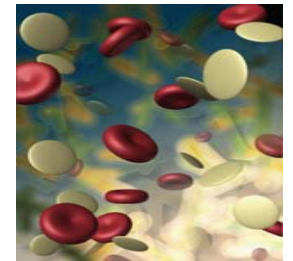
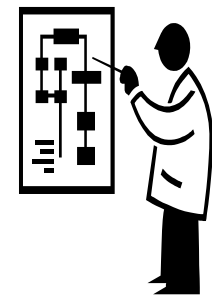




SEGURIDAD CLÍNICA: DEL RESULTADO A LAS CAUSAS.



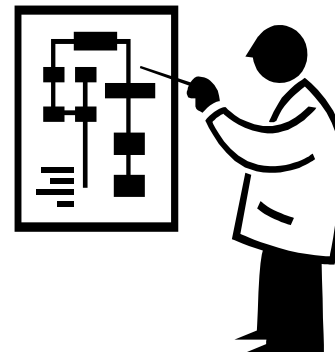
PEDRO J. SATURNO
Universidad de Murcia
Director, Master en Gestión de la Calidad
en Servicios de Salud





SEGURIDAD CLINICA: Del resultado a las causas.

- I. ¿POR QUÉ CENTRARSE EN LAS CAUSAS?.
Marco conceptual.
- II. MEDICIÓN DE LOS PROBLEMAS DE
SEGURIDAD: Indicadores.
- III. ALGUNAS “CAUSAS” MEDIDAS EN EL SNS
ESPAÑOL.
- IV. CONCLUSIONES



SEGURIDAD:

**AUSENCIA DE DAÑO INNECESARIO, REAL
O POTENCIAL, ASOCIADO A LA
ATENCIÓN SANITARIA.**

OMS, 2008



MODELOS PARA EXPLICAR Y ANALIZAR LAS CAUSAS DE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD

<u>J. REASON</u>	<u>BATTLES, LILFORD</u>	<u>PJ SATURNO</u>
Fallo activo (error humano)	Fallo humano	Fallo humano
<ul style="list-style-type: none">• Acción correcta mal ejecutada.• Acción incorrecta o inadecuada.• Trasgresión consciente de la norma.		<ul style="list-style-type: none">- No intencional:.<ul style="list-style-type: none">• Conocimiento• Habilidades• Descuidos- Intencional (transgresión)
Fallo latente (fallo del sistema)	Fallo de proceso.	Diseño de proceso <ul style="list-style-type: none">• Defectuoso• Inexistente
	Fallo técnico	Estructura <ul style="list-style-type: none">• Equipamiento.• Organización• Personal (cantidad, calidad, org.)



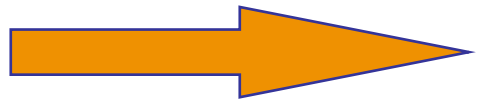


REQUISITOS DE LA MEJORA CONTINUA

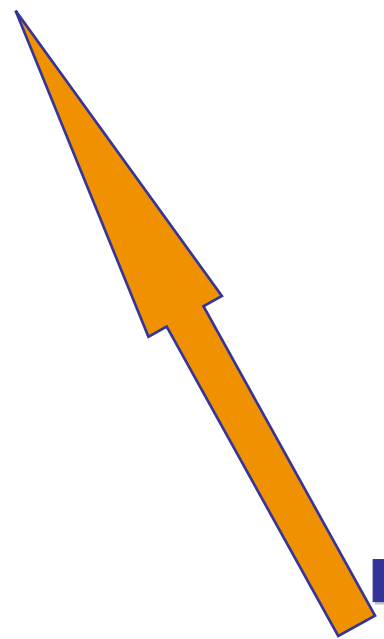
- **SABER QUÉ HACER.**
- **MEDIR SI SE ESTÁ HACIENDO LO QUE HAY QUE HACER.**
- **REACCIONAR ANTE LOS PROBLEMAS DETECTADOS.**

GRUPOS DE ACTIVIDADES DE para la GESTIÓN DE LA CALIDAD.

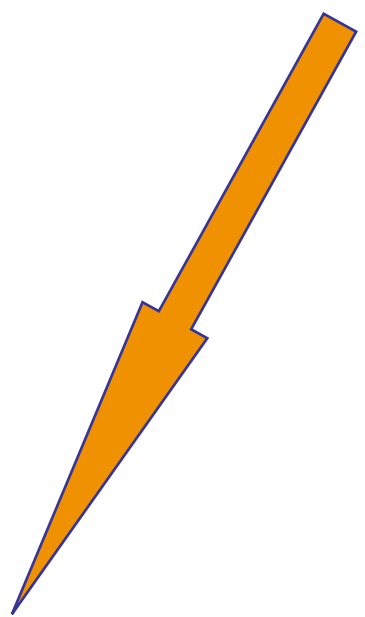
**MONITORIZACIÓN
DE LA
CALIDAD**



**CICLOS
DE
MEJORA**



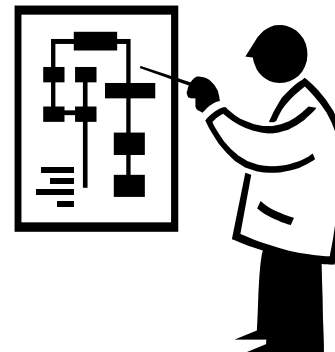
**DISEÑO
DE LA
CALIDAD**





SEGURIDAD CLINICA: Del resultado a las causas.

- I. ¿POR QUÉ CENTRARSE EN LAS CAUSAS?.
Marco conceptual.
- II. MEDICIÓN DE LOS PROBLEMAS DE
SEGURIDAD: Indicadores.
- III. ALGUNAS “CAUSAS” MEDIDAS EN EL SNS
ESPAÑOL.
- IV. CONCLUSIONES





INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PRINCIPALES ENFOQUES EN LA ACTUALIDAD

- **Indicadores centinela (ej. los “*Never Events*” del NQF)**
- **“Triggers” (IHI)**
- **Indicadores de resultado (AHRQ, OCDE)**
- **(Buenas) Prácticas Seguras**



AJIC special article

Guidance on Public Reporting of Healthcare-Associated Infections: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee

Linda McKibben, MD,^a Teresa Horan, MPH,^b Jerome I. Tokars, MD, MPH,^b Gabrielle Fowler, MPH,^b Denise M. Cardo, MD,^a Michele L. Pearson, MD,^c Patrick J. Brennan, MD,^d and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee*

Since 2002, 4 states have enacted legislation that requires health care organizations to publicly disclose health care-associated infection (HAI) rates. Similar legislative efforts are underway in several other states. Advocates of mandatory public reporting of HAIs believe that making such information publicly available will enable consumers to make more informed choices about their health care and improve overall health care quality by reducing HAIs. Further, they believe that patients have a right to know this information. However, others have expressed concern that the reliability of public reporting systems may be compromised by institutional variability in the definitions used for HAIs, or in the methods and resources used to identify HAIs. Presently, there is insufficient evidence on the merits and limitations of an HAI public reporting system. Therefore, the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) has not recommended for or against mandatory public reporting of HAI rates. However, HICPAC has developed this guidance document based on established principles for public health and HAI reporting systems. This document is intended to assist policymakers, program planners, consumer advocacy organizations, and others tasked with designing and implementing public reporting systems for HAIs. The document provides a framework for legislators, but does not provide model legislation. HICPAC recommends that persons who design and implement such systems 1) use established public health surveillance methods when designing and implementing mandatory HAI reporting systems; 2) create multidisciplinary advisory panels, including persons with expertise in the prevention and control of HAIs, to monitor the planning and oversight of HAI public reporting systems; 3) choose appropriate process and outcome measures based on facility type and phase in measures to allow time for facilities to adapt and to permit ongoing evaluation of data validity; and 4) provide regular and confidential feedback of performance data to healthcare providers. Specifically, HICPAC recommends that states establishing public reporting systems for HAIs select one or more of the following process or outcome measures as appropriate for hospitals or long-term care facilities in their jurisdictions: 1) central-line insertion practices; 2) surgical antimicrobial prophylaxis; 3) influenza vaccination coverage among patients and healthcare personnel; 4) central line-associated bloodstream infections; and 5) surgical site infections following selected operations. HICPAC will update these recommendations as more research and experience become available. (Am J Infect Control 2005;33:217-26.)

Consumer demand for health care information, including data about the performance of health care providers, has increased steadily over the past decade.

*Committee members are listed in the text.

From the Office of the Director,^a the Healthcare Outcomes Branch,^b and the Prevention and Evaluation Branch,^c Division of Healthcare Quality Promotion, National Center for Infectious Diseases, Centers for Disease Control and Prevention, United States Department of Health and Human Services, Atlanta, GA; and the Division of Infectious Diseases, University of Pennsylvania School of Medicine, Philadelphia, PA.^d

Reprint requests: Michele L. Pearson, MD, Division of Healthcare Quality Promotion, Hallstop E-68, Centers for Disease Control and Prevention, 1600 Clifton Road NE, Atlanta, GA 30333. E-mail: mpearson@cdc.gov.

doi:10.1016/j.ajic.2005.04.001

Many state and national initiatives are underway to mandate or induce health care organizations to publicly disclose information regarding institutional and physician performance. Mandatory public reporting of health care performance is intended to enable stakeholders, including consumers, to make more informed choices on health care issues.

Public reporting of health care performance information has taken several forms. Health care performance reports (report cards and honor rolls) typically describe the outcomes of medical care in terms of mortality, selected complications, or medical errors and, to a lesser extent, economic outcomes. Increasingly, process measures (ie, measurement of adherence to recommended health care practices, such as hand hygiene) are being used as an indicator of how well an

- **Recomienda el uso de indicadores de resultado y de proceso.**

- **Inserción de catéter venoso central.**
- **Profilaxis antibiótica en cirugía**
- **Vacunación de la gripe**



© Health Research and Educational Trust
DOI: 10.1111/j.1475-4773.2007.01960.x
RESEARCH ARTICLE

Rare Adverse Medical Events in VA Inpatient Care: Reliability Limits to Using Patient Safety Indicators as Performance Measures

Alan N. West, William B. Weeks, and James P. Bagian

Objective. To assess Agency for Healthcare Research and Quality's Patient Safety Indicators (PSIs) as performance measures using Veterans Administration hospitalization data.

Data Sources/Study Setting. Nine years (1997-2005) of all Veterans Health Administration (VA) administrative hospital discharge data.

Study Design. Retrospective analysis using diagnoses and procedures to derive annual rates and standard errors for 13 PSIs.

Data Collection/Extraction Methods. For either hospitals or hospital networks (Veterans Integrated Service Networks [VISNs]), we calculated the percentages whose PSI rates were consistently high or low across years, as well as 1-year lagged correlations, for each PSI. We related our findings to the average annual number of adverse events that each PSI represents. We also assessed time trends for the entire VA, by VISN, and by hospital.

Principal Findings. PSI rates are more stable for VISNs than for individual hospitals, but only for those PSIs that reflect the most frequent adverse events. Only the most frequent PSIs yield significant time trends, and only for larger systems.

Conclusions. Because they are so rare, PSIs are not reliable performance measures to compare individual hospitals. The most frequent PSIs are more stable when applied to hospital networks, but needing large patient samples nullifies their potential value to managers seeking to improve quality locally or to patients seeking optimal care.

Key Words. Patient Safety, veterans, administrative data, reliability

Patient safety has become an issue of focal interest in the evaluation of health

care quality (Kohn, Corrigan, and Donaldson, 1999; Brennan et al., 2002).

• **Datos de nueve años (1997-2005) de altas hospitalarias.**

• **Conclusiones:**

“**Por su baja frecuencia, los PSI no son indicadores fiables para comparar hospitales. Los PSI más frecuentes son más estables si se aplican a redes de hospitales, pero al necesitar grandes muestras de pacientes pierden su valor potencial para gestionar mejoras localmente o para informar a los pacientes que busquen la mejor atención”.** © PJ Saturno



- “HQA measures represent actionable items that can have an impact on quality and identify specific activities hospitals can work on to improve performance and health outcomes”



FRECUENCIA RELATIVA DE INCIDENTES DE SEGURIDAD (EVENTOS ADVERSOS) EN LOS HOSPITALES ESPAÑOLES. ESTUDIO ENEAS, 2006

Los más destacados:

- Relacionados con medicación: **37,4 %**
- Infección nosocomial: **25,3 %**
- Hemorragias: **11,6%**
 - Relacionadas con procedimientos: **9,3%**
 - Relacionadas con medicación: **2,3%**
- UPP: **3,7%**



INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PRINCIPALES ENFOQUES EN LA ACTUALIDAD

- **Indicadores centinela (ej. los “*Never Events*” del NQF)**
- **“Triggers” (IHI)**
- **Indicadores de resultado (AHRQ, OCDE)**
- **(Buenas) Prácticas Seguras**

30 (25) BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD



68 (69) Indicadores:

39 de estructura

29 de proceso

10 compuestos

Indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente

Resultados de su medición en una muestra de hospitales del Sistema Nacional de Salud español

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL



30 (25) BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD



National Quality Measures Clearinghouse

www.qualitymeasures.ahrq.gov



Expert Resources | Submit Measures | What's New | Contact Us | About | Site Map | Help | Subscribe

- Search
- Browse
- Compare
- Resources

Search

Results per page 20

[Search Help](#)
[Detailed Search](#)

- Browse**
- » [Disease / Condition](#)
 - » [Treatment / Intervention](#)
 - » [Domain](#)
 - » [Organization](#)
 - » [Measure Archive](#)
 - » [Measure Index](#)
 - » [Measure Initiatives](#)

[Browse](#) > [Organization](#) > Spanish Agency for Healthcare Quality of the Spanish Ministry of Health

http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/browse/DisplayOrganization.aspx?org_id=2136

[A](#) [B](#) [C](#) [D](#) [E](#) [F](#) [G](#) [H](#) [I](#) [J](#) [K](#) [L](#) [M](#) [N](#) [O](#) [P](#) [Q](#) [R](#) [S](#) [T](#) [U](#) [V](#) [W](#) [X](#) [Y](#) [Z](#) [List all](#)

Search within this organization

Expand out Collections, Sets, and Composit

[Spanish Agency for Healthcare Quality of the](#)

[Safe Practices Indicators Project \[Collection\]](#)

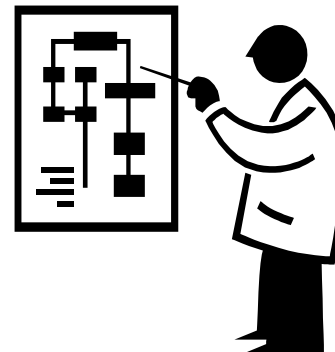
[Spanish Agency for Healthcare Quality of the Spanish Ministry of Health](#)

[Safe Practices Indicators Project \[Collection\]](#)



SEGURIDAD CLINICA: Del resultado a las causas.

- I. ¿POR QUÉ CENTRARSE EN LAS CAUSAS?.
Marco conceptual.
- II. MEDICIÓN DE LOS PROBLEMAS DE
SEGURIDAD: Indicadores.
- III. ALGUNAS “CAUSAS” MEDIDAS EN EL SNS
ESPAÑOL.
- IV. CONCLUSIONES





**INDICADORES DE “BUENAS PRÁCTICAS” PARA LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE
(MSC - Univ. de Murcia)**

- ▶ **Resultados en el SNS español**
- ▶ **Resultados en el Servicio Murciano de Salud**

MEDICION EN:

- **UNA MUESTRA REPRESENTATIVA DE HOSPITALES DEL SNS ESPAÑOL.**

22 HOSPITALES (Muestra aleatoria de conglomerados estratificada por tamaño de hospital): 5 (6) G; 11 M; 5 P

- **LOS 9 (8½) HOSPITALES PÚBLICOS DEL SMS.**



VALORACION GLOBAL DEL CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES

CORRECTA / ACEPTABLE: Cumple todos los indicadores de la recomendación ó al menos los de proceso *.

SNS: 9,9 %
SMS: 8,3%

HG: 10%

HM: 12,1%

HP: 5%



MODERADA : Cumple al menos la mitad de los indicadores de estructura, o hay información parcial

SNS: 13,9 %
SMS: 8,3 %

HG: 18,3%

HM: 11,7%

HP: 14,2%



INCUMPLIMIENTO: No cumple ninguno de los indicadores ó no cumple los de proceso *.

SNS: 69,6 %
SMS: 75,9 %

HG: 66,7%

HM: 71,2% **HP: 69,2%**



Alerta

* : LQAS, 85-55; 0,05 – 0,1



INDICADORES: FRECUENCIA CON LA QUE LAS ORDENES RECIBIDAS VERBALMENTE...

.... Son repetidas en voz alta por parte de quien las recibe.

SNS: 15,5% \pm 1,0

Servicio Murciano de Salud: 16,7% \pm 2,2

... Se anotan...

SNS: 36,9% \pm 2,0

Servicio Murciano de Salud: 36,7% \pm 6,0





INDICADOR: FRECUENCIA CON LA QUE SE EMPLEAN ABREVIATURAS, SIMBOLOS Y EXPRESIONES DE DOSIS NO RECOMENDADAS (asociadas a errores)

- Valorado en la primera prescripción y en la prescripción al alta.
- Resumido como indicador compuesto (media de fallos por prescripción y prescripciones sin fallos)

% de Prescripciones sin fallos SNS: $12,4 \pm 0,3$

% de Prescripciones sin fallos Murcia: $12,4 \pm 5,6$





INDICADORES: FRECUENCIA CON LA QUE ...

.... Se realizan nuevas prescripciones revisando toda la medicación que el paciente está tomando:

SNS: 39,0% \pm 1,9

Servicio Murciano de Salud: 40,5 \pm 3,0

... cualquier nueva información que afecte al diagnóstico del paciente se trasmite de forma rápida y clara a los profesionales implicados en la atención.

SNS: 20,8% \pm 1,6

Servicio Murciano de Salud: 21,3 \pm 2,4





INDICADOR: % pacientes con valoración (peso y función renal) previa a la prescripción de terapia anticoagulante con heparina (no fraccionada o BPM)

- Para heparina no fraccionada: peso
- Para heparina BPM, peso y función renal (creatinina).
- Valorado en una muestra de pacientes a los se ha prescrito heparina.

SNS: 17,5 % \pm 0,7

Servicio Murciano de Salud: 9,8 % \pm 4,7

No se valoró peso: SNS: 73,8 % \pm 0,8
SMS: 89,7 % \pm 7,4



INDICADOR: PREVALENCIA DE PERSONAL SANITARIO VACUNADO CONTRA LA GRIPE

SNS : 39,5% \pm 2,0

Servicio Murciano de Salud: 42,6% \pm 3,4





INDICADOR: MANTENIMIENTO CORRECTO DEL CARRO DE PARADA

- Se valoró un carro de parada al azar en cada hospital.
- Se utiliza como referencia el listado de contenidos de cada hospital.
- Se resume como indicador compuesto (sin fallos y % de fallos).

SNS Cumplimiento (sin fallos): 0

Servicio Murciano de Salud: 0

% Fallos SNS: $5,4 \pm 0,1$

% Fallos SMS: $11,5 \pm 2,3$





INDICADOR: Fallos en la conservación y almacenamiento de los botiquines

- Se valoró en cada hospital un botiquín de planta, uno de quirófano y uno de urgencias, elegidos al azar.
- Se revisa un listado de medicamentos representativo de los principales tipos de fallo.
- Se resume como indicador compuesto (% de fallos).

SNS % Fallos: $38,2 \pm 0,1$

Servicio Murciano de Salud: $42,6 \pm 5,0$





Otros ejemplos de “causas”/indicadores

- **Barreras máximas al insertar CVC:**
Sin fallos: **48,3% ± 3,2** (principales fallos: sin gorro, sin mascarilla)
- **Valoración explícita de riesgo de malnutrición y necesidades calórico/proteicas al prescribir nutrición artificial: 0%**
- **Cumplimiento del protocolo de lavado/descontaminación de manos por parte del personal sanitario: 29,8 %**
 - No lavado antes: 36,6 %**
 - No lavado después: 19,2 %**
 - Ni antes ni después: 15,9 %**
 - Fallos en el procedimiento: 61,0%**

Etc, Etc.....





Milli Eğitim Bakanlığı



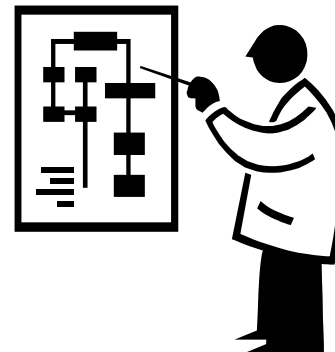
INTERNA

J Saturno



SEGURIDAD CLINICA: Del resultado a las causas.

- I. ¿POR QUÉ CENTRARSE EN LAS CAUSAS?.
Marco conceptual.
- II. MEDICIÓN DE LOS PROBLEMAS DE
SEGURIDAD: Indicadores.
- III. ALGUNAS “CAUSAS” MEDIDAS EN EL SNS
ESPAÑOL.
- IV. CONCLUSIONES



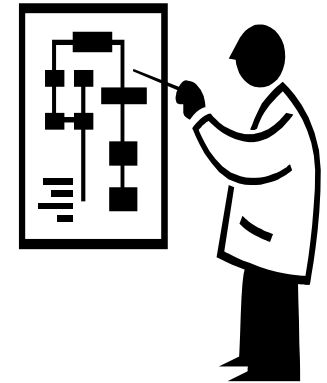


SEGURIDAD CLINICA: Del resultado a las causas.

CONCLUSIONES:

Para evitar resultados adversos en la atención clínica, es preciso vigilar y controlar las causas. En concreto:

- Asegurarse (monitorizar) una estructura adecuada.
- Asegurarse (monitorizar) que se hace lo correcto.
- Asumir activamente la responsabilidad correspondiente mejorando los problemas detectados.





GRACIAS !!

Pedro J. Saturno
saber@um.es

<http://www.calidadsalud.com>

Entrar en Publicaciones:



- **Indicadores Seguridad**
- **Resultados indicadores en SNS**
- **Encuesta Clima Seguridad.**
- **Resultados Clima Seg. en SNS**