

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PERFUSIÓN. EVENTOS ADVERSOS

Autores: García Asenjo MS.¹, Díaz Álvarez C.L., González Martínez, J.A, Peaguda Pérez, C. Román Vázquez, F.J.

Perfusionistas. Miembros de la Comisión de Calidad de la AEP

RESUMEN

Ya no hay duda alguna que garantizar la seguridad de los pacientes es, hoy en día, uno de los aspectos claves del que cualquier política de calidad en salud no puede prescindir

El 27 de octubre de 2004 la OMS estableció la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, destinada a mejorar significativamente la seguridad de los pacientes tanto en los países ricos como en los países pobres. Dicha Alianza se estableció de conformidad con lo dispuesto en la resolución WHA55.18 (adoptada en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2002), en la que se pedía a los Estados Miembros que prestaran la mayor atención posible a la seguridad del paciente y que establecieran sistemas de base científica para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención., la OCDE, el Consejo de Europa, la Unión Europea o la Organización Mundial de la Salud, entre otras, han incluido este tema en su agenda de prioridades <http://www.who.int/patientsafety/en>.

En España, el Ministerio de Sanidad ha situado la seguridad de los pacientes también como una prioridad. Durante el año 2005 más de 500 profesionales sanitarios recibieron formación sobre este tema y, en el año 2006, más de 1.000. Además, la seguridad de los pacientes figura también como línea estratégica dentro de las actuaciones del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.

SUMMARY

There is no doubt that ensure patient safety is today one of the key aspects of any quality in health policy can not do without

On October 27, 2004 WHO established the Global Alliance for Patient Safety, designed to significantly improve patient safety both in rich countries as in poor countries. The Alliance was established pursuant to resolution WHA55.18 (adopted at the 55th World Health Assembly in May 2002), which called on Member States to pay greater attention to possible security patient and to establish science-based systems to improve patient safety and quality of care., OECD, the Council of Europe, the European Union or the World Health Organization, among others, have included this item in its <http://www.who.int/patientsafety/en> agenda of priorities. In Spain, the Ministry of Health has put patient safety as a priority. During 2005 over 500 health workers were trained on this topic and, in 2006, more than 1,000. In addition, patient safety is also listed as a strategic line in the proceedings of the Quality Plan for the National Health System.

¹ mgarcia@aep.es

Objetivos generales:

Conocer las estrategias de calidad en todo el Sistema sanitario orientadas a la identificación de los riesgos

Conocer las estrategias de calidad de la AEP orientadas a la reducción de los efectos adversos.

Objetivos específicos

Mejorar la cultura de la seguridad

Impulsar el desarrollo de buenas prácticas en perfusión

Desarrollar sistemas de vigilancia y control y de notificación de eventos adversos

Promover la Investigación en seguridad y desarrollar una guía de seguridad en perfusión.

Hay muchos pacientes a los que
no podemos ayudar, pero ninguno
al que no podamos hacer daño

Dr. Arthur Bloomfield (1988-1962)
Universidad de Satamford



ASOCIACION ESPAÑOLA DE PERFUSIONISTAS
COMISIÓN DE CALIDAD

2007

El problema de los eventos adversos en la atención sanitaria no es nuevo y hace referencia a un resultado clínico adverso al esperado y debido a error durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del paciente.

Como todos conocéis desde que se constituyó la Comisión de Calidad en 2002, antes de poner en marcha los proyectos siempre hemos informado y formado a todos los socios para poder llegar a un consenso sobre los pasos que esta comisión ha ido dando, así iniciamos con la formación a través de las distintas reuniones de zona sobre los conceptos de calidad, hasta poder consensuar nuestro Manual de Calidad, se continuó con la difusión de la importancia de los indicadores y el tratamiento de la información, se ha seguido trabajando en la necesidad de la acreditación y la recertificación de nuestras capacidades, habilidades y actitudes para poder desarrollar la perfusión, configurando el Mapa de Competencias de los perfusionistas

Españoles, en estos momentos estamos trabajando en aquello que la calidad tiene como objetivo principal es la seguridad del paciente, intentamos promover una cultura de la seguridad en todos los niveles, con un enfoque de gestión proactiva, preventiva y de aprendizaje.

“Errar es humano. Ocultar los errores es imperdonable. No aprender de ellos no tiene justificación”.

*Sir Liam Donaldson.
Presidente de la Alianza.*



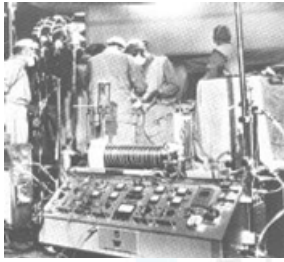
ASOCIACION ESPAÑOLA DE PERFUSIONISTAS
COMISIÓN DE CALIDAD

2007

En el ámbito de la perfusión siempre ha existido la cultura de la prevención del accidente en perfusión, ya en 1995 en esta misma revista aparece el artículo “Accidentes en CEC: Causas, prevención y tratamiento”(1), gracias a todo esto se han ido desarrollando gran cantidad de dispositivos que hacen que hoy la Circulación extracorpórea sea mas segura, ello también se demuestra haciendo una revisión bibliográfica de todo lo publicado hasta la fecha, así como la existencia de varios capítulos de nuestro libro dedicado a este tema.(2)

Ya no hay duda alguna que garantizar la seguridad de los pacientes siempre ha sido uno de los aspectos más importantes en perfusión y es, hoy en día, uno de los objetivos claves del que cualquier política de calidad en perfusión no puede prescindir

La seguridad de la perfusión no es un componente aislado de la cirugía cardiaca, sino que abarca muchas facetas, incluyendo el equipo, los dispositivos de seguridad, conducta de la perfusión, técnica quirúrgica, vigilancia, y comunicación dentro del equipo de trabajo, etc. Durante los últimos años, varios estudios han proporcionado una valoración de los incidentes relacionados con perfusión(3,4,5) y han documentado la frecuencia con que afectaron a la morbilidad y mortalidad (6,7,8). Con ello se ha podido corregir éstas áreas problemáticas, cada estudio siguiente demostraba cambios, pero las nuevas áreas también necesitan de mejoras. Mejorar la tecnología y la educación también a supuesto grandes cambios favorables. Con la incorporación de los sistemas informatizados en los equipos y técnicas de la perfusión, el aumento de la automatización, el establecimiento de los indicadores de calidad, etc. la circulación extracorpórea debe convertirse en algo más seguro y uniforme. Aunque el factor mas importante, seguirá siendo el conocimiento y la habilidad del perfusionista.



OBJETIVOS DE LA AEP

El objetivo de la AEP es mejorar la calidad desde la perspectiva de la seguridad del paciente, la prevención de eventos adversos y del error en perfusión

La gestión de la calidad en perfusión, la incorporación de modelos de certificación y acreditación, la gestión por procesos y la gestión clínica, intentan favorecer las mejores prácticas, disminuyendo la variabilidad y mejorando la efectividad de las actuaciones y su eficiencia, y por tanto contribuyendo a minimizar los errores derivados de la práctica de la perfusión

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Desde la aparición en los últimos siete años de informes en los países anglosajones sobre la magnitud y las causas de los eventos adversos relacionados con la atención sanitaria ha habido un mayor reconocimiento de la importancia del problema, incorporando objetivos de seguridad a los planes estratégicos de mejora de las organizaciones sanitarias y potenciando la investigación sobre esta materia.

Como decíamos, el problema de los eventos adversos no es nuevo, desde tiempos inmemoriales existe una clara preocupación por los efectos negativos que puede ocasionar la atención sanitaria. Sin embargo, desde la aparición en 1999 del informe del Institute of Medicine (IOM) *To err is human* (9), el tema de la seguridad de los pacientes ha captado a nivel internacional la atención del público, de los proveedores de atención sanitaria y de los responsables políticos de forma muy acentuada.

Uno de los estudios en los que se basó el informe fue el realizado en Harvard (10) en los años 80, en el que se concluyó que casi un 4% de los pacientes sufre algún tipo de daño durante su ingreso hospitalario, de los que el 70% provocó daño temporal y el 14% acabó en muerte para

el paciente. El informe del IOM (11) estimó que entre 44.000-98.000 personas mueren cada año en los hospitales como resultado de los eventos adversos, cifras que superan la mortalidad en los accidentes de automóvil, el cáncer de mama o el SIDA.

El Departamento de Salud del Reino Unido, en su informe del año 2000, *An organization with a memory*,(11) estimó que se producen eventos adversos en cerca del 10% de las hospitalizaciones, es decir 850.000 eventos al año (12). Sin embargo, en Australia, la tasa de eventos adversos encontrada fue del 16,6% entre los pacientes ingresados y en el estudio de Bates et al se identificaron eventos adversos relacionados con los fármacos en el 6,5% de los pacientes ingresados en un Hospital

En resumen los primeros estudios aparecen en 1950. En 1999 adquiere una dimensión mundial, ya en 2002 la OMS aprueba la resolución WHA. 18 y a partir de 2004 se acuerda organizar la Alianza Internacional para la seguridad de los Pacientes

El 27 de octubre de 2004 la OMS estableció la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, destinada a mejorar significativamente la seguridad de los pacientes tanto en los países ricos como en los países pobres. Dicha Alianza se estableció de conformidad con lo dispuesto en la resolución WHA55.18 (adoptada en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2002), en la que se pedía a los Estados Miembros que prestaran la mayor atención posible a la seguridad del paciente y que establecieran sistemas de base científica para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención., la OCDE, el Consejo de Europa, la Unión Europea, entre otras, han incluido este tema en su agenda de prioridades

En España, el Ministerio de Sanidad ha situado la seguridad de los pacientes como una prioridad, figura también como línea estratégica dentro de las actuaciones del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (13). Precisamente una de las medidas incluidas en dicho plan era la presentación del Estudio Nacional de Efectos Adversos (ENEAS), (14) y que se ha elaborado en colaboración con el Departamento de Salud Pública de la Universidad Miguel Hernández de Elche, bajo la dirección de Jesús Aranaz.

El objetivo principal de esta iniciativa ha sido estimar la incidencia de efectos adversos en pacientes atendidos en los hospitales españoles(8.4%, siendo el 42.8% eventos evitables) y, por otro lado, describir las causas que los producen (25% relacionados con los procedimientos quirúrgicos)

La publicación del Estudio ENEAS supone una herramienta de gran valor para la puesta en marcha de la Estrategia para la mejora de la seguridad del paciente que elabora actualmente el Ministerio de Sanidad y Consumo, Esta Estrategia se llevará a cabo en estrecha colaboración con las Comunidades Autónomas y las sociedades científicas, y siguiendo las recomendaciones de los expertos y las directrices de las organizaciones internacionales, e incidirá en los siguientes aspectos:

Garantizar que la seguridad del paciente se desarrolle en el Sistema Nacional de Salud como uno de los fundamentos de las políticas de mejora de la calidad.

Promover una cultura de la seguridad en todos los niveles de la atención sanitaria, con un enfoque de gestión proactiva, preventiva y de aprendizaje.

Potenciar el conocimiento y análisis de eventos adversos mediante el estudio de bases de datos existentes y la elaboración de sistemas para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente. En este sentido, se ha realizado un análisis de los diferentes sistemas de notificación existentes en el mundo con el fin de diseñar el futuro sistema de notificación de efectos adversos para el SNS y para el desarrollo de sistemas similares a nivel autonómico y de centros sanitarios.

Fomentar la elaboración de programas de educación para todo el personal de atención sanitaria afectado, incluidos los gestores, con el fin de mejorar la comprensión de los procesos de toma de decisiones.

Promover la investigación sobre la situación de nuestro país en materia de seguridad del paciente.

Para lograr la consolidación de las políticas y estrategias desarrolladas en materia de seguridad y gestión de riesgos, tanto a nivel nacional como autonómico, cerca de 200 sociedades científicas españolas de diversos ámbitos han firmado una declaración conjunta que servirá para velar por la seguridad de los pacientes. Así, los profesionales sanitarios que se han sumado a esta iniciativa (entre las que se encuentra nuestra organización) contemplarán entre sus objetivos acciones tales como

- ✓ mejorar la cultura sobre seguridad de los pacientes,
- ✓ fomentar la información y la participación de los mismos en su proceso asistencial,
- ✓ impulsar el desarrollo de buenas prácticas clínicas y
- ✓ fomentar la formación e investigación de los profesionales en este ámbito, entre otras cuestiones.

La responsabilidad que corresponde a las asociaciones científicas como la nuestra, a la hora de fomentar la cultura del debate sobre errores se ha puesto de manifiesto también recientemente por la National patient Safety Agency (NPSA) del Reino Unido "<http://www.npsa.nhs.uk>" www.npsa.nhs.uk

Organizaciones tan reconocidas como (the UK National Health Service) El servicio médico nacional Británico, (the Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations) La comisión para la acreditación de las organizaciones sanitarias, (the Agency for Healthcare Research and Quality) La agencia para la investigación y calidad sanitaria, y (the U.S. National Quality Forum) el Foro nacional de la calidad de los E.E.U.U., están trabajando en la cultura de la seguridad, este interés deriva en parte de la experiencia de otras industrias (energía atómica, portaaviones navales, NASA) etc., los cuales han desarrollado barreras y mecanismos de protección y seguridad con la finalidad de que no ocurran eventos adversos.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Es el primer aspecto asociado a la calidad y se refiere a una atención exenta de lesión o

perjuicio accidental.

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, dirigidas a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias

El incremento de la seguridad del paciente requiere tener en cuenta tres objetivos complementarios:

1. Identificar y analizar los eventos adversos
2. Prevenir los eventos adversos
3. Reducir sus efectos

DEFINICIONES

- **Eventos adversos: Daños producidos en el paciente relacionados con la asistencia sanitaria.**
- **Pueden originarse a partir de errores que se comenten o por omisión y reflejan deficiencias del cuidado**
- **Eventos adversos:** Suceso evitable, originado por un error humano o de equipamiento y que llevó o pudo haber llevado (si no se hubiese descubierto a tiempo) a un resultado no deseable.
 - ✓ **Error sin daño: por azar, por condición del paciente, porque son interceptados antes.**
 - ✓ **Complicaciones: aquellos resultados adversos al esperado, no relacionados con el manejo asistencial.**

To err is human Errores humanos

Reason ha señalado que el error es algo inherente a la condición humana (9). Los errores deben esperarse en cualquier tarea que lleve a cabo el hombre, el sistema debe evitar que los errores afecten la **seguridad del paciente**

Teoría de Reason:

- los incidentes y los accidentes son precedidos por algún tipo de “acción insegura”, en la que alguien comete un error.
- las “condiciones latentes” del sistema que han permitido la aparición de la acción insegura

Según lo descrito por Reason se establecen dos categorías de errores

Error activo: Tiene un impacto directo y generalmente de breve duración. Casi siempre implica a alguien situado en primera línea asistencial.

Se incluye: faltas de atención, de entrenamiento, de formación, incumplimientos de normas, fatiga, sobre carga de trabajo, estrés, etc. Condiciones que pueden contribuir a su producción.

Condiciones latentes: Son las referidas a fallos menos claros existentes en la organización y en el diseño de dispositivos, actividades, etc., que pueden facilitar la aparición de errores y contribuir a causar un daño al paciente.



Siguiendo el modelo de Reason sobre el error humano, se establecen dos conceptos relevantes

La cadena de fallos y el modelo del queso suizo.

Se establecen barreras y mecanismos de protección y seguridad con la finalidad de que no ocurran daños para los pacientes. Estas barreras presentan fallos, representados por los agujeros del queso suizo. La “casualidad” “la coincidencia” de varios agujeros de seguridad puede dar lugar a una cadena de fallos, que aisladamente pudieran no haber tenido importancia, pero que en su conjunto ha causado un resultado adverso.

Diferencia dos formas de analizar el error, una centrándose en las personas como causa y otra centrándose en los sistemas en que desarrollan su actividad como la causa de que fallen las personas

Lograr que los errores no sean considerados fallos personales, sino consecuencia de la interacción de múltiples factores y **considerarlos como oportunidades para mejorar el sistema** y evitar el daño, es el primer paso para mejorar la seguridad del paciente

LEARN FROM ERRORS APRENDER DE LOS ERRORES

Las estrategias de prevención deben de ir enfocadas a aprender de los errores, identificándolos, buscando las causas en el sistema, rediseñando en función de los análisis y aprender de los errores.

Muchos de los eventos adversos se deben a situaciones latentes del propio sistema y no a negligencias o imprudencias del personal. La existencia de eventos adversos es atribuible a los factores sistémicos que la determinan: la estrategia de una organización, su cultura, su

planteamiento de la gestión de la calidad y de la prevención de riesgos y su capacidad para aprender de los errores.

Sin embargo los errores son previsibles y suelen ser consecuencia de errores latentes existentes en el entorno asistencial.

Condiciones latentes: Son las referidas a fallos menos claros existentes en la organización y en el diseño de dispositivos, actividades, etc., que pueden facilitar la aparición de errores y contribuir a causar un daño al paciente.

Pueden existir dentro del sistema durante muchos años antes de que se combinen con errores activos y crear una oportunidad de accidente. A diferencia de los errores activos son a menudo difíciles de prever, las condiciones latentes deben de ser remediadas antes de que ocurra un acontecimiento adverso.

Entre los factores contribuyentes que propone la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations(15) y que deberían formar parte del análisis de cualquier evento adverso, destacan los siguientes:

- Factores humanos: ratio de profesional-pacientes, turnos, fatiga, capacitación.
- Factores del proceso: análisis de los fallos de los diferentes pasos del proceso.
- Equipamiento: mantenimiento reactivo y proactivo, obsolescencia.
- Factores ambientales: ruido, espacio, mobiliario, por ejemplo.
- Gestión de la información: comunicación intra y extra equipo.
- Liderazgo: cultura de la organización con respecto a la seguridad.
- Supervisión adecuada.

No podemos cambiar la condición humana, si no que podemos cambiar las condiciones bajo las cuales los seres humanos trabajan.²

MEDIDAS PARA MEJORAR

Corregir los errores en perfusión no es un ejercicio que busca el castigo, sino un trabajo de equipo dirigido a encontrar fallos en el sistema e introducir cambios antes de que los mismos se conviertan en errores.

La naturaleza de los procesos cognitivos humanos no puede ser modificada, los sistemas pensados en función de la infalibilidad de quienes intervienen serán propensos a fracasar reiteradamente. Las condiciones en las que trabaja el hombre sí pueden ser modificadas.

² James Reason, profesor de psicología, Universidad de Manchester, UK

Pacientes, reglas, riesgos y el medio ambiente siempre cambian

- La única cosa que puede ser controlada por el individuo es **SU ACTITUD.**



ASOCIACION ESPAÑOLA DE PERFUSIONISTAS
COMISIÓN DE CALIDAD

2007

Son muchas las líneas de actuación que deben ponerse en marcha para la mejora de la seguridad de los pacientes y alcanzar los objetivos formulados. Algunas de las recomendaciones siguientes se desprenden del análisis de los informes internacionales:

- Establecer un enfoque consistente para conseguir liderazgo, investigación, herramientas y protocolos para potenciar el conocimiento sobre la seguridad de los pacientes.
- Identificar los problemas de seguridad y aprender de ellos mediante sistemas de registro y notificación de carácter obligatorio o voluntario
- Formular estándares de mejora de la seguridad por parte de gobiernos, organizaciones, sociedades científicas y profesionales.
- Implementar prácticas seguras en los niveles de la prestación asistencial.

Para desarrollar estas recomendaciones se pueden desplegar diferentes estrategias concretas como por ejemplo la formación de profesionales, la detección precoz y sistemática de riesgos en las áreas de atención al paciente, el análisis de los casos en los que se ha producido un evento adverso, y el registro y notificación de eventos adversos, entre otras

Sistema informatizado de declaración voluntaria de errores y eventos adversos

Aunque existe controversia sobre las características de un sistema de comunicación ideal, para que tenga éxito se necesita una cultura de seguridad implantada en la organización.(16) Los sistemas de comunicación recogen información sobre sucesos adversos, errores o incidentes, con el objetivo de analizar sus causas e implantar cambios en el sistema para evitar su repetición. Una de las limitaciones más importantes de estos sistemas es la infracomunicación, que tiene su origen en el miedo a medidas disciplinarias o legales y la falta de convicción en su eficacia.

Desde la Asociación Española de Perfusionistas y a través de su Comisión de calidad intentará cumplir con todos estos objetivos y así pondrá en marcha la difusión de

toda esta información para lograr la sensibilización de todos los perfusionistas en el tema de seguridad, además de desarrollar y diseñar un formulario adecuado a nuestras funciones, en el cual se puedan registrar de manera anónima todos los incidentes en la perfusión. Intentamos establecer a través de éstas acciones:

Que errores cometemos con mayor frecuencia

Que factores constituyen a que sea más probable equivocarse

Que actitud tenemos ante los errores

Que podemos hacer para evitarlos

Varios son los inconvenientes: falta uniformidad en los métodos de identificación, medida y notificación de los eventos adversos, preocupación sobre la violación del carácter confidencial de los datos, temor ante la responsabilidad profesional, sistemas de información precarios.

SE REQUIERE:

CAPACIDAD PARA APRENDER DE LOS ERRORES

MÁS CAPACIDAD PARA ANTICIPARSE A LOS ERRORES Y RASTREAR LAS DEBILIDADES DEL SISTEMA

SENSIBILIZACIÓN DEL PERFUSIONISTA RESPECTO DEL PROBLEMA DE LOS EVENTOS ADVERSOS. LA NOTIFICACIÓN Y ANALISIS

INCONVENIENTES:

FALTA UNIFORMIDAD EN LOS MÉTODOS DE IDENTIFICACIÓN, MEDIDA Y NOTIFICACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS, PREOCUPACIÓN SOBRE LA VIOLACIÓN DEL CARÁCTER CONFIDENCIAL DE LOS DATOS, TEMOR ANTE LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL, SISTEMAS DE INFORMACIÓN PRECARIOS

El personal de salud y también el perfusionista es reacio a registrar hasta adquirir confianza en el sistema. Existe la percepción inicial de ser un trabajo adicional que no redundará en un beneficio para el paciente ni para el trabajador. El registro será incompleto hasta adquirir destreza y no se incluyen los datos necesarios

INCENTIVOS PARA EL REGISTRO

No castigo. Retroalimentación rápida a quien registra. Soporte sostenido del responsable.

El Dr. Lucian Leape, Profesor de Política de Salud en Harvard School of Public Health en los EE.UU, define las características de un sistema ideal para el registro

Características del sistema ideal según Leape

<u>No punitivo</u>	<u>Las personas registran sin miedo al castigo.</u>
<u>Confidencial</u>	<u>Nunca se revelan a terceros las identidades del paciente, ni de quien registra</u>
<u>Independiente</u>	<u>El programa es independiente de la persona con autoridad para castigar.</u>
<u>Análisis por expertos</u>	<u>Los eventos son analizados por expertos quienes entienden las circunstancias clínicas y están entrenados para identificar causas.</u>
<u>Oportunidad</u>	<u>De respuesta rápida. Las recomendaciones se despliegan rápidamente a quienes necesitan conocerlas.</u>
<u>Orientado a los sistemas</u>	<u>Las recomendaciones se enfocan en cambios a los sistemas, y procesos más que al desempeño individual.</u>
<u>Respuesta efectiva</u>	<u>Quien recibe el registro es capaz de desplegar las recomendaciones y comprometer a los involucrados a implementarlas lo más pronto posible.</u>

Que se debe registrar:

¿qué fallo en el sistema? identificar errores y fallos del sistema

¿qué defensas tenía previsto el sistema para ese accidente?

qué factores presentes favorecieron la ocurrencia de errores?

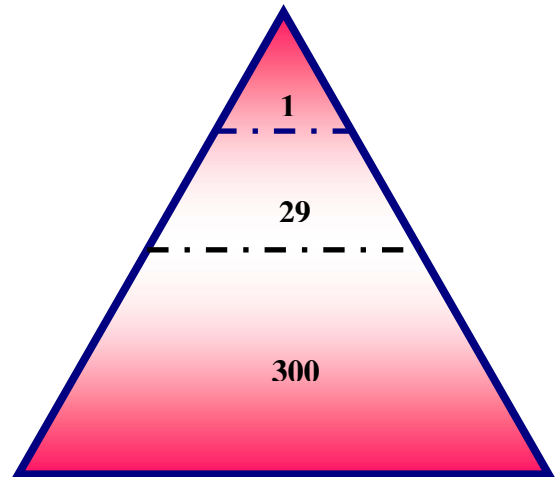
¿por qué no actuaron las defensas y barreras según diseño?

Aunque estamos seguros que los cambios culturales son los más difíciles de conseguir, intentamos lograr la sensibilización de todos perfusionistas en el tema de seguridad, además de desarrollar y diseñar un formulario adecuado a nuestras funciones, en el cual se puedan registrar de manera anónima todos los incidentes en la perfusión, intentamos establecerlo a través de los compromisos organizativos y culturales que pueden favorecer la implantación con éxito de este tipo de iniciativas.

PIRÁMIDE DE HEINRICH.

Describe como Los eventos adversos graves son el pináculo de una amplia base de eventos adversos leves e incidentes, y éstos tienen un proceso causal común a los eventos adversos (leves y graves), con lo que el aprendizaje que se desprende de su análisis es también útil para los eventos que producen lesiones o muerte

- 1 evento adverso grave
- 30 eventos adversos leves
- 300 incidentes sin daño



Por todo ello otra de las estrategias que pondrá en marcha nuestra organización es la elaboración de un modelo de seguridad en perfusión que se llevará a cabo con la participación de todo el colectivo de perfusionistas de nuestro entorno, mediante el diseño, construcción y validación de un modelo de estándares de seguridad en perfusión , capaz de controlar las condiciones latentes que puedan atentar contra la seguridad siguiendo las directrices de la Joint Comisión .

La Seguridad del Paciente no
es una **META**

Es un **CAMINO**

Dr Lucian Leape



ASOCIACION ESPAÑOLA DE PERFUSIONISTAS
COMISIÓN DE CALIDAD

2007

BIBLIOGRAFIA

- (1) Accidentes en CEC: Causas, prevención y tratamiento. Lopez Sánchez S, Tocón Pastor G, Alé Martín I, Tocón Alé C. y cols. Revista AEP nº 21-2 pág. 22-32, 1995
- (2) Tocón Pastor G, Lopez Sánchez S, Tocón Alé C, Situaciones especiales durante la perfusión. Libro: Fisiopatología y técnicas de circulación extracorpórea. Editado por la Asociación Española de Perfusionistas. 2003. ISBN: 84-89045-28-3. Pg. 341-357
- (3) AARON G.HILL and MARK KURUSZ: "Perfusion standards and guidelines". *perfusion* 1997; 12: 251-255.
- (4) DAVID A PALANZO: "Perfusion safety: definin the problem". *Perfusion*, 2005; 20: 195-203.
- (5) MARK KURUSZ: "Early techniques of extracorporeal circulation". *Perfusion*, 2003; 18: 191-200
- (6) OWEN F JENKINS, RICHARD MORRIS: "Australasian perfusión incident survey". *Perfusión* 1997; 12: 279-288.
- (7) STAFFAN SVENMARKER AND MICAEL APPELBLAD: "Reporting of perfusion-related incidents: pitfalls and limitations". *Perfusion* 2005; 20:243-248.
- (8) MARK KURUSZ: "Standards update on perfusion equipment and practice". *Perfusion* 2005; 20: 205-208.
- (9) Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000; 320: 768-770
- (10) Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *To Err is Human: Building a Safer Health Care System*. National Academy Press, Washington, D.C., 2000.
- (11) Leape L, Brennan T, Laird N, *et al*. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991;**324**:377-84.
- (12) Liam DONALDSON, An organization with a memory. *Clinical Medicine* 2002, vol. 2 nº 5 pp 452-457.
- (13) Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaria General de Calidad. Agencia de Calidad del SNS. Abril 2007
- (14) "Estudio Nacional sobre Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS.Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Febrero 2005.
- (15) Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 2003 National patient safety goals www.jcaho.org
- (16) Sistemas de registro y notificación de incidentes y evetos adversos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid, 2006.
- (17) La Seguridad del Paciente en siete pasos. Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NHS). Sistema Nacional de Salud (NHS). Reino Unido. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2006.