

Curso virtual de introducción a la Investigación en Seguridad del Paciente

Preguntas - Respuestas

Sesión 1: ¿Que es la Seguridad del Paciente?

Dr Carlos Aibar Remón, España

Sesión 2: Principios de la investigación en seguridad del paciente: visión general

Dr Jesús Aranaz Andrés, España

Sesión 3: Cómo medir los riesgos asociados a los cuidados

Dr Jesús Aranaz Andrés, España

Sesión 4: Comprender las causas

Dr Ezequiel Garcia Elorrio, Argentina

Sesión 5: Identificando soluciones e implementándolas

Dr Astolfo Franco, Colombia

Sesión 6: Evaluando el impacto después de la implementación

Dr Astolfo Franco, Colombia

Sesión 7: Usando la evidencia para una atención más segura

Dr Ezequiel Garcia Elorrio, Argentina

Sesión 8: Síntesis de los conocimientos adquiridos e inmersión en el mundo de la investigación en seguridad del paciente

Dr Carlos Aibar Remón, España

Preguntas más relevantes - Carlos Aibar Remón

1. ¿Es lo mismo error que evento adverso?

No. Un error consiste en el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto (acción u omisión).

Los errores los cometemos las personas y como consecuencia de los mismos, pueden acontecer o no acontecer daños relacionados con los mismos.

En todo caso, un error que no haya tenido consecuencias para los pacientes podría considerarse como un incidente sin daño o un cuasi incidente.

2. ¿Cuál es el tipo de estudio más recomendado para analizar eventos adversos en vacunación en niños?

La vacunación es una intervención preventiva y como tal para valorar su eficacia y seguridad, el tipo de estudio adecuado son los ensayos clínicos y los comunitarios.

Complementariamente, ya que algunos eventos adversos pueden ser infrecuentes y tardar años en manifestarse, son necesarios estudios post autorización y de farmacovigilancia.

3. ¿En qué consiste el “Hindsight bias” (sesgo de análisis retrospectivo)?

Es un sesgo bastante común que ocurre cuando tras ocurrir un accidente de cualquier tipo, se analizan superficialmente las causas que han podido favorecer su aparición.

De este modo es aparentemente fácil identificar los factores contribuyentes, generalmente errores humanos, y valorarlos como fácilmente evitables e inexcusablemente no previstos.

4. ¿Cree usted que la formación de los profesionales de la salud es básico para tratar de disminuir los eventos adversos?

Sin duda. Tanto la formación universitaria como la continuada y el entrenamiento a lo largo de la vida profesional son uno de los ejes de la seguridad del paciente y de una práctica clínica segura.

En cualquier caso debe destacarse que facilitar información no equivale necesariamente a formación. Esta consiste en la adquisición no sólo de conocimientos, sino también de actitudes y habilidades o prácticas.

Así mismo debe llamarse la atención sobre el papel que juega la supervisión y el acompañamiento en la realización de procedimientos complejos en las fases iniciales de la práctica clínica y asistencial. Esta es esencial para conseguir que el aprendizaje se verifique de una manera adecuada y para generar un modo de hacer y pensar en relación con la seguridad del paciente. En definitiva de mejorar la cultura de la seguridad.

5. ¿Cómo se puede mejorar dicha cultura y evitar la cultura de la culpabilidad

La cultura de la seguridad integra varios elementos tales como información, confianza, aprendizaje, organización flexible y trabajo en equipo. Lograr que estos elementos actúen de forma sinérgica requiere:

- Tener conciencia: saber que está pasando a través de sistemas de notificación, indicadores de seguridad, rondas de seguridad y otras fuentes de datos.
- Mejorar la comunicación entre profesionales, servicios y turnos de trabajo. Debemos hablar y escribir más, con precisión, de forma estructurada y considerando la información que es útil y necesaria para mejorar la seguridad del paciente.
- Analizar retrospectivamente los incidentes y eventos adversos, revisando sistemáticamente los factores contribuyentes.
- Supervisar y normalizar tareas y procedimientos.
- Inclusión de la seguridad en la agenda institucional de directivos y profesionales, incorporando la seguridad en la misión, visión y valores de los centros asistenciales.
- Asumir el principio de que pequeños pasos son necesarios para lograr grandes cambios. La mejora de la cultura de la seguridad se cambia poco a poco y a medio y largo plazo. La perseverancia es determinante en este sentido.

6. ¿Que se está realizando desde la formación universitaria para preparar a los futuros profesionales que se incorporarán a organizaciones de salud?

A mi juicio, sobre la formación en seguridad del paciente, quizá hablamos demasiado y no hacemos todo lo que deberíamos. Debemos de asumir que los planes de estudio de los nuevos profesionales de medicina, enfermería o farmacia están sobrecargados y es difícil introducir nuevas asignaturas y contenidos.

Sin embargo, el objetivo es lograr buenos resultados de aprendizaje en relación con la calidad y la seguridad de la atención que deberán prestar los futuros profesionales y tanto a nivel de los diferentes grados y licenciaturas como en másteres y otros estudios de postgrado y de formación especializada se están realizando experiencias relevantes que quizá haya llegado la hora de difundir y analizar.

En cualquier caso considero que es necesario dar un carácter transversal a los mismos en todas las asignaturas relacionados con la clínica, la asistencia y los cuidados, buscando resultados de aprendizaje en los siguientes dominios:

- Contribución a la cultura de la seguridad
- Trabajo en equipo para la seguridad del paciente
- Comunicación efectiva
- Gestión de riesgos
- Optimización de factores humanos y medioambientales
- Reconocer, responder y discutir los eventos adversos

Al respecto son recomendables los artículos siguientes:

- King J, Anderson CM. The Canadian Interprofessional Patient Safety Competencies. Their role in Health Care Professionals' Education. Journal of Patient Safety. 8(1):30-35, March 2012.
- Long S, Arora S, Moorthy K, Sevdalis N, Vincent C Qualities and attributes of a safe practitioner: identification of safety skills in healthcare BMJ Qual Saf 2011;20:483-490.

7. ¿Es posible vencer la resistencia al cambio de los profesionales e involucrarlos en actividades de mejora?

La conducta de las personas en el ámbito profesional y en el personal es el resultado de años de experiencia, cuestiones emocionales, formación y el entorno y es difícil de cambiar. En cualquier caso, difícil no es imposible y si bien no hay fórmulas que garanticen el éxito, sí que hay estrategias que pueden ser efectivas para facilitar los cambios de conducta.

Dichas estrategias pueden agruparse en dos categorías: las centradas en procesos internos a través de la formación, el aporte e información o la utilización de la persuasión y las fundamentadas en influencias externas por medio de cambios organizativos, medidas coercitivas, o la interacción social.

A pesar de sus limitaciones, todas tienen elementos positivos para ser utilizados con mesura, en función de cada realidad asistencial.

Aspectos clave para lograr los fines deseados son los siguientes:

- Evidencia suficiente de la adecuación de la intervención para lograr el cambio deseado.
- Conocimiento de actitudes y percepciones de los profesionales ante el cambio.
- Perseverancia.
- Énfasis en involucrar a los profesionales.
- Existencia de un plan de implementación.

8. ¿Existen estudios sobre seguridad del paciente en Odontología y Estomatología?

No es un área que conozca directamente, pero Incidentes y eventos adversos son problema común de todas especialidades médico-quirúrgicas y la Odonto-estomatología no es una excepción. Los relacionados con la medicación (anestésicos, antibióticos,...), infecciones, errores en la documentación clínica y procedimientos quirúrgicos están entre los más comunes. Existen estudios de diferentes ámbitos y características. Le sugiero la lectura de documentos como los siguientes:

- Perea B, Santiago A, García F, Labajo-González E, Villa-Vigil A. Patient safety in dentistry: Dental care risk management plan. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011 Sep 1;16 (6):e805-9.

- Ordell S. Organisation and management of public dentistry in Sweden. Past, present and future. Swed Dent J Suppl. 2011
- NHS. The national specifications for cleanliness in the NHS: Guidance on setting and measuring performance outcomes in primary care medical and dental premises Disponible en www.npsa.nhs.uk
- Leong P, Afrow J, Weber P, Howell H. Attitudes Toward Patient Safety Standards in U.S. Dental Schools: A Pilot Study. Journal of Dental Education. **2008**; 72(4) **431-437**

9. ¿Cómo investigar en seguridad paciente en red? Si hay líneas de investigación en este campo en la organización, o bien se potencian mediante redes/equipos también los profesionales pueden sentirse más apoyados y tutelados y contribuir con mayor efectividad en proyectos que puedan redundar en la aplicación en la práctica.

Las tecnologías de la información y la comunicación nos ofrecen oportunidades de colaboración eficiente y efectivas, impensables no hace demasiados años. Una excelente experiencia al respecto es la que conllevó el estudio IBEAS. Correo electrónico, sitios web y múltiples conferencias telefónicas permitieron el desarrollo de un estudio que involucró a 58 hospitales de cinco países y que contó con el compromiso y apoyo de los gobiernos de países participantes, el programa de Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Sanidad de España.

Un valor añadido de la investigación en red radica en las permanentes oportunidades que supone para el aprendizaje y el valor añadido para la capacitación de profesionales y de equipos asistenciales, que de otro modo no tendrían, probablemente, acceso al mismo.

10. Deseo saber si puedo multiplicar los conocimientos adquiridos en este curso, impartiendo charlas a mis compañeros de trabajo

La respuesta es afirmativa y estaríamos contentos y agradecidos por su utilización. Todos los materiales son de libre disposición y son fruto del trabajo que comenzaron los doctores David Bates y Albert Wu y que posteriormente han sido ampliados y adaptados al español y a otras lenguas. En cualquier caso, agradeceríamos se citara la fuente y se recomendara la consulta de los sitios web que se citan a lo largo de las sesiones del curso.

11. ¿Por qué considera necesario aplicar estrategias con evidencia reducida de su eficacia, para evitar daños relacionados con la atención sanitaria?

El riesgo clínico no es una variable dicotómica SI/NO, sino que se trata de una variable continua sobre la que influyen más factores que los procedimientos o prácticas clínicas en sí mismos, tales como los profesionales que los realizan, los pacientes y el entorno asistencial. El hecho de que, con frecuencia, no exista evidencia de calidad suficiente de

eficacia de una determinada práctica o procedimiento, tal como la que proporcionan revisiones sistemáticas o ensayos clínicos aleatorios, no significa necesariamente que su aplicación no deba realizarse siguiendo el llamado principio de precaución.

El principio de precaución es un enfoque preventivo que se aplica a la gestión del riesgo en aquellas situaciones en las que hay incertidumbre científica de los efectos que sobre la salud puede producir una actividad determinada y que obliga o hace recomendable tomar determinadas medidas preventivas.

12. ¿Cómo ve el futuro en la atención más segura?

Carezco de capacidades o artes adivinatorias pero, a pesar de la dificultad que conlleva cambiar hábitos y prácticas seguras, lo veo con optimismo fundamentado en tres razones:

- Disponemos de información suficiente sobre incidentes y eventos adversos así como de los factores que contribuyen a su aparición.
- De manera lenta, pero yo creo que inexorable, la cultura de la seguridad de los centros va cambiando y cada vez somos más proactivos.
- Disponemos de evidencias sobre eficacia y efectividad de procedimientos de prevención que además son sostenibles.

Las denominadas 4 “E”: *Engage* (Involucrar), *Educate* (Formar), *Execute* (Realizar) y *Evaluate* (Evaluar), así como rigor en la investigación sobre soluciones y perseverancia y sostenibilidad en la aplicación de las mismas son aspectos cruciales para el éxito.

Preguntas más relevantes - Ezequiel Garcia Elorrio

1. ¿Cuál es el papel de los sistemas de notificación y aprendizaje en el estudio de los eventos adversos y como se puede mejorar e incentivar?

Los sistemas de notificación constituyen una fuente de datos invaluable para poder identificar errores de diseño que favorezcan errores en la atención. No puede concluirse a partir de ellos que cual es la prevalencia de un evento a menos que la notificación sea reemplazado por un sistema de vigilancia prospectiva, que a diferencia de los métodos retrospectivos pueden generar información con menores sesgos.

Con respecto a los incentivos entiendo que el mayor de ellos es poder hacer una devolución de las notificaciones con el fin de poder mostrar a la persona que notifica que sus sugerencias fueron analizadas y eventualmente condujeron al rediseño del sistema.

2. ¿Qué debe hacerse cuando los errores se vuelven repetitivos y cursan con daño para el paciente?

Los errores repetidos son el reflejo de un proceso de atención que requiere una acción focalizada y rápida, más aún si conllevan daño al paciente. Para ello existen diversos métodos de mejora que pueden ser utilizados (URC, IHI entre otros) que logran cambios en forma acelerada ante situaciones de riesgo. Su corrección (siempre y cuando sea factible desde la disponibilidad de intervenciones) es un excelente motivador sobre que el cambio es posible.

Como sugerencia fundamental, entiendo que lo relacionado con el liderazgo institucional es el elemento fundamental para lograr que estos cambios sean efectivos. Por eso es vital su activo involucramiento.

3. ¿Por qué no cambiamos el término y hablamos de errores "sanitarios" no de errores médicos. Sobre todo de cara a la opinión pública?

Personalmente creo que la palabra error debería ser menos publicitada y hacer hincapié en el concepto seguridad del paciente, que todos ya conocemos. Eso da una visión más positiva a esta disciplina y disminuye las barreras para la adopción de estas estrategias. Con esta visión acordada es clave la educación de los medios para que ellos contribuyan con una visión positiva a la educación de la opinión pública sobre los errores y daño en la atención médica.

4. Cómo influye el estrés y la sobrecarga de trabajo.

No puedo aportar en este momento datos de una revisión bibliográfica pero conozco reportes de la influencia del número de personal en relación a la frecuencia de infecciones intrahospitalarias como ejemplo.

El concepto de “burn-out” es también conocido por su influencia en la seguridad de pacientes y del personal de salud. Son dos influencias obvias que sin duda influyen en la atención.

5. Me gustaría hacer una reflexión con respecto al trabajo en equipo: no nos olvidemos de incluir en el entrenamiento a los celadores... ¿o nadie ha visto en las emergencias quirúrgicas a los médicos empujando las camas?

No conozco con precisión a que se refiere con celadores, pero es fundamental la incorporación de TODOS los integrantes del equipo de salud a la discusión sobre su rediseño y mejora. Es probablemente una de las garantías sobre que será posible lograr un rediseño efectivo.

6. En mi país es muy frecuente que nuestros pacientes queden con muchas dudas. ¿Qué medidas pueden tomarse para mejorar dicha situación ?

Existe suficiente evidencia publicada que relaciona la satisfacción, comunicación y empoderamiento del paciente con mejores resultados de la atención médica. Acciones que favorezcan la comunicación, escucha activa de la opinión del paciente y formatos amigables para transmitir información (resúmenes, gráficos, recordatorios y contactos de seguimiento entre otros) son estímulos para lograr lo que se conoce como atención centrada en el paciente en cuanto que debe ser protagonista de su atención.

7. ¿Cómo se puede involucrar a los gestores y los directivos de los hospitales en la mejora de la seguridad del paciente?

No hay estrategia perfecta pero mi recomendación es conseguir datos sobre el desempeño en ciertos procesos claves que afectan la seguridad del paciente. También es recomendable reportar casos específicos sobre eventos de daño que sin dudas llamarán su atención. Finalmente está el tema de los costos de la no calidad, que una vez explícitos generarán la oportunidad de involucramiento de los líderes de organización que siempre están preocupados en encontrar oportunidades válidas de ahorro.

8. Son admisibles las órdenes terapéuticas telefónicas de médicos que no están de presencia en los hospitales?

Dependen de la legislación de cada país. En mi país pueden ocurrir pero deben ser refrendadas por escrito en un breve plazo. Aquí sugiero también pueda estandarizarse la comunicación telefónica con estrategias como el readback y SBAR. Que son recomendaciones de formato de comunicación que pueden ser útiles en diversos ámbitos y atenuar las posibilidades de error.

9. ¿Qué concepto le merecen los bundles o paquetes de medida para aplicación de medidas de mejora de la seguridad del paciente?

Los bundles constituyen un grupo de intervenciones que encuentran ya muchos ejemplos basados en buena evidencia para su uso. Ejemplos clásicos son el de uso para la inserción y monitoreo de vías centrales y el de prevención de la neumonía asociada al respirador. Como toda intervención basada en la evidencia de buena calidad apoyo su uso siempre y cuando sea costo efectiva.

10. ¿Un embolismo postoperatorio en paciente joven con fractura de tibia adecuadamente anti coagulado con heparina de bajo peso molecular en dosis correcta a su peso ¿es un evento adverso?

Es un evento adverso del tratamiento médico (cirugía) pero no un error médico porque al paciente le fue ofrecida la mejor intervención disponible para evitar su aparición.

11. Una pregunta frecuente es con el caso de caídas: ¿si un paciente se cae pero no hay heridas ni daño se considera un evento adverso centinela o incidente sin daño?

El evento centinela definido por Joint Commission es la caída seguida de muerte. La caída sin daño es un incidente sin daño o casi error (near miss) como se consulta en la pregunta. Este incidente puede ser una oportunidad para poder entender la falla y desarrollar acciones preventivas y mejorar la calidad de atención.

12. ¿Cuál es el papel de la cultura de la seguridad en la génesis de los sucesos adversos?

La cultura institucional es el principal (y tal vez único responsable) de la génesis de efectos eventos adversos. La cultura es un concepto tal vez vago y difícil de asir pero resume todas las conductas y actitudes que favorecen la aparición de errores. Cada oportunidad desaprovechada para evitar daño es un reflejo de la cultura y debe por lo tanto favorecerse un ámbito proclive a la visión proactiva frente a los errores, trabajo en equipo, liderazgo institucional y a partir de ello un permanente rediseño de los sistemas de atención.

Preguntas más relevantes - Jesús Aranaz Andrés

1. ¿Cuáles son las fuentes de información más para estudiar los eventos adversos?

Las fuentes de información más comunes para estudiar los eventos adversos son las sesiones anatomoclínicas y autopsias, los sistemas de notificación de errores, incidentes y accidentes, la revisión de la documentación clínica (historia clínica), el análisis de datos clínico-administrativos, la observación directa, el análisis de reclamaciones y demandas, y la información obtenida por entrevistas con profesionales, utilizando las más de las veces técnicas cualitativas

2. ¿Sirven las quejas y reclamaciones como método de estudio de los eventos adversos?

En mi opinión la respuesta es afirmativa, aunque hay que matizar que su uso está más ligado (es más eficiente) para la gestión de riesgos que para la mejora de la seguridad del paciente *sensu stricto*.

3. ¿Son representativos los resultados de los estudios epidemiológicos de los eventos adversos como IBEAS, ENEAS y otros similares?

Con las limitaciones que se expresan en los correspondientes informes, lo son.

4. ¿Hay estudios que midan el evento adverso en instituciones de salud de primer nivel o bajo nivel o atención primaria?

En España realizamos un estudio, el APEAS, cuyo ámbito era la Atención Primaria en Centros de Salud. Puede consultarse el trabajo en: Aranaz-Andrés JM, Aibar C, Limón R, Mira JJ, Vitaller J, Agra Y, Terol E. A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain. *European Journal of Public Health*. 2012. <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/early/2011/11/28/eurpub.ckr168.short?rss=1>

5. ¿Las reacciones adversas a medicamentos deben considerarse como eventos adversos, o solo los problemas relacionados con el uso de medicamentos?

Si tenemos en cuenta que la Reacción Adversa a Medicamentos (RAM), es «*cualquier respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada, y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades, o para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas*», no se trataría de un evento adverso y sí el error de medicación, pero en concreto en España, es obligado el reporte de ambas situaciones al sistema de farmacovigilancia.

6. ¿Qué métodos de estudio son más adecuados en investigación de seguridad del paciente: los cualitativos o los cuantitativos?

No son dos modalidades de estudio en competencia, los dos son adecuados, pueden ser complementarios, y su elección dependerá de los objetivos que se persiga alcanzar.

7. ¿Quisiera saber que se ha hecho en investigación en materia de reingresos hospitalarios por eventos adversos?

Este tema ha sido ampliamente tratado en dos vertientes específicas, la infección relacionada con la asistencia y la derivada de la problemática del medicamento. La búsqueda más eficaz de literatura científica, por tanto, requeriría cruzar ambos conceptos.

8. ¿Cuál es el papel del epidemiólogo en la realización de este tipo de investigaciones poblacionales de la seguridad del paciente?

En este caso, la pregunta lleva implícita la respuesta, tal vez sea el profesional más capacitado para el diseño del estudio y el análisis de los resultados a nivel poblacional.

9. ¿Qué diferencia hay entre efecto adverso y negligencia por no aplicar el conocimiento en uso en ese momento?

Un efecto adverso implica que el paciente haya padecido un daño, y una negligencia supone un error profesional grosero (aquel que no cometería un profesional medio), pero no implica necesariamente daño.

10. Es justo el pago de eventos adversos por los aseguradores cuando son prevenibles desde la evidencia científica?

Decir si algo es justo o no implica una opinión que se generaliza por algún tipo de consenso, o porque así lo determina un jurado. En consecuencia, independientemente de su repercusión en la gestión de riesgos, no debe olvidarse a mi juicio la necesaria intervención para garantizar la más eficiente de las prácticas clínicas.

11. ¿Dónde pueden encontrarse estudios de investigación sobre la seguridad del paciente?

El primer paso que siempre aconsejo es una revisión de la literatura científica (PubMed), a partir de ahí se puede profundizar en “bola de nieve”, revisando aquellas referencias contenidas en los textos revisados.

Preguntas más relevantes - Astolfo Franco

1. ¿En qué consiste el protocolo de Londres para el estudio de los eventos adversos?

Es una metodología de análisis multicausal similar a la utilizada en el Reino Unido para investigar los eventos adversos centinela que ocurren en esos países. Su aplicación con enfoque sistémico permite identificar en cada caso cuales han sido los factores contribuyentes a la ocurrencia del evento adverso (del paciente, del sistema de atención, de la cultura organizacional, de la comunicación entre las personas que atendieron al paciente, del trabajo en equipo de todas estas personas, del ambiente, de la tecnología, de los procesos, del individuo, etc.) y encontrar las acciones que deben ser implementadas para favorecer el aprendizaje organizacional.

La utilización de esta metodología mejora el proceso de investigación y análisis de lo que sucedió, porque permite un análisis más cuidadoso, en el cual usualmente se descubre una serie de eventos concatenados que condujeron al resultado adverso y porque cuando el proceso investigativo se aborda de manera sistemática, el personal entrevistado se siente menos amenazado.

2. ¿Qué método recomendaría para estudiar las causas de los eventos adversos de manera más propia?

El análisis multicausal expresado arriba es en mi concepto la manera más adecuada de estudiar las causas de los eventos adversos, PERO es necesario que en esa reunión de análisis, estén presentes los involucrados en la atención del paciente. Si los involucrados no están presentes, no hay aprendizaje

3. ¿Qué nivel de confiabilidad tiene la investigación de los eventos adversos basados únicamente en la historia clínica del paciente?

Escasa, por esa razón es necesaria la reunión de análisis multicausal con la asistencia de los involucrados

4. ¿Cómo saber si ocurren fallecimientos en quirófano como consecuencia de errores. Los médicos ocultan muchas veces sus errores entre sí?

Un signo que alerta sobre probables errores como causa de la muerte de un paciente, es aquella que ocurre en casos de diagnóstico de baja complejidad. Es claro que también pueden ocurrir errores en la atención de pacientes con diagnóstico de alta complejidad y esos errores causar la muerte. Para detectar estos casos, es necesario que la institución implemente la metodología de auditoría de pares, para analizar aquellos casos de muerte aparentemente no explicada por la complejidad de la enfermedad del paciente.

5. ¿Qué papel juegan los equipamientos y las infraestructuras inadecuadas en la seguridad del paciente?

Los eventos adversos se pueden presentar por falla de los equipos biomédicos o dispositivos médicos y fallas en la infraestructura de la edificación. Por esta razón esta probable causa es tomada en cuenta en el análisis multicausal. Esto explica porque es necesario que las instituciones implementen programas de tecnología de vigilancia, en el cual, la estructura física de la edificación, se considera un equipo más.

6. ¿Cuál es el papel de las diferentes profesiones sanitarias y el trabajo en equipo en la génesis de los eventos adversos?

El trabajo en equipo de los diferentes profesionales que están al frente de la atención de un paciente, es fundamental. En este trabajo en equipo, juega papel preponderante la comunicación entre ellos. La falta de comunicación y trabajo en equipo, es de lejos, la causa más común observada en la totalidad de eventos adversos analizados

7. ¿Existen evidencias de la eficacia y efectividad de las prácticas seguras?

Es una preocupación mundial soportar las intervenciones que se hacen en seguridad, en la evidencia científica. A la fecha, aún esto no se ha logrado. Sin embargo, en *Annu. Rev. Public Health* 2010. 31:479–97, los autores hacen un esfuerzo importante por categorizar, de acuerdo a su impacto, las diferentes intervenciones en seguridad del paciente

8. ¿El principal problema de los check list es el sobre-registro, ¿cómo se puede conseguir una adherencia real, por ejemplo al listado de verificación quirúrgica?

Cuando se decide implementar una lista de verificación, la organización debe simultáneamente acompañar esta decisión, con la rigurosidad que ello exige. Por ejemplo, para implementar la lista de verificación quirúrgica, una buena decisión podría ser que la cirugía no inicia hasta tanto no estén todos los profesionales del equipo quirúrgico en la sala quirúrgica, es decir, cirujano, anestesiólogo y ayudante, y delegar la responsabilidad de su implementación juiciosa en alguien del equipo. Al final del periodo, la recolección de los datos del diligenciamiento de la lista de verificación, debe ser informada en el escenario correspondiente al control de calidad y mejoramiento, para analizar la situación y tomar las decisiones correspondientes.

9. ¿Qué impacto tienen las campañas de mejora de la higiene de las manos entre los profesionales sanitarios?

Tienen muy buen impacto, siempre y cuando no sean coyunturales o solo el día mundial del lavado de manos. El impacto se podrá evidenciar cuando las campañas se hacen con enfoque sistémico, es decir, son planeadas, deliberadas, frecuentes y tienen en cuenta a todos los agentes interesados en el adecuado lavado de manos

10. ¿Qué indicadores considera indispensables para evaluar la efectividad de un programa de mejora continua orientada a la seguridad del paciente?

- Seguimiento al reporte de eventos adversos
- Hemorragia postquirúrgica
- Mortalidad intraoperatoria
- Infección de sitio operatorio
- Caída de pacientes
- Cirugía o procedimiento en el lado, órgano y paciente correctos
- Sepsis asociada a catéter central
- Mortalidad en diagnóstico de baja complejidad
- Infección urinaria asociada a sonda vesical
- Evento adverso asociado a la transfusión sanguínea
- Muerte o discapacidad por evento adverso asociado al uso de medicamentos
- Muerte materna o perinatal
- Evento adverso en la atención del binomio madre hijo