicamentos</li> <li>*Confiability del soporte administrativo</li> </ul>
<b>Diseño físico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Diseño del área,ubicación de farmacia,elementos de seguridad</li> <li>*Diseño de la oficina</li> </ul>
<b>Mantenimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Limpieza,temperatura,iluminación, ruido</li> </ul>
<b>Personal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Relación paciente/personal</li> <li>*Personal temporario</li> <li>*Carga laboral,recambios</li> </ul>
<b>Carga Horaria Tiempo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Tareas extra retrasos producidos por falla del sistema o del diseño</li> <li>*Presión por el tiempo</li> </ul>

<b>COMUNICACIÓN</b>	<b>COMPONENTES</b>
<b>Verbal</b>	<b>Ambigua o clara</b> <b>Tono de voz y estilo apropiado a la situación</b> <b>Uso correcto del lenguaje</b> <b>A la persona adecuada</b> <b>Canales de comunicación reconocidos</b>
<b>Escrita</b>	<b>Fáciles de leer</b> <b>Información relevante colocada de manera ordenada y accesible</b> <b>Información actual y completa</b> <b>Distribución de memos a todo el personal</b> <b>Dirigida a la persona adecuada</b>
<b>No verbal</b>	<b>Lenguaje corporal-</b>