

Nuevas herramientas en seguridad de pacientes.

Dr. Ezequiel García Elorrio

Director

Departamento de Calidad en Atención Médica y Seguridad del Paciente
Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria

2° Jornada de Infección Intrahospitalaria y
Seguridad del paciente

14 de Octubre 2011



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLÍNICA Y SANITARIA

Contenidos de la presentación

- Los hechos
- La realidad global
- La realidad regional
- Modelos de gestión del riesgo hospitalario
- Una palabra sobre la evidencia
- Sobre la investigación como herramienta de mejora
- Desafíos
- Recursos y soluciones



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLÍNICA Y SANITARIA

Sobre el IECS

- Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria.
- Formado a partir de la Maestría en Efectividad Clínica de la UBA creada en 1999. Relacionada con profesores de la Harvard School of Public Health.
- En funcionamiento desde 2002, dedicado a la investigación en servicios de salud, capacitación y cooperación técnica a nivel nacional y regional.
- Diversas áreas de interés:
 - Salud de la madre y el niño
 - Evaluación de tecnologías y economía de la salud. Cochrane.
 - Enf Crónicas (CESCAS)
 - Epidemiología (enf transmisibles)
 - Políticas de salud
 - Calidad de Atención Médica y Seguridad del Paciente



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLÍNICA Y SANITARIA

En C y S desarrollamos

- Proyectos de Investigación:
 - Promoción del lavado de manos (WHO)
 - Adaptación del HCAHPS a poblaciones pediátricas (F. Mapfre)
 - Validación de Indicadores para brecha en salud Cardiovascular (Fogarty International Center- NIH)
 - Adopción de manejo activo del alumbramiento en Nicaragua (PATH-USAID)
 - Empoderamiento de pacientes. Adaptación de instrumentos (CIHR)
 - Estudio transversal en errores de medicación
 - RS en intervenciones para disminuir el error en medicación.
- Programas de capacitación en forma presencial y a distancia
- Proyectos de Cooperación Técnica: Programa de Seguridad de Pacientes, mejora de procesos y evaluación externa.
- Proyectos de Networking: Foros Arg y LAC, CLICCS, IHI Open School e ISQUA Knowledge
- Editor asociado del Int J Qual in Health Care



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLÍNICA Y SANITARIA

Eventos adversos en el cuidado de la salud

- Cerca del 10% de los pacientes hospitalizados sufren adversos adversos.
- Hasta 100.000 personas podrían haber muerto por año en los Estados Unidos por eventos adversos, siendo un porcentaje (hasta 50%) prevenibles reporte del IOM
- Las infecciones intrahospitalarias
 - 5-10% de los pacientes hospitalizados adquieren IH y 37% de los que están en terapias intensivas (OMS)
 - 5 millones de IH se estima ocurren en Europa por año (OMS 2009)
 - 1,7 millones de IH en EEUU llevando a 100.000 muertes (2002)
 - El riesgo de sufrir una infección asociada a una herida quirúrgica es mayor en países en desarrollo – del 19 al 40%- según datos de OMS
 - Las IH en neonatos son 3-20 veces mas frecuentes en países en desarrollo (OMS)
 - Impacto económico: 13-24 billones de Euros (Europa) y 6.5 billones de USD en EEUU

(Datos consolidados por WHO Patient Safety)

Eventos adversos en el cuidado de la salud

- **Errores de Medicación:** Principal causa de daño en países desarrollados y en desarrollo.
 - 1.5 Millones reciben daño y miles mueren en Estados Unidos (2006)
 - En algunos países 67% de las indicaciones tienen errores (2005)
- **Cirugía Insegura:**
 - Cerca de 7 M de complicaciones que generan daño
 - Se estiman 1 M de muertes a nivel global relacionadas con errores durante el acto quirúrgico.
- **Traspasos (handovers):**
 - 15% de errores en residentes que llevan a eventos adversos (USA 2007)
 - Es una de las causas más comunes de juicios de mala praxis
 - 15% de los casos que terminan en eventos adversos (Australia 2007)
- **Seguridad en inyectables**
 - 70% de las inyecciones en atención primaria pueden ser innecesarias.
 - 1.5% a 69.4% de las inyecciones son brindadas con jeringas o agujas sin la adecuada esterilización en LMIC
 - Las inyecciones inseguras están relacionadas con el 33% de nuevos casos de VHB, 2 M de casos de VHC y 2% de nuevos casos de HIV en LMIC
- **Otros desafíos:** errores en diagnósticos, prácticas inseguras en transfusiones, identificación incorrecta, conexiones incorrectas de catéteres y tubos, caídas, uso incorrecto de electrolitos concentrados.

(Datos consolidados por WHO Patient Safety)

Sobre la visión de la seguridad del paciente y el error en salud

- Al menos 20 años de investigación en los servicios de salud han demostrado que en conjunto con los casi 100 años de desarrollo en la industria de producción que los errores ocurren por:

FALLAS DE DISEÑO DE LOS SISTEMAS

“Cada proceso esta perfectamente diseñado para lograr los resultado que produce (Donald Berwick NEJM 1991)”



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLÍNICA Y SANITARIA

Hechos

- **Tamaño del problema:** IOM, CS '90 IBEAS, AMRO, AFRO y estudios de brechas en la atención (Mc Glynn)
- **Impacto del problema:** en definición
- **Causas del problema:** aclaradas en países desarrollados
- **Soluciones para el problema**
 - Paquetes (Bundles)
 - Listas de cotejo.
 - Campañas
 - Acreditación

Concepto de segunda víctima (Albert Wu)

Grandes actores a nivel global

- Investigación: OMS, NIH (AHRQ), NPSA (GB), CIHR (Canada), Coop Int Española y C. Cochrane
- Implementación: OMS-OPS, IHI (Institute for Healthcare Improvement), Joint Commission International, industria farmacéutica y de tecnología, agencias de cooperación: USAID (URC PATH), CIE
- Colaboración: SOLACASA, ISQUA, IHI, IAPO



Para empezar...

“Los hospitales son lugares peligrosos”

– Elizabeth Moss. Chair, Harvard Advanced Leadership Initiative.

www.safetyleaders.org

- ¿Porqué? (entre otras)

- Elevadas tasas de infecciones intrahospitalarias
- Riesgos de errores de diagnóstico y tratamiento
- Errores en transición de cuidados dentro y fuera del Htal.

Riesgo en los hospitales

- Al menos 20 años de evidencia demuestran los riesgos que padecen los pacientes en instituciones de internación que en diversa medida (50%) puede ser prevenidos.
- % global de eventos adversos en Hosp de USA: 4-8%
- IBEAS para la región LAC: 11,85.% (pooled)
- Los problemas más frecuentes. IHH, úlceras x decubito y errores de medicación sumados a errores de procedimiento clínico (IBEAS).
- Escasos modelos locales de gestión integral por procesos.

Solución: Gestión del Riesgo Hospitalario

¿Qué es gestión del riesgo Hospitalario?

Incluye todas las políticas, recomendaciones, programas y otro tipo de intervenciones que tienen como objetivo eliminar, reducir o gestionar los riesgos hospitalarios*.

Excluyo en mi presentacion aspectos relacionados con la seguridad edilicia, a catástrofes o desastres naturales. <http://safehospitals.info/>

**Benchmarking de buenas prácticas en la gestión de riesgos y políticas de reordenación del gobierno clínico en el ámbito hospitalario
INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2008 MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO –ESPAÑA-*

Un ejemplo



**BRIGHAM AND
WOMEN'S HOSPITAL**
A Teaching Affiliate of Harvard Medical School

- Brigham & Women's Hospital Boston
 - Centro por Excelencia Clinica
- **Calidad:** Seguimiento de la mortalidad, Pago x Desemp e Indicadores Publicos
- **Seguridad:** Prevención de errores, ACR, FEMA
- **Mejora de Procesos:** Orientado a logística, suministros y procesos administrativos
- **Acreditacion:** JC
- ¿Por que lo hacen? ...Aspiracional/Porque no tienen alternativa
 - Espiritu de excelencia.
 - Regulación
 - Fuerzas de mercado
 - Demanda de los consumidores
 - Demanda de los profesionales?

http://www.brighamandwomens.org/about_bwh/quality/cce.aspx



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLINICA Y SANITARIA

Algunas corrientes actuales en el riesgo clínico

- Metas de seguridad JC (2005)
 - Identificación de pacientes
 - Cirugía Segura – Checklist Quirúrgico-
 - Medicación del alto riesgo
 - Prevención de caídas
 - Promoción del lavado de manos
 - Comunicación efectiva
 - Reconciliación de medicación (solo en USA)



Algunas corrientes actuales en el riesgo clínico II

- Otras fuentes
 - Control de IHH
 - Maternidad segura (OMS)
 - Transiciones de cuidados (Hands Off)
 - Uso adecuado de ciertas prácticas de internación: profilaxis TVP, Profilaxis antibiótica, cuidados preoperatorios, entre otros
 - Manejo adecuado en la epidemia H1N1
 - Manejo del dolor postoperatorio y en cuidados paliativos
 - Comunicación con pacientes.



¿Como lo hacen: un ejemplo?

- High Five's (JC OMS): Protocolo estandarizado para el desarrollo de 5 prácticas de seguridad
 - Prevención de errores en la transición de cuidados
 - Prevención errores en cirugía (lado/Procedimiento/personal)
 - Prevención de errores en continuidad de medicación (Med Rec)
 - Prevención en el uso de medicamentos concentrados
 - Promoción del lavado de manos



¿Qué es evidencia en SP?

- Dos grandes mundos:
 - Control de infecciones intrahospitalarias (> 30 años)
 - Resto de los problemas (menos de 12-15 años)
 - Error de medicación
 - Daño relacionado con procedimientos quirúrgicos
 - Caídas/ulceras por presión/cultura/
 - Futuro - Presente
 - Transiciones de cuidado
 - Reinternaciones
 - Atención ambulatoria
 - Errores en el proceso diagnóstico



Sobre la evidencia en calidad y seguridad

Resultados

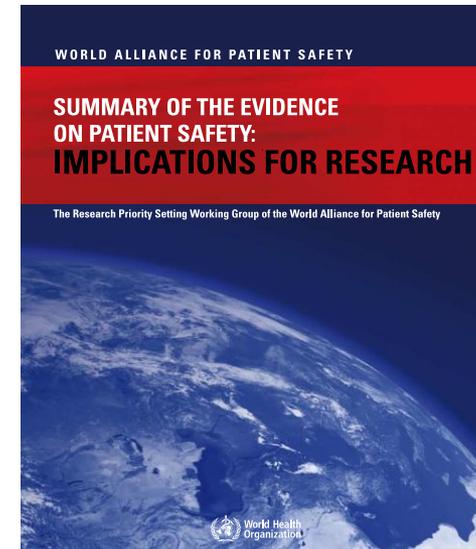
Eventos relacionados con tratamiento con drogas
Eventos relacionados con dispositivos médicos
Daño relacionado con Cirugía y Anestesia
Infecciones asociadas al cuidado médico
Prácticas inseguras en uso de inyectables
Hemoderivados inseguros
Salud de embarazada y recién nacido
Seguridad del anciano
Daño relacionado con caídas en hospitales
Úlceras por presión

Estructura

Determinantes organizacionales y fallas latentes
Uso de acreditación y regulación para prevenir daño
Cultura de seguridad
Educación y entrenamiento de recursos humanos
Fatiga y Stress
Presión por la producción
Dispositivos y procedimientos sin factor humano

Procesos

Errores en Diagnóstico
Error en seguimiento
Falsificación de drogas
Medidas inadecuadas de seguridad de pacientes
Falta de involucramiento de pacientes



Patient safety research: an overview of the global evidence A K Jha, N Prasopa-Plaizier, I Larizgoitia, D W Bates *Qual Saf Health Care* 2010;19:42-47



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLÍNICA Y SANITARIA

Una pregunta



¿Debemos excluir de los pisos de internación las soluciones concentradas de potasio para disminuir las administraciones accidentales?

A favor?

¡Es puro sentido común!

En contra

¿Donde esta la evidencia?

Ten incidents were reviewed in detail, where patient death occurred as a direct result of misadministration of potassium chloride concentrate.

In Canada, 23 incidents were examined which took place between 1993 and 1996, and there we similar findings to those described by JCAHO.



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLINICA Y SANITARIA

Estudios clave en seguridad en pacientes

- Frecuencia de errores durante la internación (**Estudios de Corte Transversal/cohorte retrospectiva**) New Engl J. Med, 1991, 324:370-376
- La campaña de las 100K demostró reducción de muertes con **controles históricos**. BMJ 2006 2;332:1328-1330
- Uso de bundles para disminuir la incidencia de infecciones de vias centrales (**Estudio antes/después no controlado**) N Engl J Med 2006;355:2725-32.
- Uso de lista de cotejo para disminuir la incidencia de errores durante el acto quirúrgico (**estudio antes después no controlado**) N Engl J Med 2009;360:491-9.
- Incorporación de un farmaceutico en las recorridas (**Estudio antes después no controlado**) JAMA. 1999;282(3):267-270.
- Prescripcion electronica para disminuir eventos adversos relacionados con la medicacion.(**Estudio antes despues no controlado**) JAMA, 1998, 280:1311-1313.
- Uso de reconciliacion para disminuir errores en medicamentos (**consenso/encuestas**) Jt Comm J Qual Patient Saf 2006; 32: 37-50

Factor común en ellos: bajos/moderado niveles de evidencia de acuerdo a los diseños utilizados...



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLÍNICA Y SANITARIA

El debate en el mundo sobre investigación e implementación

- ***The Tension between Needing to Improve Care and Knowing How to Do It*** Andrew D. Auerbach, M.D., M.P.H., C. Seth Landefeld, M.D., and Kaveh G. Shojania, M.D. *N Engl J Med* 357;6 august 9, 2007
 - Mensaje Principal: esperar estudios con buen nivel de evidencia antes de tomar definiciones.
- ***The Science of Improvement*** Donald M. Berwick *JAMA*, March 12, 2008—Vol 299, No. 10
 - Mensaje principal: la atención médica es compleja y no puede completamente dimensionada por ensayos clínicos que son limitadas.



Sobre la investigación operativa

Se refiere al uso de técnicas de investigación sistemática para la toma de decisiones en un programa lograr un resultado específico. Ofrece a los responsables políticos y gestores la evidencia que se pueden utilizar para mejorar las operaciones de un programa. Se distingue de otros tipos de investigación por las siguientes características:

- Se dirige a problemas específicos dentro de los programas específicos, no en temas generales de salud;
- Se ocupa de los problemas que están bajo el control de los administradores, como los sistemas de programas, capacitación, fijación de precios y suministro de información;
- Utiliza procedimientos sistemáticos de recolección de datos, tanto cualitativos como cuantitativos, para acumular evidencia que apoya la toma de decisiones;
- Se requiere la colaboración entre gestores e investigadores en la identificación del problema de investigación, el desarrollo del diseño del estudio, la aplicación del estudio y el análisis e interpretación de resultados, y
- Se logra sólo si los resultados del estudio se utilizan para hacer decisiones sobre el programa, la publicación sí sola no es un indicador válido de éxito.

David Sanders and Andy Haines. Implementation Research Is Needed to Achieve International Health Goals. PLoS Medicine June 2006 | Volume 3 | Issue 6 | e186

<http://www.pasca.org/node/57>



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLÍNICA Y SANITARIA

Investigación e implementación

- Llevando la investigación a la practica: CAMBIO
- Basado en: *Althabe F, Buekens P, Bergel E, Belizán JM, Campbell MK, Moss N, Hartwell T, Wright LL; Guidelines Trial Group. A behavioural intervention to improve obstetrical care. N Engl J Med. 2008 May 1;358 (18):1929-40*
- **Objetivo:** reducir la mortalidad materna por hemorragias post parto utilizando prácticas basadas en la evidencia como el manejo activo del alumbramiento.
- **Estrategia:** Identificación y formación de facilitadores para diseminar evidencia, medir desempeño y transformar la practica profesional
- **Replicado** en Ghana, Argentina y Nicaragua con financiamiento de PATH USAID



POPPHI

Prevention of Postpartum Hemorrhage Initiative



IECS

INSTITUTO DE EFECTIVIDAD CLINICA Y SANITARIA

¿Ahorra dinero?: Business Case

- En los procesos industriales no hay dudas.
- El sistema de salud es mucho más complejo y no hay suficientes pruebas.

Improved quality of patient care	Better management of leg ulcers	£1050m savings
	Reduced Health Care Acquired Infections	£1000m savings
	Reduced drug errors	£750m savings
	Implementation of NICE guidelines	£600m savings
	Improved nutritional care	£130m savings
	Adherence to stroke pathways	£36m savings
	Reduction in falls in hospitals	£15m savings
	Better management of patients with diabetes when in hospital	£105m savings

BMJ Qual Saf 2011;**20**:293–296.
doi:10.1136/bmjqs.2010.050237



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLÍNICA Y SANITARIA

¿Yo quiero gestionar la calidad en mi hospital, qué puedo hacer?

- Evaluación externa (acreditación/Certificación)
- Adherirse a campañas nacionales e internacionales
- Gestión del riesgo: Gobierno Clínico
- Otros.



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLÍNICA Y SANITARIA

Evaluación externa

- Localmente: ITAES, CENAS, programas públicos, ISO.
- Internacional: Joint Commission, Trent (GB), Accreditation Canada, Agencia Australiana.
- Se basan en la evaluación por terceros del cumplimiento con estándares que intentan definir un marco para la gestión de calidad institucional. También hacen foco en el reporte público de ciertos indicadores –ORYX–
- Nivel de evidencia: incierto



El impacto del reporte Público

Table 2. Improvement in Performance on Accountability Core Measures from 2002 through 2009.**

Year	No. of Core Measures	No. of Accountability Measures	Median No. of Accountability Measures per Hospital†	No. of Hospitals Reporting†	No. of Opportunities to Provide Care in Accordance with Measures‡	Overall Performance on All Accountability Measures§ <i>percent</i>	Hospitals with >90% Performance†§
2002	16	8	5	3250	957,000	81.8	20.4
2003	16	8	5	3286	2,173,000	83.9	24.6
2004	25	16	12	3254	3,651,000	83.3	16.5
2005	25	16	12	3225	4,490,000	84.9	21.9
2006	30	20	12	3283	5,322,000	88.2	41.5
2007	34	24	12	3170	7,911,000	90.0	60.0
2008	31	22	16	3178	13,222,000	93.1	70.8
2009	31	22	16	3123	12,476,000	95.4	85.9

* Data are from the Joint Commission's hospital performance-measure data warehouse.

† For data in this column, in each year, hospitals are included only if they reported a minimum of 30 cases across all their accountability measures.

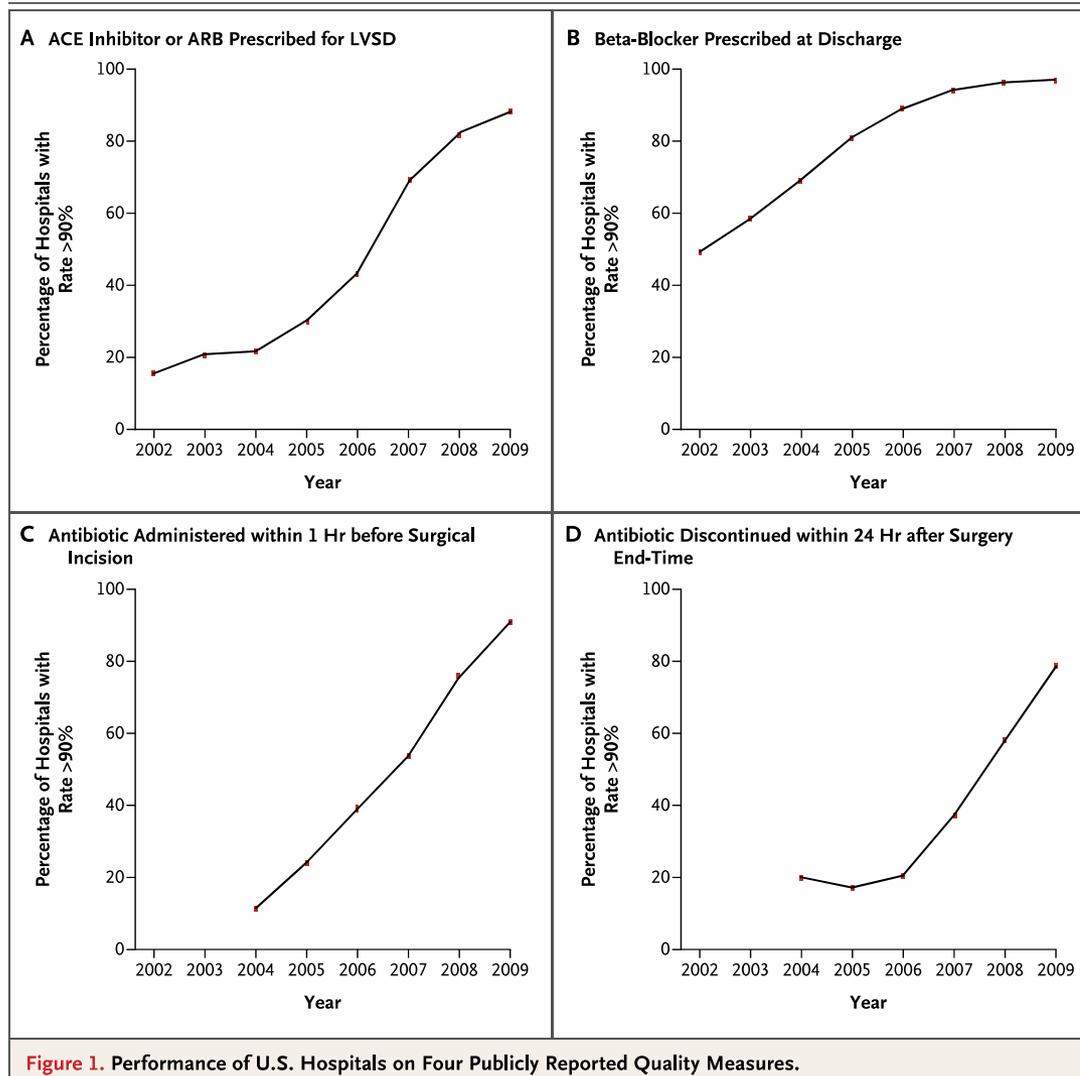
‡ The numbers in this column represent the sum of all opportunities across all hospitals and all accountability measures.

§ The temporal trends were similar when the analysis was restricted to the subgroup of 2662 hospitals that reported data on acute myocardial infarction, heart failure, and pneumonia.

Chassin M NEJM 367(7) Aug 2010



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLINICA Y SANITARIA



¿Cómo luce un estandar?

Estándar COP.2.1

La atención prestada a cada paciente está planificada y anotada en la historia clínica del paciente.

Elementos medibles de COP.2.1

1. El médico responsable, junto a la enfermera y a los demás profesionales sanitarios, planifican la atención de cada paciente dentro de las 24 horas posteriores a la admisión para hospitalización.
2. La atención planificada está personalizada y se basa en los datos de la evaluación inicial del paciente.
3. La atención planificada queda reflejada en la historia clínica en forma de objetivos medibles.
4. Los objetivos de tratamiento reflejados en el plan se actualizan o se revisan, según sea adecuado, basándose en la reevaluación del paciente que realizan los profesionales sanitarios.
5. El médico responsable del paciente revisa y verifica la atención planificada para cada paciente, registrando una nota en la historia clínica del paciente. (*Véase también ACC.2.1, EM 1*)
6. Se presta la atención planificada.
7. El profesional que presta la atención anotará la atención prestada a cada paciente en la historia clínica del paciente. (*Véanse también ASC.7.2; ASC.5.2, EM 1; y COP.2.3, EM 1*)

Otro ejemplo

Requisito del Objetivo 3

La organización desarrolla un enfoque para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.

Elementos medibles del Objetivo 3

1. Se desarrollan políticas y/o procedimientos que definan la identificación, la ubicación, el etiquetado y el almacenaje de medicación de alto riesgo.
2. Se implementan las políticas y procedimientos.
3. No hay electrólitos concentrados en unidades de atención al paciente, salvo en aquellas áreas donde la política lo autorice, sean necesarios desde el punto de vista clínico y se tomen medidas contra su administración involuntaria. (*Véase también* la declaración de intención de MMU.3)
4. Los electrolitos concentrados que se almacenan en las unidades de atención al paciente se identifican (etiquetan) claramente y se almacenan de forma que tengan un acceso restringido.

Campañas

Basadas en el concepto de cambio a gran escala, integrando conceptos de evidencia, marketing, sociología y mejora continua.

- Institute for HealthCare Improvement (IHI)
 - 100K
 - 5 M
 - Réplicas en Escocia, Gales y Holanda
- OMS
 - Lavado de manos
 - Cirugía segura
 - Próximamente Maternidad Segura



Preguntas

- ¿Son trasladables fuera del momento inicial?
- ¿Cuál es la relación pragmatismo vs ciencia a la hora de la evidencia?



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLÍNICA Y SANITARIA

Impacto de las campañas

- La campaña 100K dijo evitar 123.000 muertes en 18 meses en hospitales de Estado Unidos.
 - BMJ 2006 2;332:1328-1330
- Se estima que medio millón de muertes anuales podrían evitarse si se aplicase el checklist quirurgico en forma global
 - http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/checklist_saves_lives/en/index.html
- Aumento del 39,6% al 59,6% en un estudio de demostración multicéntrica para higiene de manos
 - http://www.who.int/gpsc/country_work/pilot_sites/introduction/en/index.html



Gobierno Clínico (Gestión Clínica o Clinical Governance)

Nueva propuesta organizativa que estructura las organizaciones sanitarias sobre el principio de “responsabilidad corporativa por el funcionamiento asistencial”. Surgió a finales de los años 90 y fue aplicada por primera vez por el Gobierno Británico para reforzar e integrar la calidad en el Departamento de Salud .

Desde la perspectiva de la gestión, el gobierno clínico incorpora los elementos de la buena gestión de las organizaciones:

- Búsqueda de una mejora continua de la calidad.
- Enfoque en los pacientes.
- Gestión por procesos.
- Modelos de gobierno y de gestión coherentes con la naturaleza de las organizaciones sanitarias

www.health.wa.gov.au/safetyandquality/



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLÍNICA Y SANITARIA

Otros

- Derivados de la industria de producción y de probado éxito. Definitivamente requieren adaptación y una organización “especial”.
- Toyota Production System (TPS)
- Lean Sigma
- CMMI (Carnegie Mellon)
- Colaborativas (IHI)



Puntos en común entre los diferentes modelos

- Eligen problemas de alto impacto
- Requieren grandes dosis de liderazgo y compromiso.
- Miden rigurosamente y utilizan herramientas de mejora continua.
- Utilizan paquetes de medidas estandarizadas basadas en la evidencia.
- Crecientemente centrados en el paciente y en el personal de salud.
- Comparten hallazgos para acelerar la velocidad de difusión.



¿Porque? Estímulos

- Como cualquier gestión del cambio debemos tener ciertas amenazas actuales o futuras
 - Reclamos judiciales
 - Regulación (Chile, México, Colombia y Uruguay)
 - Modelos de pago (Medicare 2009)
 - Reclamos de los pacientes (Susan Sheridan/Josie King)
 - Reclamos por parte de los profesionales de la salud?
Cámaras.



¿Y en mi servicio?

- Sensibilización: Incorporar la calidad y seguridad dentro del marco de trabajo. Concepto de segunda víctima. Encuesta de cultura AHRQ.
- Creación de un grupo colaborativo (comité) de calidad y seguridad utilizando técnicas de priorización para iniciar el trabajo.
- Escribir políticas, diseminarlas y MEDIR.
- Estudios de evaluación de brecha (prevalencia).
- Journal Clubs
- Intervenciones basadas en la evidencia.
- Tolerancia cero al error. Creación de la cultura.
- Visión de aprendizaje del error. Kaizen.



¿Porqué investigar si el problema es la brecha en la calidad de atención y deberíamos dedicarnos a cerrarla?

- Para tener datos válidos de nuestra realidad
- Para confirmar o adaptar estimaciones de causalidad descritas en otros ámbitos
- Para encontrar métodos válidos y confiables a la hora de elegir intervenciones en el caso de ser originales.
- Para adaptar efectivamente hallazgos de otros y poder utilizarlos con confianza en su efectividad.

- **INVESTIGACION: GENERAR NUEVO CONOCIMIENTO**
- **IMPLEMENTACION: LLEVARLO A LA PRACTICA**



Recurso I: Seguridad del Paciente

OMS

Iniciativa de OMS creada en 2004 con las siguientes grandes líneas:

- Investigación
- Capacitación
- Campañas
- Taxonomía
- Pacientes por seguridad del paciente



Investigación en países en desarrollo

Métodos: A partir de Medline desde 1998 a 2007 identificamos y revisamos 23 artículos en inglés que examinaban el caso de evaluación de la seguridad del paciente en países en desarrollo

Resultados : Nuestra revisión incluyó 12 estudios que evaluaron en forma prospectiva la seguridad de pacientes y 11 estudios que los hicieron en forma retrospectiva. Pocos de estos estudios utilizaron encuestas u observación directa y varios utilizaron revisión de historias clínicas en general en una sola institución

Conclusión: La investigación en países en desarrollado ha sido escasa y limitada en su foco. El desarrollo de estas iniciativas requiere de darle continuidad a estos proyectos.

*Measures of patient safety in developing and emerging countries: a review of the literature
K B Carpenter on behalf of the Methods & Measures Working Group of the WHO World Alliance
for Patient Safety Qual Saf Health Care 2010;19:48-54*

¿Alguna observación por parte de la audiencia sobre el estudio?

¿Alguna conclusión?

Publicaciones de la región LAC: Medline, LILACS, Biblioteca Cochrane

- No hay en la actualidad un RS para Latinoamérica en temas seguridad del paciente
- Solo la búsqueda incidental genera resultados pero probablemente haya más en literatura gris o en bases como LILACS o ScIELO
- En resumen hacen falta más investigación local



Recurso II: El mapa de la mejora (IHI)

Recurso que describe diferentes soluciones para los diferentes problemas de calidad



Exhibe

- Nivel de evidencia
- Costo
- Tiempo a la implementación
- Nivel de dificultad

Problemas

- Caja negra?
- Idioma



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLÍNICA Y SANITARIA

¿En que tópicos investigar?

Países en Desarrollo

Países transicionales

Países desarrollados



Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

Adulteracion de drogas

Mejora de competencias y habilidades

Ausencia de comunicación y coordinación profesional

Mejora de competencias y habilidades

Ausencia de conocimiento y diseminación

Fallas latentes en la organización

Salud Materno Infantil
Infecciones asociadas al Cuidado de la Salud

Ausencia de comunicación y coordinación profesional
Infecciones asociadas al Cuidado de la Salud

Cultura de seguridad

Practiclas inseguras de inyección

Salud Materno Infantil

Seguridad de Medicacion

Hemoderivados Inseguros

Seguridad de Medicación

Cuidado del pac frágil o anciano

Global Priorities for Patient Safety Research

Better knowledge for safer care



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLINICA Y SANITARIA

Diseños

- Las preguntas son las habituales: causalidad (CS, C, CC) pronóstico (C prosp) y diagnóstico (CS) y tratamiento
- Tratamiento: No solo ensayos clínicos tradicionales (explicativos -limitaciones de generalizabilidad) informe Shojania 2001- AHRQ-
- Otros diseños (de efectividad)
 - Antes después /controlados
 - Series de tiempo interrumpidas/controladas
 - Ensayo clinicos en Cluster y Stepped Wedge
 - Trials pragmaticos (BMJ 1998 316 : 285)
 - Evaluacion prospectiva (registros)
 - Análisis de bases de datos
 - Simulación (Modelling)



Diseños II

- Metanálisis, revisiones sistemáticas
- Evaluaciones económicas
- Herramientas derivadas de calidad industrial/otros
 - Análisis de causa raíz
 - Análisis de modo de fallos y sus efectos
 - Global Trigger Tool de IHI
- Otros diseños derivados de las ciencias sociales.
 - Investigación cualitativa. Entrevistas, grupos focales

Promoción de estudios de efectividad



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLÍNICA Y SANITARIA

¿Cómo conseguir datos?

- Revisión retrospectiva de historias clínicas
- Revisión concurrente de historias clínicas
- Entrevistas con personal a cargo de pacientes internados.
- Grupos nominales
- Observación directa y entrevistas relacionadas



http://www.who.int/patientsafety/research/methodological_guide/en/index.html



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLÍNICA Y SANITARIA

Recurso III: Curso online de OMS para investigadores

- El actual

http://www.who.int/patientsafety/research/online_course/en/index.html

- Se esta desarrollando un curso avanzado que esperamos sea multilingue...



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLÍNICA Y SANITARIA

Desafío: comunicar resultados

– Barreras para la publicación:

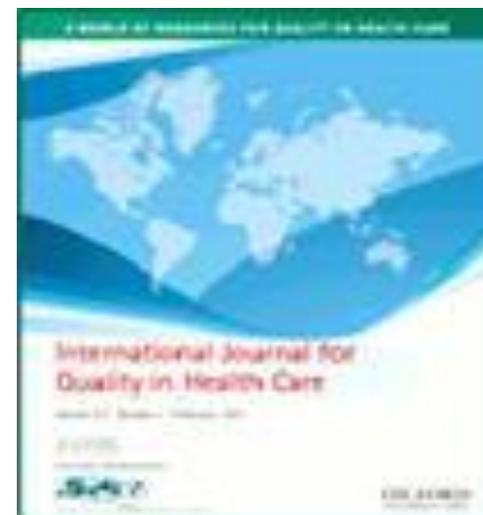
- Método
- Tiempo
- Mentoría
- Idioma
- Experiencia en escritura de artículos (Medical Writing)



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLÍNICA Y SANITARIA

Desafío: comunicar resultados

- Revistas genéricas locales e internacionales
- Revistas internacionales
 - ISQUA Journal
 - Quality and Safety BMJ
 - Implementation Science
 - BMC Health Services Research
 - Rev Cal Asistencial
- Algunas claves
 - Identificar y escribir a su audiencia
 - Referir a publicaciones relevantes y recientes
 - Escribir en orden reverso (antecedentes, resultados, título y resumen)
 - Hacer lo básico bien.
 - Respetar las pautas de la revista
 - Respetar la cantidad de palabras
 - Evitar las abreviaturas y palabras muy técnicas



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLÍNICA Y SANITARIA

Desafios: Diseminación (Knowledge Translation)

Knowledge Translation es el intercambio, síntesis y aplicación ética del mejor conocimiento disponible dentro de un sistema complejo de interacciones entre investigadores y usuarios, para acelerar la adopción de los beneficios de la investigación logrando una mejor salud, servicios más eficaces y fortalecimiento de una sistema de salud. –*CIHR- Canadian Institute for Health Research.*

- Según datos de una encuesta piloto recientemente realizada entre hospitales de la Ciudad de Buenos Aires se observó que hay un barreras relacionadas con falta de apoyo económico para acceder a full text, conocimientos de ingles y dificultades para interpretar un metanálisis.



Recurso IV: Isqua Knowledge



Secciones

Investigación

Cuidados basados en el paciente

Educación

Acreditación

¿Qué se ofrece?

Recursos, discusiones online, webminars, foros de discusión consultas, mentoría?

<http://www.isquaknowledge.org/>



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLÍNICA Y SANITARIA



Recurso V: CLICSS

- Consorcio Latinoamericano de Innovación, Calidad y Seguridad en Salud
- Desarrollado por IHI y SOLACASA
- Promueve colaboración a nivel regional
- Búsqueda de Joyas (Mejores Prácticas)
- Escuela abierta del IHI (Open School)
- Reunión LAC en Bogotá próximo Junio 2012

Un aporte local: FCCSH

- Foro Colaborativo en Calidad y Seguridad Hospitalaria.
- 30 Hospitales de AMBA y del Interior desde 3/2010.
- 110 integrantes individuales.
- Se comparten temas relacionados con seguridad del paciente, facilitado por el IECS
- Versión LAC desde Mar 2011.
- Abierto. La única condición es compartir.
- Jornada anual 3-11. Gregg Meyer MD MGH



La realidad de nuestro país y la región

- La sensibilización ya terminó en el mundo pero en la región persisten las dudas.
- No hay un plan directriz en cuanto a la gestión del riesgo ni incentivos para llevarlo a cabo.
- Tampoco pueden encontrarse publicaciones que describan acciones presentes en nuestro país y la región.
- Existen esfuerzos independientes relacionados con la evaluación externa (nacional e internacional) y el espíritu de mejora o de regulación pública en forma aislada.
- Actores principales: Gobiernos, ONGs (OPS, ITAES, ANM, IECS, CENAS) y proveedores de salud.



Desafíos para nuestro país y la región en cuanto a la seguridad hospitalaria

- Extender fuera del liderazgo y aspiración de unos pocos, **la implementación de iniciativas de calidad y seguridad** a nivel hospitalario y ambulatorio.
- **Generar evidencia local** para completar sensibilización.
- **Influir en decisores** para la implementación de leyes en pos de la seguridad intrahospitalaria
- **Diseminar mejores prácticas** y casos exitosos para mejorar la acelerar la tasa de difusión.
- Continuar investigando y adaptando en herramientas que puedan cerrar la brecha.



Un buen lugar para empezar

National Quality Forum Quick Start Package

- 34 Iniciativas en los siguientes dominios
 - Cultura Institucional
 - Participación de Pacientes
 - Cuidado del personal
 - Sistemas de información y continuidad de los cuidados
 - Manejo de la medicación
 - Infecciones Intrahospitalarias
 - Prácticas y conductas en enf. específicas

www.nqf.org



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLÍNICA Y SANITARIA

¡Muchas gracias!

egarciaelorrio@iecs.org.ar

www.iecs.org.ar



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLINICA Y SANITARIA