El Papel de los Líderes en la Implementación de un Programa de Mejoramiento de la Calidad y de Seguridad del Paciente

Ihab Dorotta, MD

Adoptar el Cambio:

Creación de los líderes de hoy

viernes, 19 de octubre de 2018

Divulgación de Conflictos de Intereses

No tengo ninguna relación financiera relevante con ningún interés comercial.

Objetivos de Aprendizaje

1. Describir la responsabilidad de los líderes para los programas de mejoramiento de la calidad y seguridad del paciente.

2. Describir la importancia de los reportes de calidad periódicos al consejo rector y el personal.

3. Describir cómo desarrollar una cultura hospitalaria que fomente el reporte y la discusión de eventos centinela o casi accidentes sin temor a repercusiones.

Paradoja de la Abundancia

~El sistema de atención a la salud más avanzado del mundo

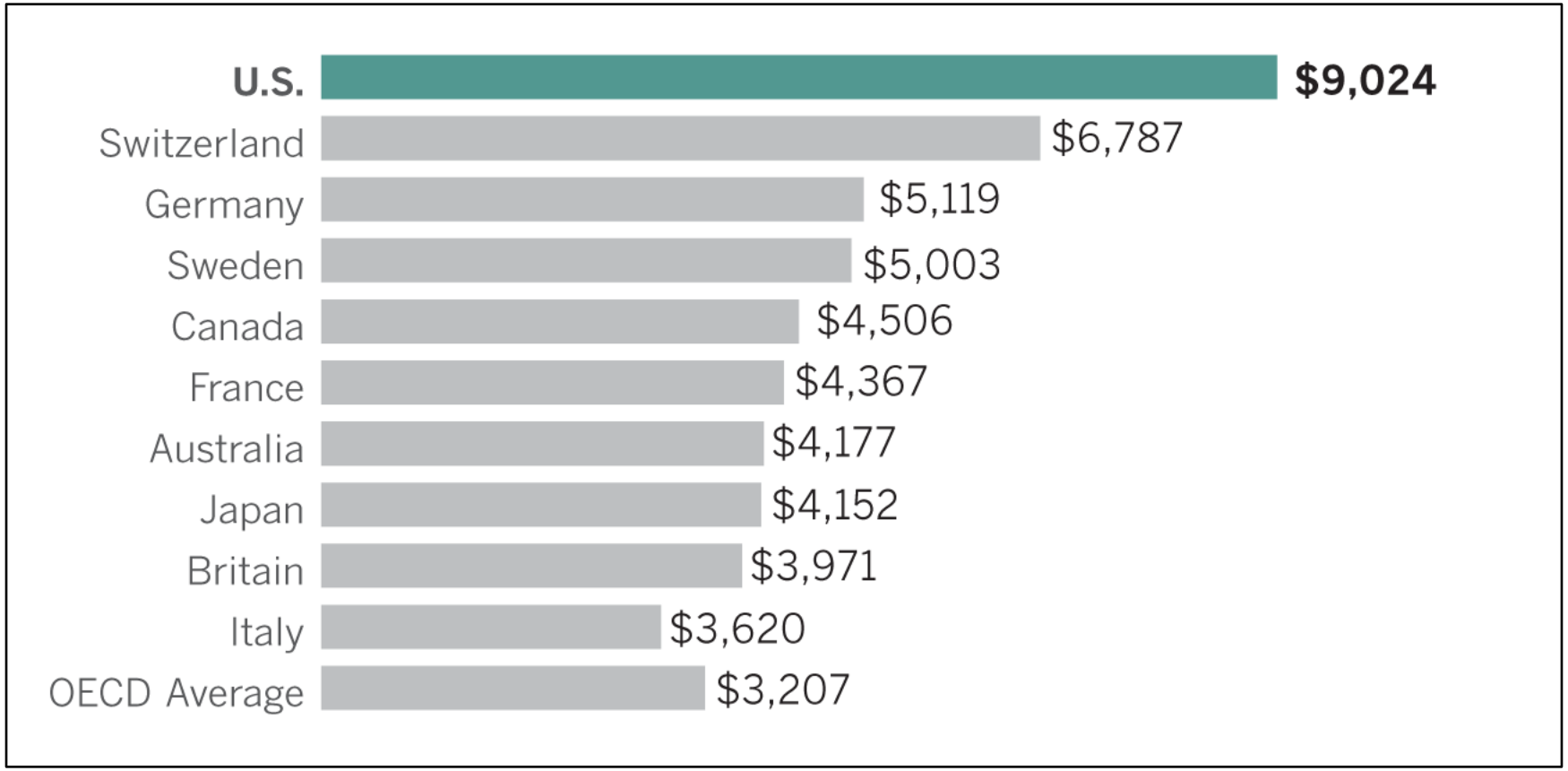
~ Costo Alto, Baja Calidad

~Para el dinero que los Estados Unidos gasta en atención a la salud, unos $3.2 billones al año (2015)– la calidad de la atención es inaceptablemente baja

~Cada año, hasta 15 millones de pacientes resultan lastimados de alguna manera por el sistema de atención a la salud de los Estados Unidos

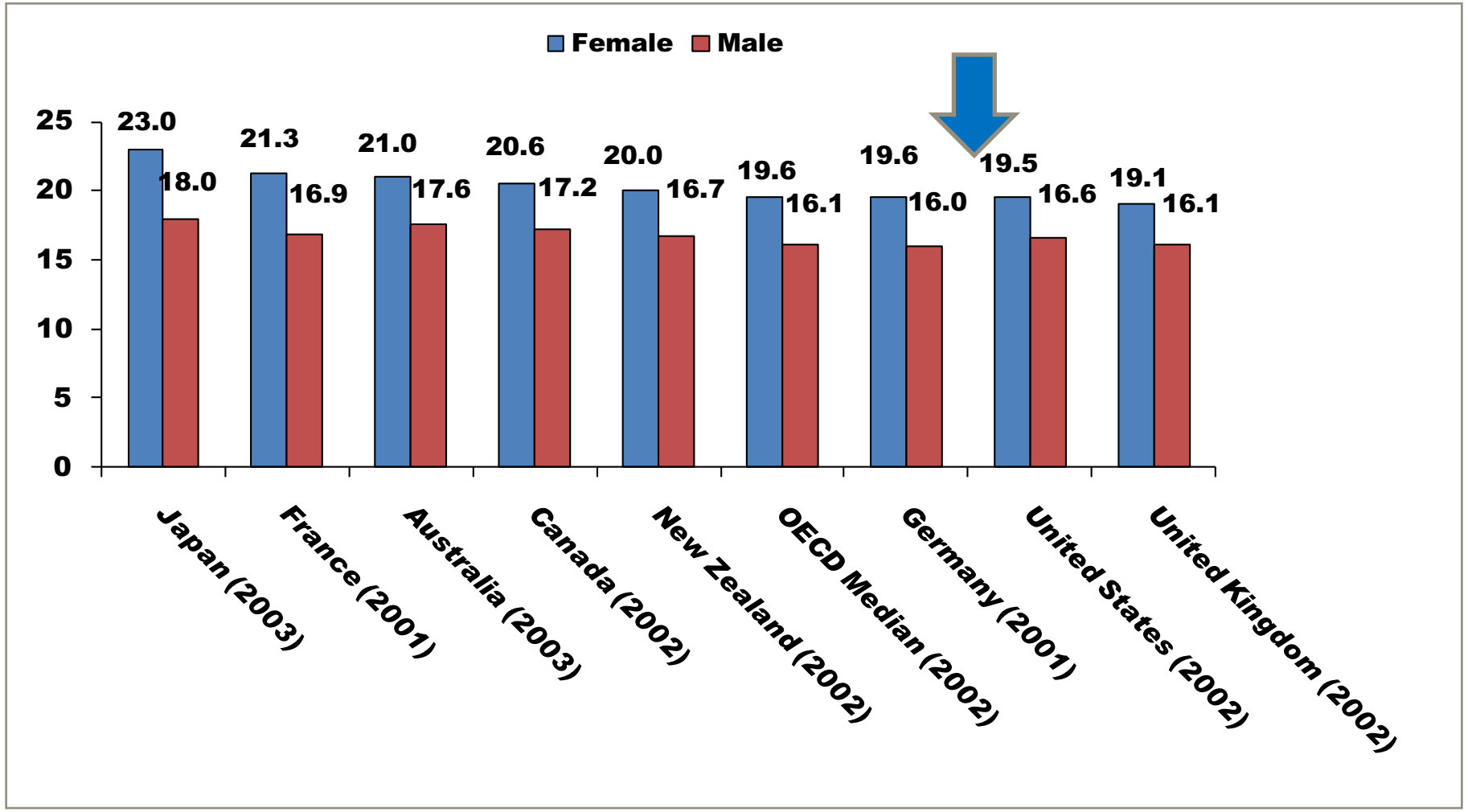
Gasto en Atención a la Salud per Cápita

Ajustado para diferencias en el costo de la vida



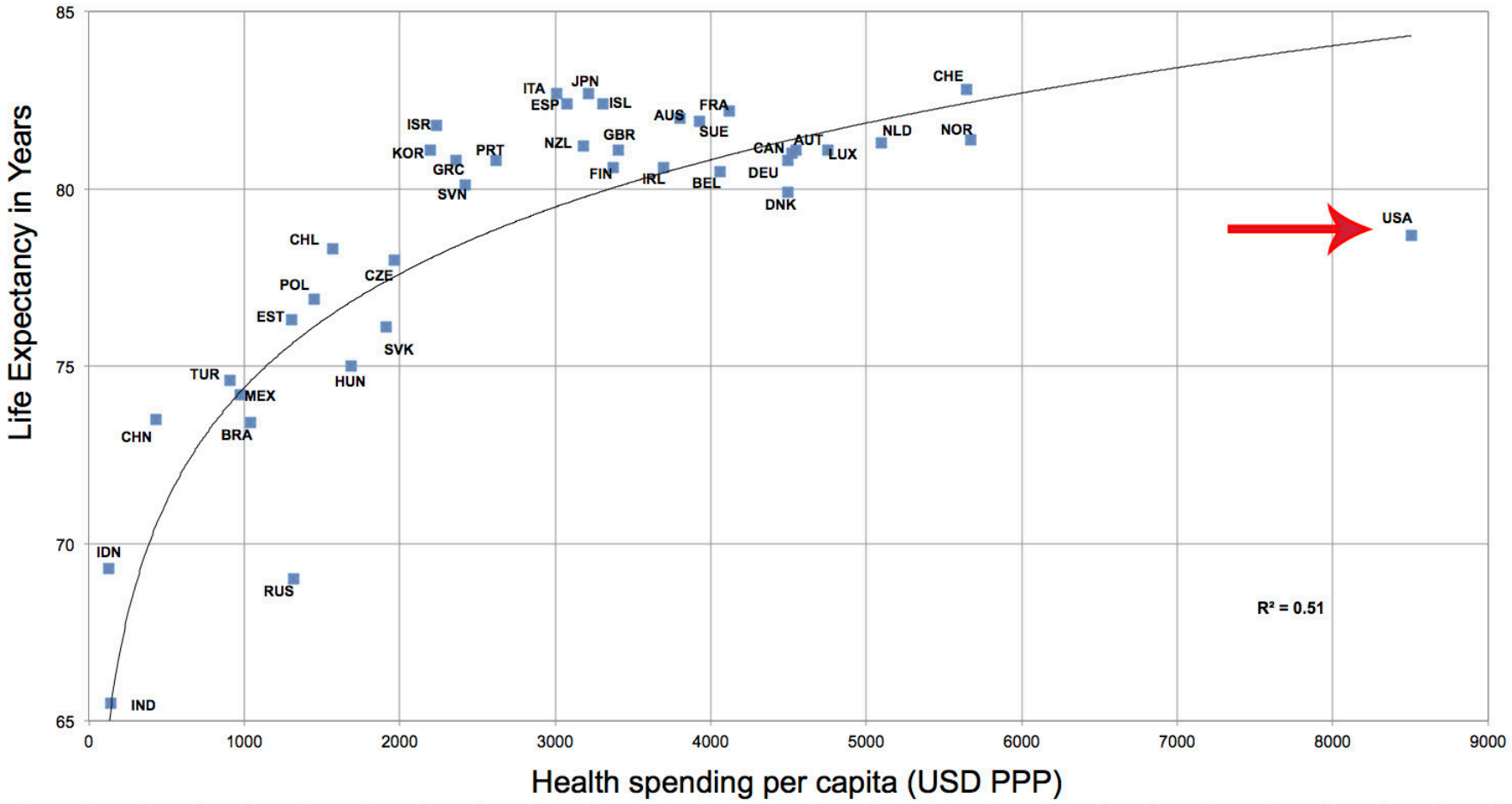
Source: The Commonwealth Fund, data calculated from OECD Health Data 2015.

Expectativa de Vida a la Edad de 65 Años

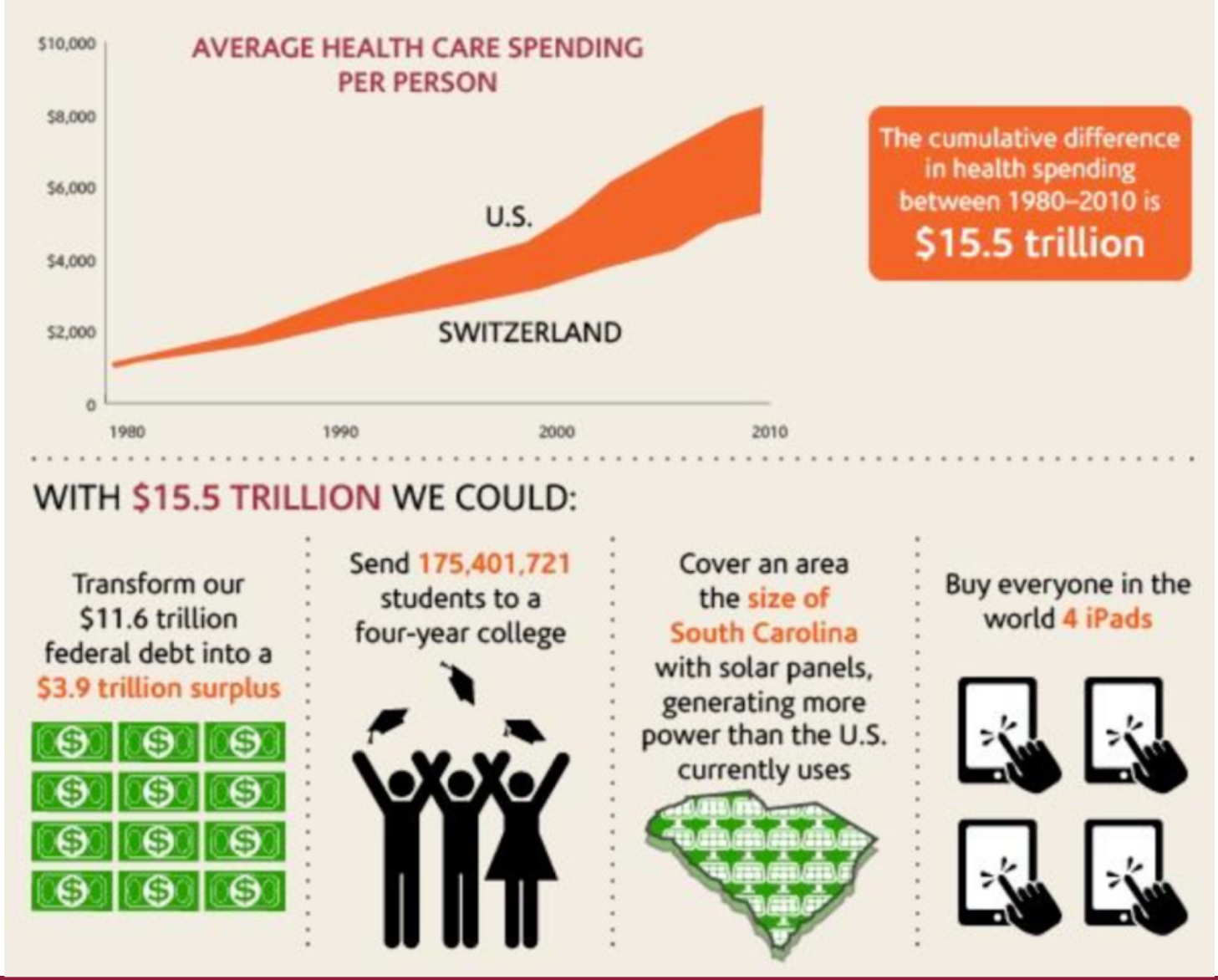


Source: The Commonwealth Fund, calculated from OECD Health Data, 2005.

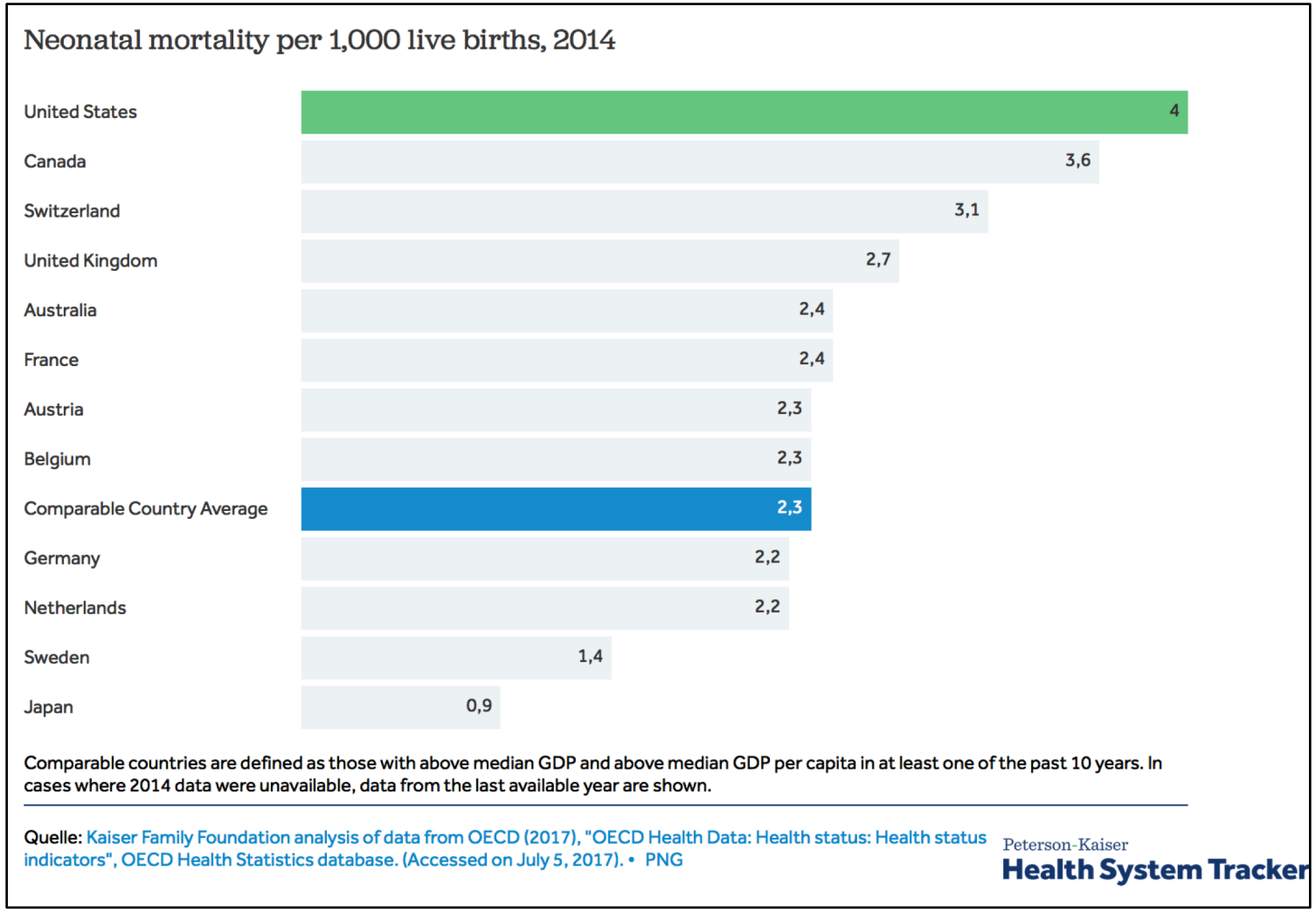
Gasto en atención a la salud y expectativa de vida



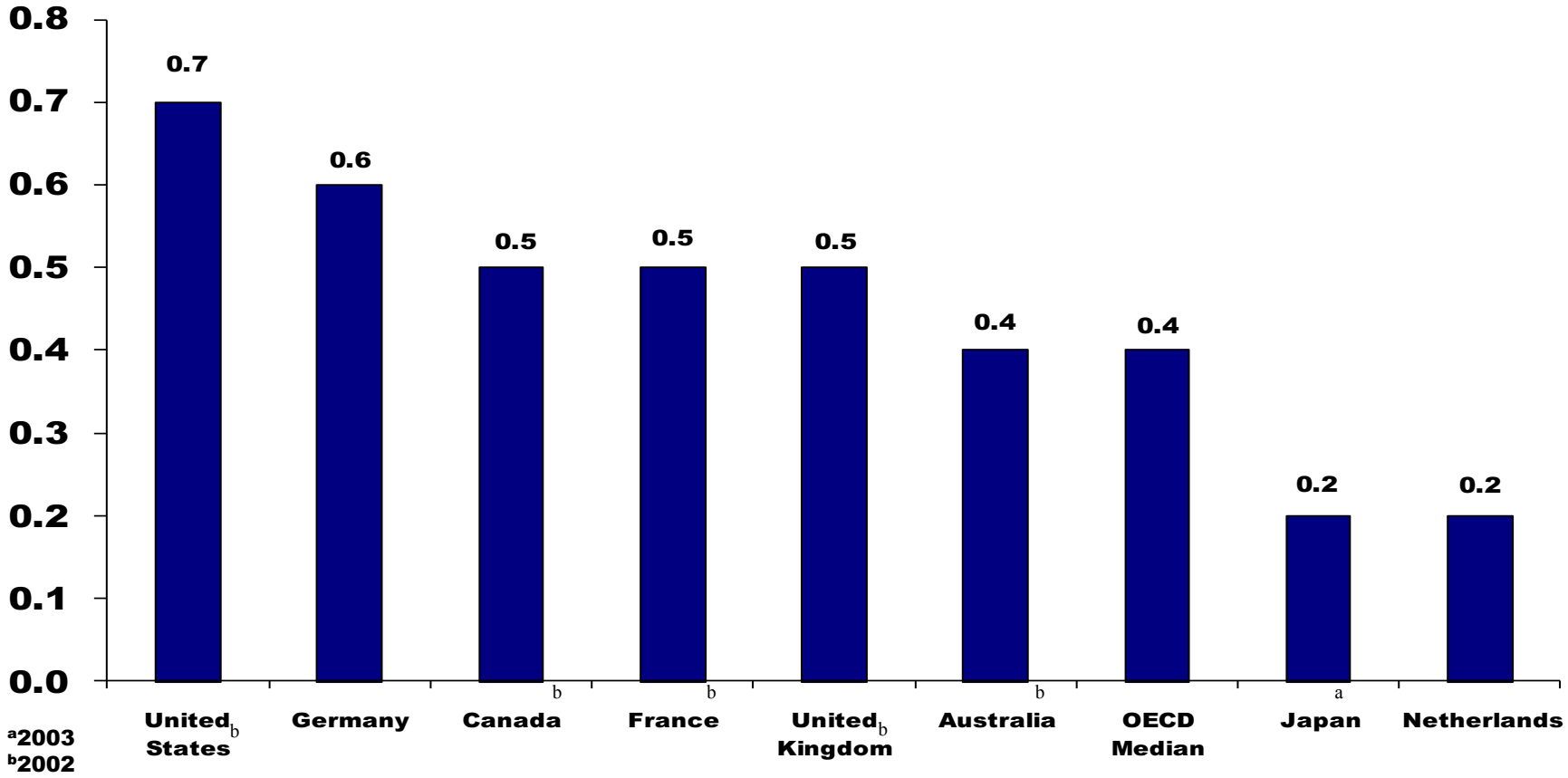
Viendo hacia atrás: Lo que podríamos haber ahorrado si hubiéramos igualado al siguiente mejor país (Suiza)



Tasas de Mortalidad Infantil



Fallecimientos Debidos a Accidentes Quirúrgicos o Médicos por cada 100,000 Habitantes

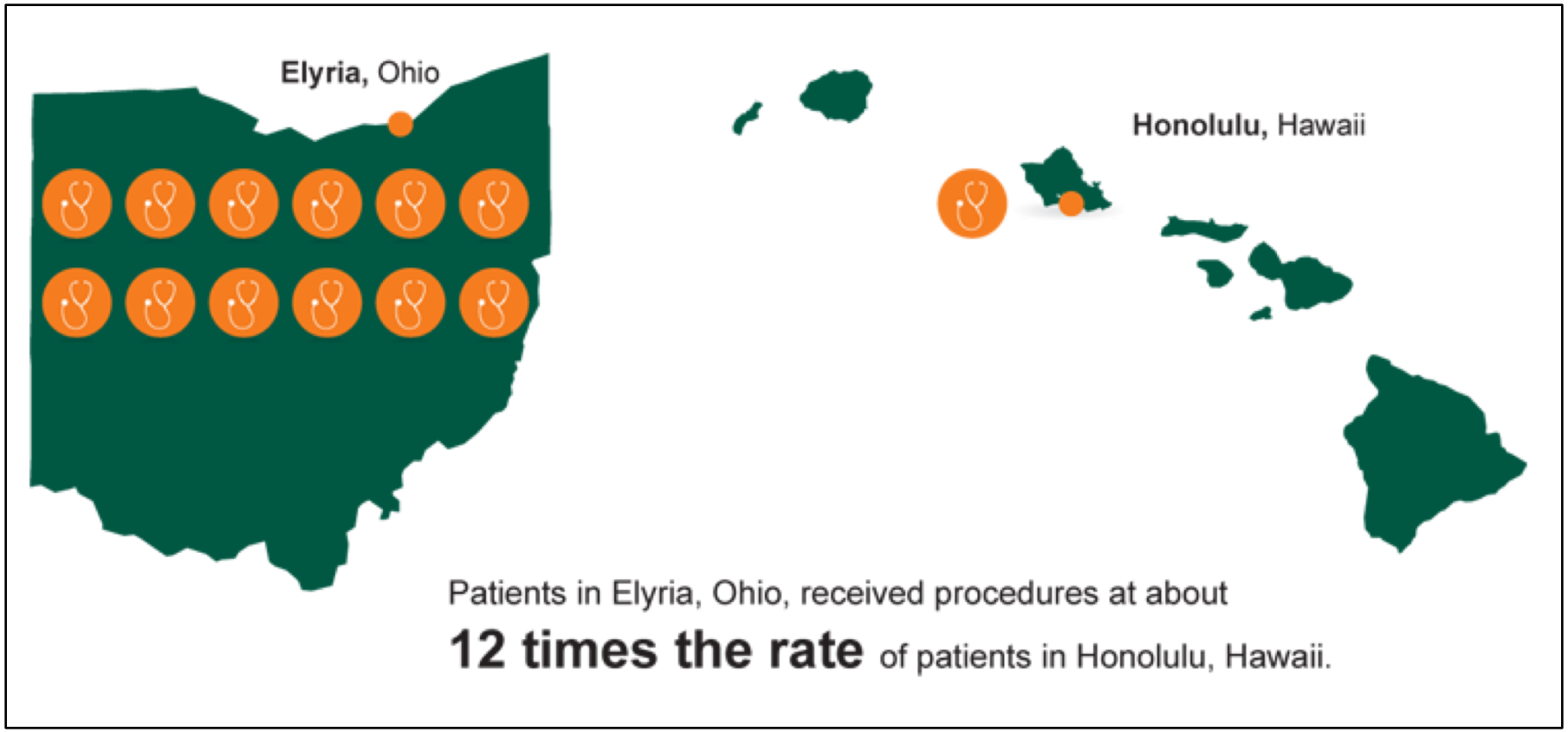


Source: The Commonwealth Fund, 2004 data calculated from OECD Health Data 2006.

Estimados Anuales por Categoría de Desperdicio

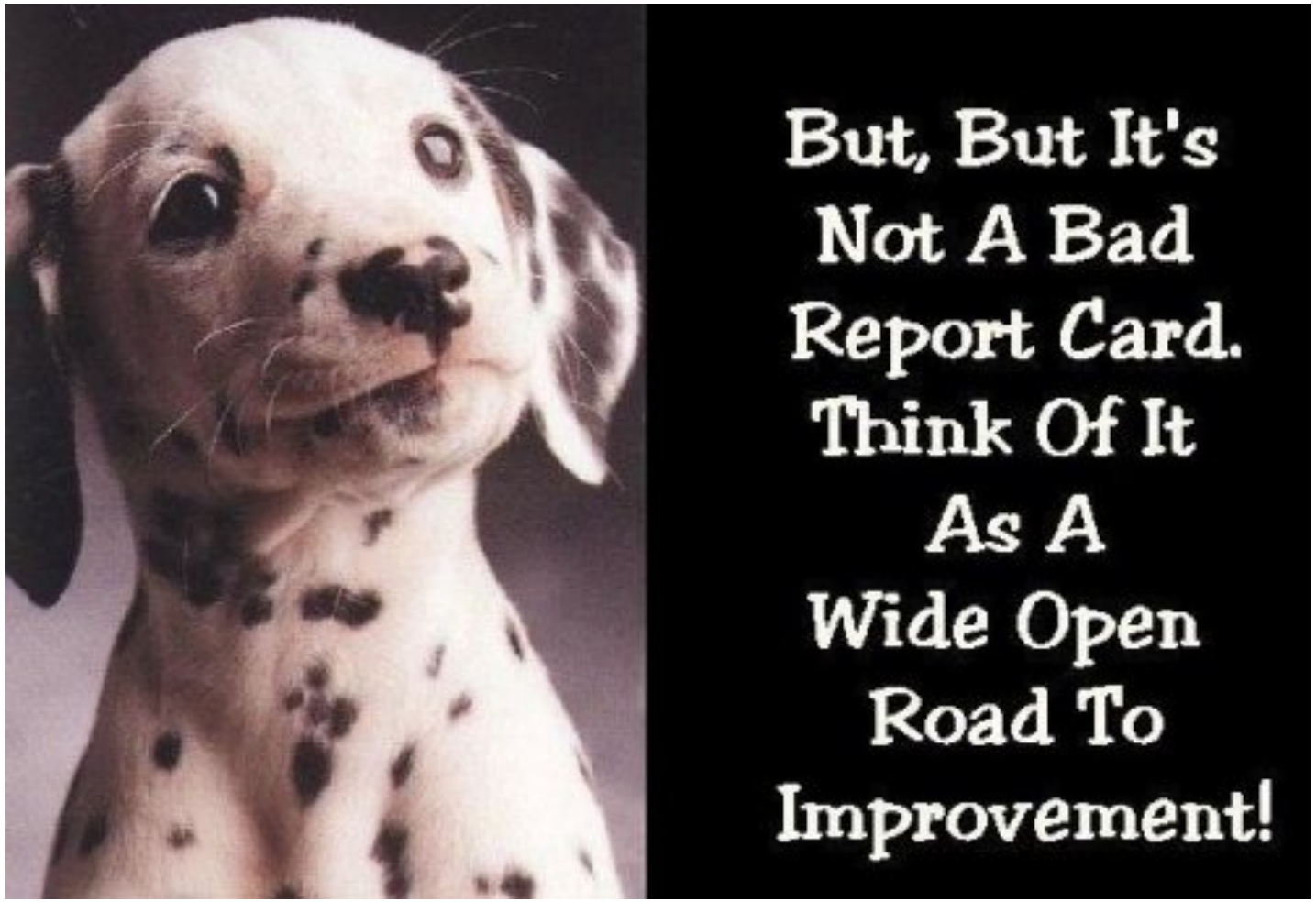
Categoría	Costo para Atención a la salud de EE.UU. (2011 $Mil Millones)
Sobretratamiento	$158 a $226
Fallas para coordinar la atención	$25 a $45
Fallas en Prestación de la atención	$102 a $154
Costos administrativos excesivos	$107 a $389
Precios Excesivos de Atención a la Salud	$84 a $178
Fraude y Abuso	$82 a $272
Desperdicio Total en 2011	**$558 a $1263**
% del Gasto Total	**21% a 47% (MED =34%)**

Variación en Atención Cardiaca entre Estados



Cardiac Surgery Report. Lebanon, NH: The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice, 2005.

Esfuerzos de Calidad en Atención a la Salud



Esfuerzos de Calidad en Atención a la Salud

Calidad en atención a la salud...

¿... qué es?

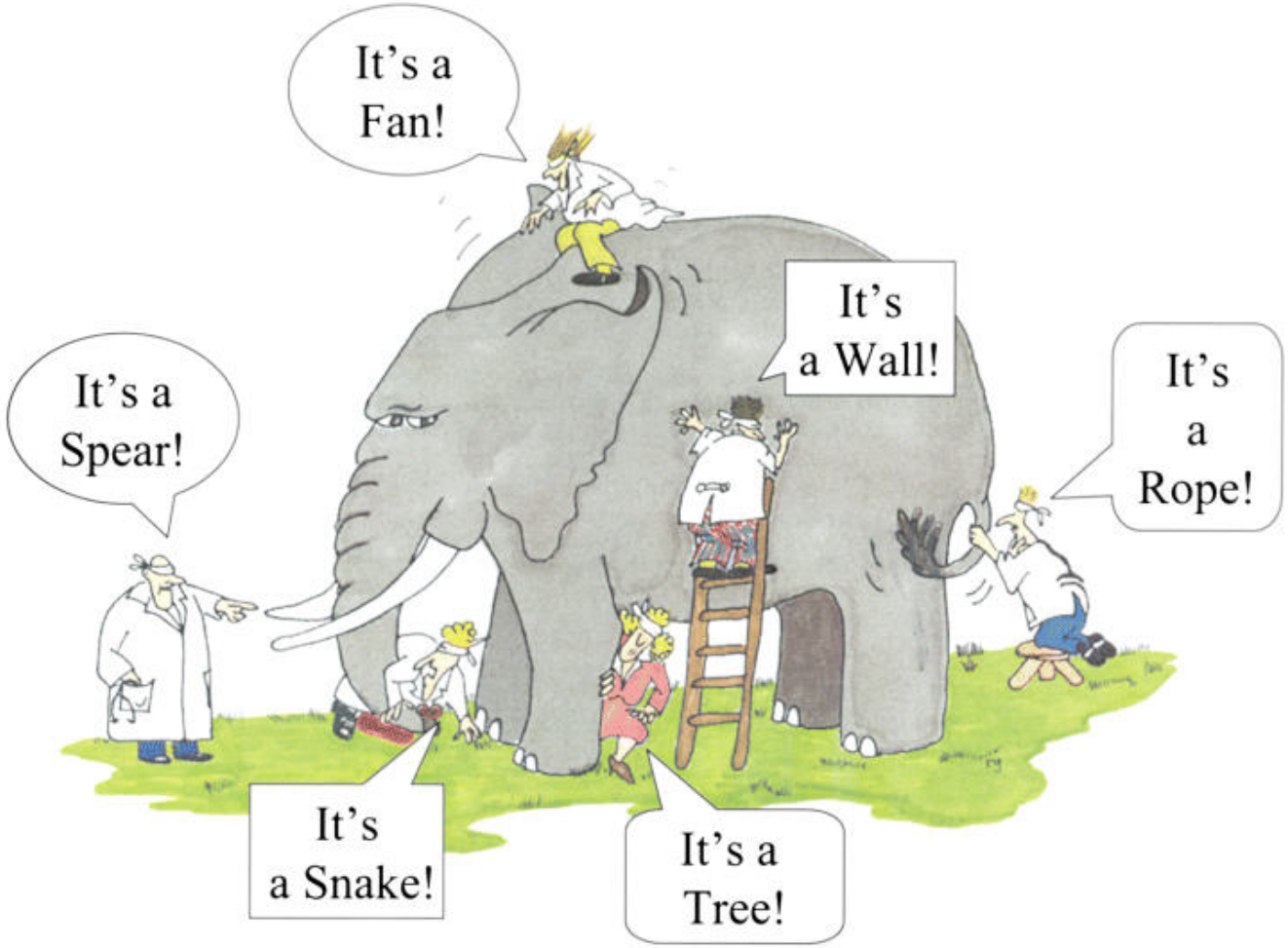
Depende

Esfuerzos de Calidad en Atención a la Salud

Los pioneros de la calidad tienen diferentes opiniones:

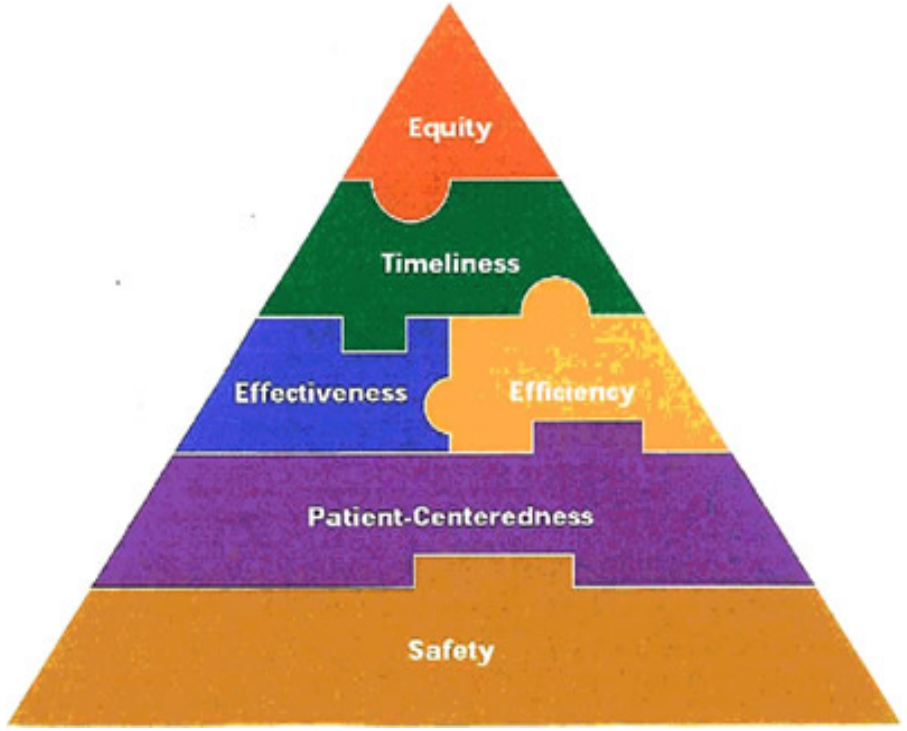
- Dr. Joseph Juran – “idoneidad para el uso”
- Philip Crosby – “cero defectos”
- Dr. Edwards Deming – “ciclo de mejoramiento continuo sin final”

Esfuerzos de Calidad en Atención a la Salud



Calidad y Seguridad del Paciente

Si el paciente no está seguro de daño accidental, entonces no puede existir una atención a la salud de alta calidad



¿A qué nos referimos por Seguridad del Paciente?

Una cultura que adopta la reducción de errores médicos, complicaciones y otros eventos adversos no anticipados que contribuye a resultados clínicos mejorados mediante la adopción y la administración de **prácticas, procesos y sistemas** basados en evidencias

¿A qué nos referimos por Seguridad del Paciente?

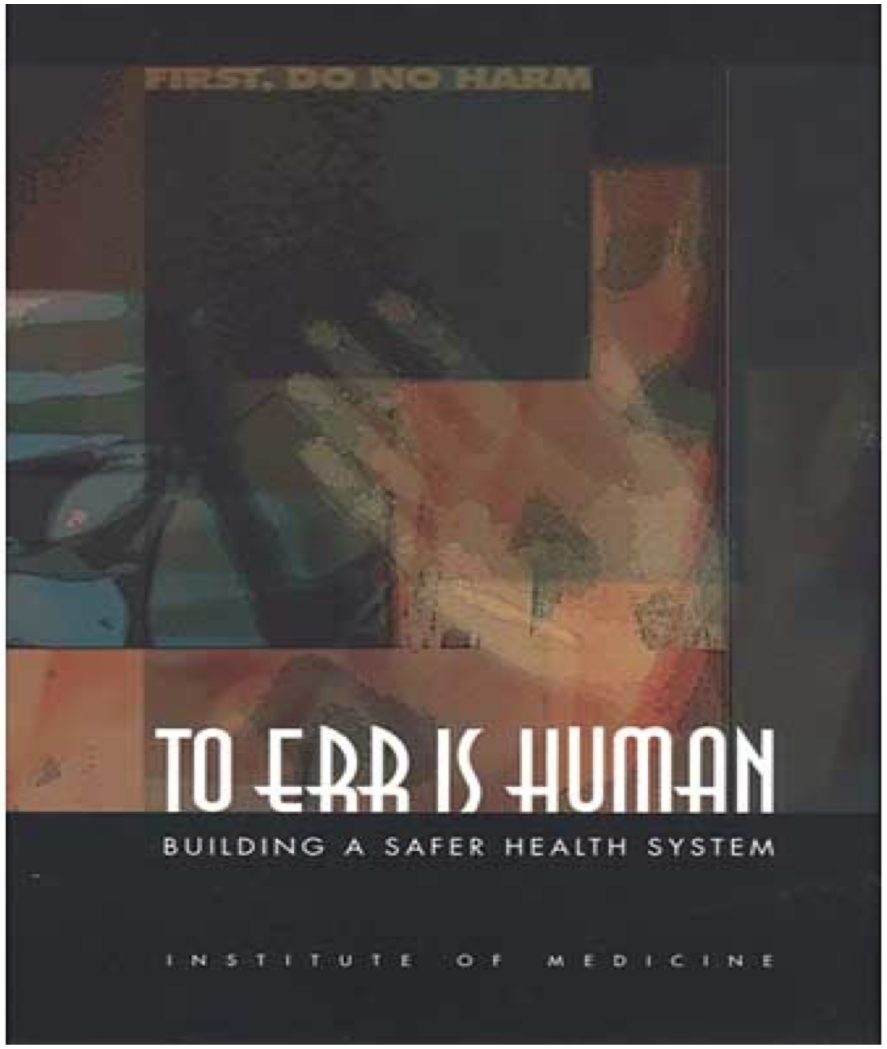
Distinción entre problemas de seguridad del paciente (errores) y preocupaciones de calidad

~ ***Operar la rodilla equivocada (error)*** ***vs. no usar el enfoque quirúrgico adecuado (calidad)***

~ ***Sobredosificar insulina a un paciente diabético (error)*** ***vs. fallar en el control adecuado de la diabetes del paciente (calidad)***

~ ***Receta ilegible (error)*** ***vs. no prescribir el antibiótico más efectivo (calidad)***

Errar es Humano



- Costo financiero de errores médicos: $29,000 **millones** al año tan solo en Estados Unidos

- Doctores, pacientes, aseguradoras y sistemas hospitalarios desempeñan un papel en la erradicación de errores

Mesa Redonda del Instituto de Medicina (IOM)

"Existen serios y extendidos problemas de calidad en la medicina estadounidense. Estos problemas ocurren por igual en comunidades grandes y pequeñas, en todas partes del país y con aproximadamente la misma frecuencia en sistemas de atención administrados y de pago por servicio. Como resultado de ello, grandes números de estadounidenses resultan perjudicados."

Qué Dijo el IOM:

- El problema de la seguridad del paciente es grande.
- (Por lo general) no es culpa de los trabajadores de la atención a la salud.
- La mayoría de las lesiones de los pacientes se deben a fallas del sistema.

Categorías de Mesa Redonda

»Uso excesivo (de procedimientos que no pueden ayudar)

»Uso insuficiente (de procedimientos que pueden ayudar)

»Mal uso (errores de ejecución)

Ejemplos de Uso Excesivo en la Atención a la Salud

- 30% de los niños reciben antibióticos excesivos para infecciones de los oídos
- 20% a 50% de muchas operaciones quirúrgicas son innecesarias
- 50% de los rayos X en pacientes con dolor de espalda son innecesarios

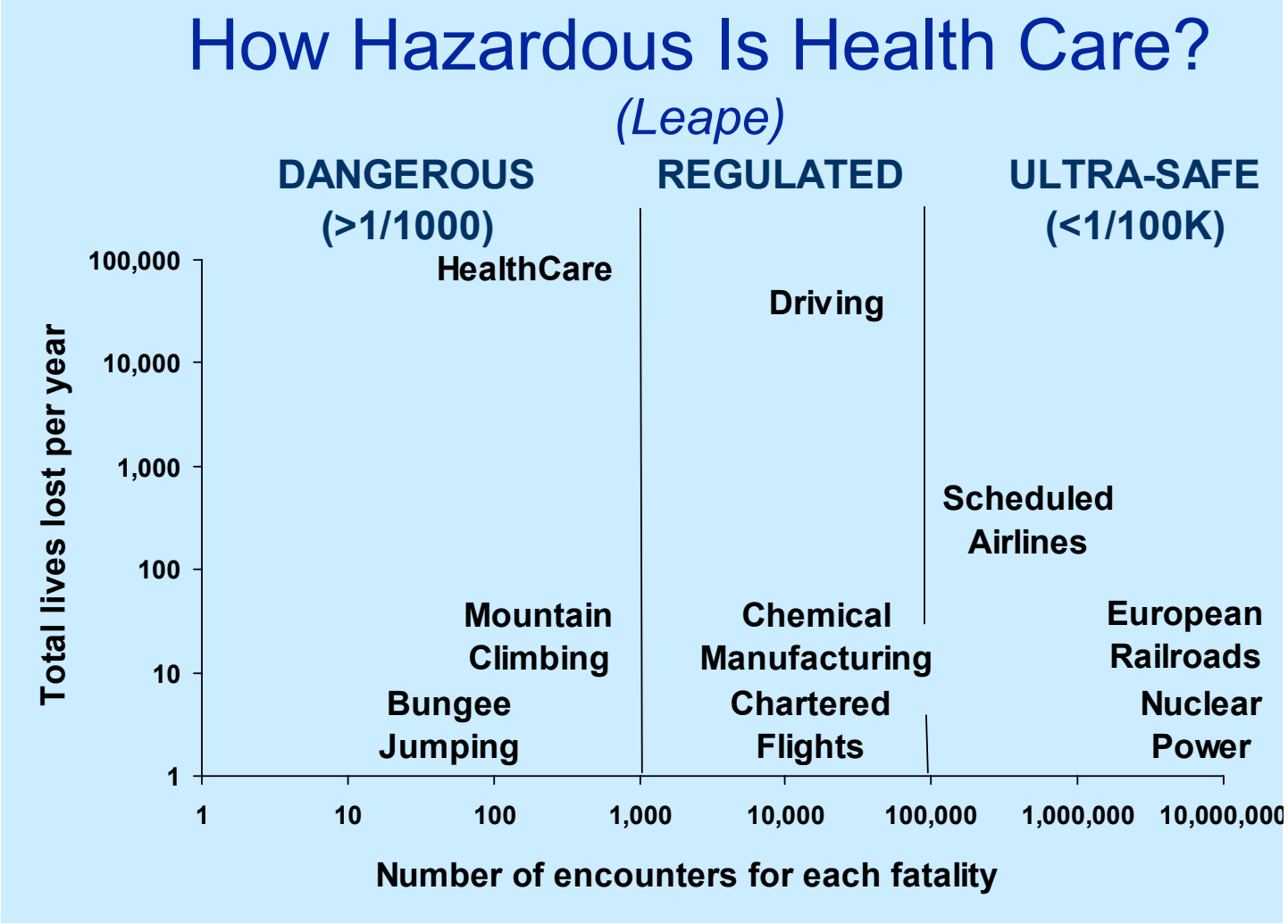
Ejemplos de Uso Insuficiente en la Atención a la Salud

- 50% de ancianos no reciben vacuna contra neumococo
- 50% de las víctimas de ataque cardiaco no reciben beta bloqueadores

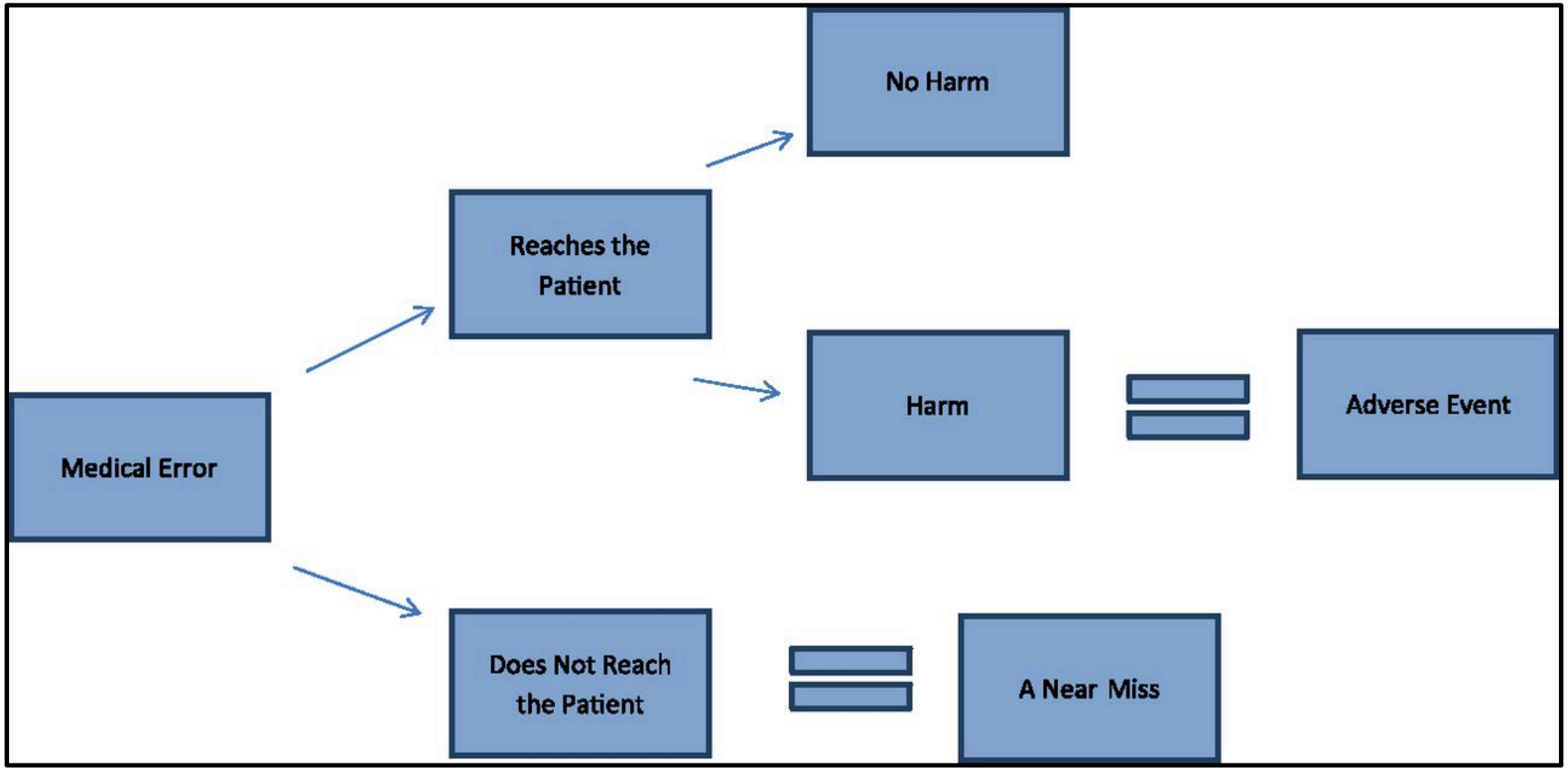
Mal Uso de la Seguridad en la Atención a la Salud

- »7% de los pacientes hospitalarios experimentan un error serio de medicación
- »1 de cada 5 personas dice que ella o un familiar sufrió un error médico
- »51% reportó el error como serio
- »28 a 35% de los pacientes admitidos experimentan un evento que causa **DAÑO**

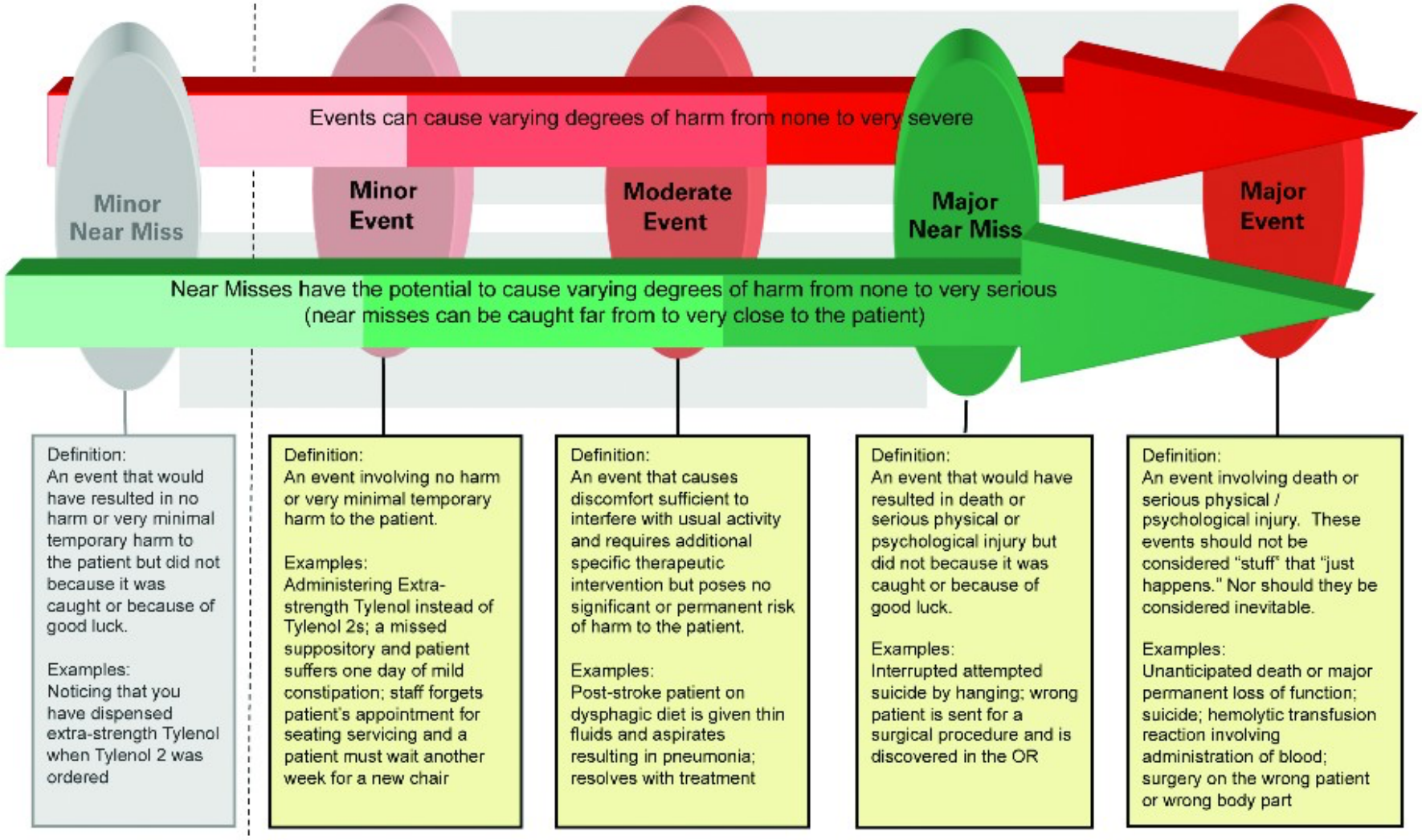
Seguridad en la Atención a la Salud



Tipos de Eventos de Seguridad del Paciente



Typology of Patient Safety Events



Patient safety incident reporting: a qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after *'To Err is Human'*

Imogen Mitchell,[1] Anne Schuster,[2] Katherine Smith,[3] Peter Pronovost,[4] Albert Wu[2]

Inadequate report processes

The overwhelming sentiment from all the participants was the unexpected large volume of reports generated in all incident reporting systems. There were often insufficient resources to deal with this volume of reports, leaving reports inadequately triaged, clustered, analysed or acted upon.

Lack of adequate medical engagement

A consistent theme was the lack of engaging doctors to report, own or lead the incident reporting process. This lack of engagement resulted in reporting bias frequently from the nurses and skewing the data. The key incidents, which would reflect medical decision-making, included diagnostic errors and hand offs.

Insufficient action

A key message from many participants that reporting could not be considered without linking it to action. In the years following the Institute of Medicine's (IOM) report, much attention had focused on reporting, but not the action or feedback loop to the reporter. Many participants believed that the lack of visible action led to under-reporting of meaningful incidents.

Inadequate funding and institutional support

It was acknowledged by many participants that there had been an under-resourcing of incident reporting systems whether nationally, state or at the local level. The lack of fiscal support had unintended consequences such as not being able to deal with the volume of reports, which inevitably led to a delay in analysing the reports and distilling recommendations for dissemination. There were also concerns raised over accountability of the incident reporting systems and their ensuing actions.

Failure to capture evolving health information technology developments

A repeated theme for the future of incident reporting systems was the use of technology to improve the reporting of incidents, to analyse the incidents and disseminate the results. In the USA, concern was raised that there had been inadequate resourcing or thought of linking the electronic health record to incident reporting.

*Illustrative quotes are embedded in the text.

Inadequate report processes

Lack of adequate medical engagement

Insufficient action

Inadequate funding and institutional support

Failure to capture evolving health information technology developments

Cómo Creara una Cultura de Seguridad

Sentinel Event Alert

A complimentary publication of The Joint Commission
Issue 57, March 1, 2017

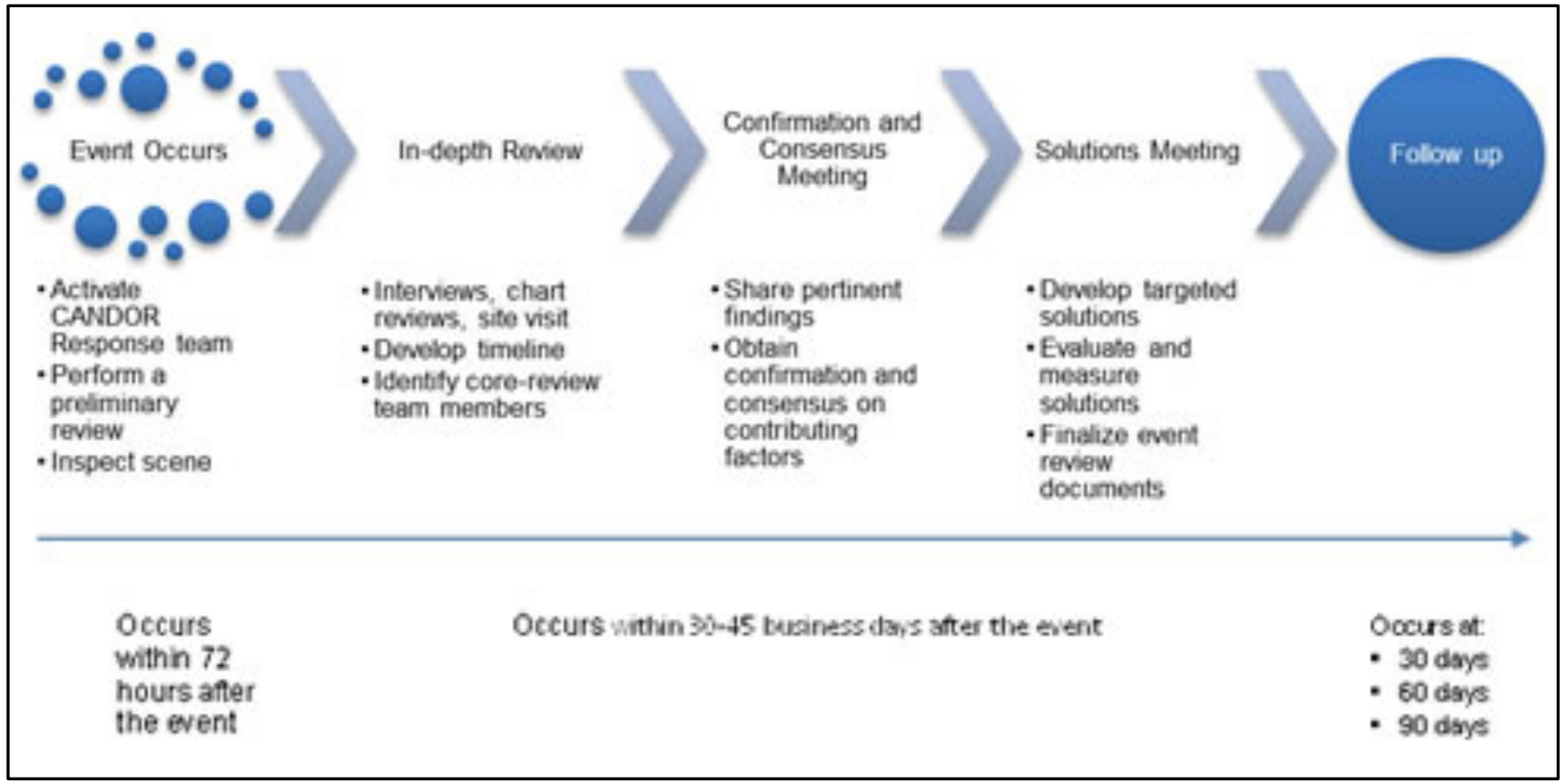
The essential role of leadership in developing a safety culture

Liderazgo Inadecuado

- Apoyo insuficiente para reportar eventos de seguridad del paciente
- Falta de retroalimentación o respuesta al personal y otros que reportan vulnerabilidades de seguridad
- Permitir la intimidación del personal que reporta eventos
- Rechazo a priorizar e implementar de manera consistente recomendaciones de seguridad
- No atender el agotamiento del personal

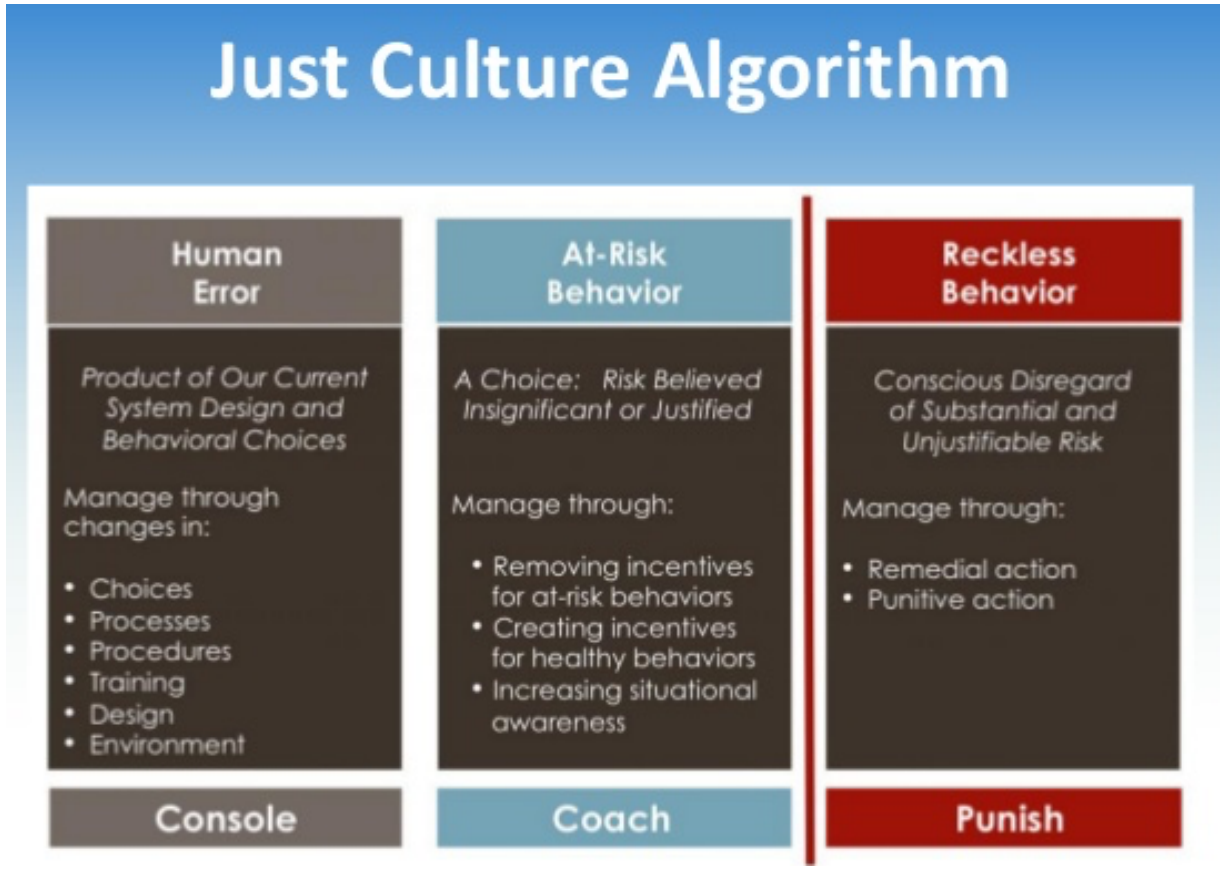
Recomendaciones de Cultura Justa (JC, por sus siglas en inglés)

Es absolutamente crucial un enfoque transparente y no punitivo para reportar y aprender de eventos adversos, conatos de accidente y condiciones inseguras.



Recomendaciones de JC

Establecer procesos claros, justos y transparentes basados en riesgos para reconocer y separar el error humano y los errores derivados de sistemas mal diseñados o de acciones inseguras o imprudentes en los que hay culpabilidad.

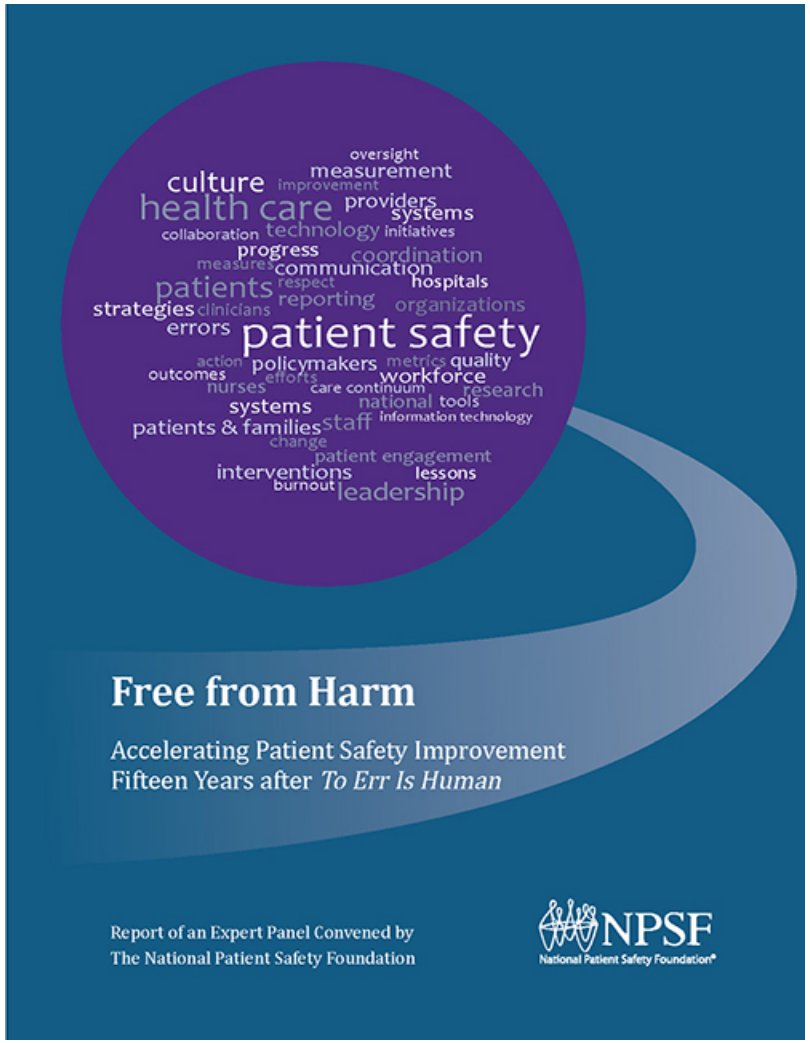


Recomendaciones de JC

Reconocer a los miembros del equipo de atención que reportan eventos adversos y conatos de accidente, que identifican condiciones inseguras o que tienen buenas sugerencias para mejoramiento de la seguridad.

La clave para mejorar la seguridad reside no en cambiar la condición humana, sino en cambiar las condiciones en las que trabajan los humanos.

Free from Harm – Diciembre 2015



Descargar gratis el reporte PDF completo en:

www.npsf.org/free-from-harm

Estado Actual de la Seguridad del Paciente

- La evidencia es mezclada, pero en general el panel sintió que la atención a la salud es más segura, pero hay más trabajo por hacer

- Aunque limitado, el progreso es notable
  - Campo joven
  - Fundamentos científicos aún en desarrollo
  - Inversión recibida limitada

- Mejorar la seguridad del paciente es un problema complejo
  - Requiere trabajo de diversas disciplinas para ser resuelto

Se Necesita un Enfoque Sistemático Total

- Los avances en la seguridad del paciente requiere un cambio general, de intervenciones reactivas, paulatinas a un enfoque sistemático total

- Necesidad de adoptar un enfoque más amplio más allá de iniciativas específicas y circunscritas para generar el cambio

- Hallazgo fundamental: Las iniciativas solo pueden avanzar con un enfoque clave en trabajo en equipo, cultura y participación del paciente

FREE FROM HARM:

ACCELERATING PATIENT SAFETY IMPROVEMENT FIFTEEN YEARS AFTER *TO ERR IS HUMAN*

Report of an expert panel convened by the National Patient Safety Foundation argues for looking at morbidity as well as mortality caused by medical errors and going beyond hospitals to improve safety across the continuum of care.

TO ERR IS HUMAN FRAMED PATIENT SAFETY AS A SERIOUS PUBLIC HEALTH ISSUE (1999 ESTIMATES)

44,000-98,000 Annual deaths from medical error among hospitalized patients.[a]

43,458 Annual deaths from car crashes.[a]

42,297 Annual deaths from breast cancer.[a]

16,516 Annual deaths from AIDS.[a]

BY SOME MEASURES, HEALTH CARE HAS GOTTEN SAFER SINCE TO ERR IS HUMAN

1.3 Million Estimated reduction in hospital-acquired conditions (2011-2013) as a result of the federal Partnership for Patients initiative.[b]

TO UNDERSTAND THE FULL IMPACT OF PATIENT SAFETY PROBLEMS, WE MUST LOOK AT BOTH MORTALITY AND MORBIDITY

1 in 10 patients develops a health care acquired condition (such as infection, pressure ulcer, fall, adverse drug event) during hospitalization.[b]

BUT WE MUST LOOK BEYOND HOSPITALS TO THE FULL CARE CONTINUUM

Roughly 1 billion ambulatory visits occur in the US each year.[c]

About 35 million hospital admissions occur annually.[c]

ADVANCEMENT IN PATIENT SAFETY REQUIRES AN OVERARCHING SHIFT FROM REACTIVE, PIECEMEAL INTERVENTIONS TO A TOTAL SYSTEMS APPROACH TO SAFETY[d]

1. Ensure that leaders establish and sustain a safety culture.
2. Create centralized and coordinated oversight of patient safety.
3. Create a common set of safety metrics that reflect meaningful outcomes.
4. Increase funding for research in patient safety and implementation science.
5. Address safety across the entire care continuum.
6. Support the health care workforce.
7. Partner with patients and families for the safest care.
8. Ensure that technology is safe and optimized to improve patient safety.

NPSF National Patient Safety Foundation®

To read the full report and detailed set of recommendations, visit **www.npsf.org/free-from-harm**

AIG

This project was made possible in part through a generous grant from AIG in support of the advancement of the patient safety mission. AIG had no influence whatsoever on report direction or its content. The views and opinions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect those of American International Group, Inc. (AIG) or its subsidiaries, business units or affiliates. Sources: (a) Institute of Medicine. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: The National Academies Press, 2000. (b) 2013 Annual Hospital-Acquired Condition Rate and Estimates of Cost Savings and Deaths Averted From 2010 to 2013. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; October 2015. AHRQ Publication No. 16-0006-EF. http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/pfp/index.html. (c) National Center for Health Statistics. Faststats A-Z. Ambulatory Care and Hospital Utilization. Available at: http://www.cdc.gov/nchs/fastats/ (d) National Patient Safety Foundation. Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err Is Human. Boston, MA: National Patient Safety Foundation; 2015. Available at: http://www.npsf.org/free-from-harm.

Ocho Recomendaciones para Alcanzar la Seguridad Sistemática Total

1. ASEGURAR QUE LOS LÍDERES ESTABLEZCAN Y SOSTENGAN UNA CULTURA DE SEGURIDAD

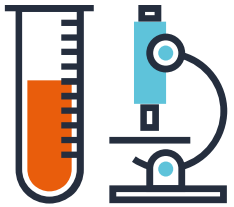
Mejorar la seguridad requiere una cultura organizacional que permita y dé prioridad a la seguridad. La importancia del cambio de cultura necesita ser llevado al frente, en lugar de tener un lugar detrás de otras actividades de seguridad.

2. CREAR UNA SUPERVISIÓN CENTRALIZADA Y COORDINADA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La optimización de los esfuerzos de seguridad del paciente requiere la participación, la coordinación y la supervisión de organismos gubernamentales nacionales y otras organizaciones de seguridad.

3. CREAR UN GRUPO COMÚN DE MEDICIONES DE SEGURIDAD QUE REFLEJEN RESULTADOS SIGNIFICATIVOS

La medición es fundamental para el avance del mejoramiento. Para progresar en la seguridad necesitamos establecer mediciones estándar a lo largo del continuo de la atención y crear formas de identificar y medir riesgos y peligros de manera proactiva.



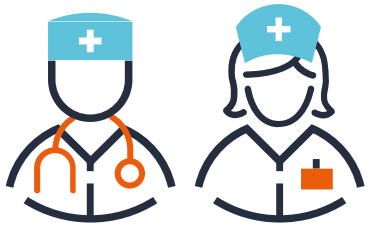
4. AUMENTAR EL FINANCIAMIENTO PARA INVESTIGACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA CIENCIA DE LA IMPLEMENTACIÓN

Para hacer avances sustanciales en seguridad del paciente, tanto la ciencia de la seguridad como la ciencia de la implementación deben progresar, para comprender más completamente los peligros de seguridad y las mejores maneras de prevenirlos.

Ocho Recomendaciones para Alcanzar la Seguridad Sistemática Total

5. ATENDER LA SEGURIDAD EN TODO EL CONTINUO DE LA ATENCIÓN

Los pacientes merecen una atención segura en todos y cada uno de los ambientes. Las organizaciones de atención a la salud necesitan mejores herramientas, procesos y estructuras para brindar atención de manera segura y evaluar la seguridad de la atención en diversos ambientes.



6. APOYAR A LA FUERZA DE TRABAJO DE ATENCIÓN A LA SALUD

La seguridad, el ánimo y el bienestar de la fuerza de trabajo son absolutamente necesarios para brindar una atención segura. Enfermeras, médicos, asistentes médicos, farmacéuticos, técnicos y otros necesitan apoyo para alcanzar su mayor potencial como sanadores.

7. ASOCIARSE CON PACIENTES Y FAMILIAS PARA LOGRAR LA ATENCIÓN MÁS SEGURA

Los pacientes y las familias necesitan estar activamente involucrados en todos los niveles de atención a la salud. En su parte fundamental, la participación del paciente se trata del flujo libre de información hacia y desde el paciente.

8. ASEGURARSE DE QUE LA TECNOLOGÍA SEA SEGURA Y ESTÉ OPTIMIZADA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Es de importancia crítica optimizar los beneficios de la seguridad y minimizar las consecuencias no intencionales de la TI de la salud.

1- ASEGURAR QUE LOS LÍDERES ESTABLEZCAN Y SOSTENGAN UNA CULTURA DE SEGURIDAD

Refocus the boards of organizations to guide and be accountable for patient safety through governance, goal setting, and ensuring that executives and all levels of management value and prioritize safety (e.g., ensure that safety data and stories are presented at every board meeting).

Ensure that leadership and governance bodies develop and implement robust processes to initiate and sustain transformation to a culture of safety and respect, specifically one that encourages honesty, fosters learning, and balances individual and organizational accountability.

"To address this mistake we need to utilise our thorough system of root cause analysis. I will begin, if I may, by pointing out that it's not my fault"

1- ASEGURAR QUE LOS LÍDERES ESTABLEZCAN Y SOSTENGAN UNA CULTURA DE SEGURIDAD

Recomendaciones

- ~ Plan de Seguridad del Paciente/Calidad desarrollado y compartido con los líderes
- ~ El Consejo tiene un rubro y discusión del orden del día relacionado con la Seguridad del Paciente en TODAS las reuniones del consejo
- ~ Tablero de instrumentos de Seguridad del Paciente y Calidad en toda reunión del consejo
- ~ Los eventos de Seguridad del Paciente que resultan en daños se discuten en todas las reuniones del consejo
- ~ Tablero de instrumentos de seguridad de la fuerza de trabajo en toda reunión del consejo

2- CREAR UNA SUPERVISIÓN CENTRALIZADA Y COORDINADA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Align and harmonize national safety activities by designating or creating a central coordinating body.

Expand and accelerate collaborative improvement efforts (e.g., regional or specialty-specific coalitions) in patient safety across the care continuum.

» Gobierno Federal
- Organizaciones de Mejoramiento de la Calidad
- Comparación de Medicare
- “Condición considerada” de la Comisión Conjunta

» Gobiernos Estatales
- Mayores requisitos para licencias
- Consejos de revisión estatales
- Tarjetas de reportes públicos

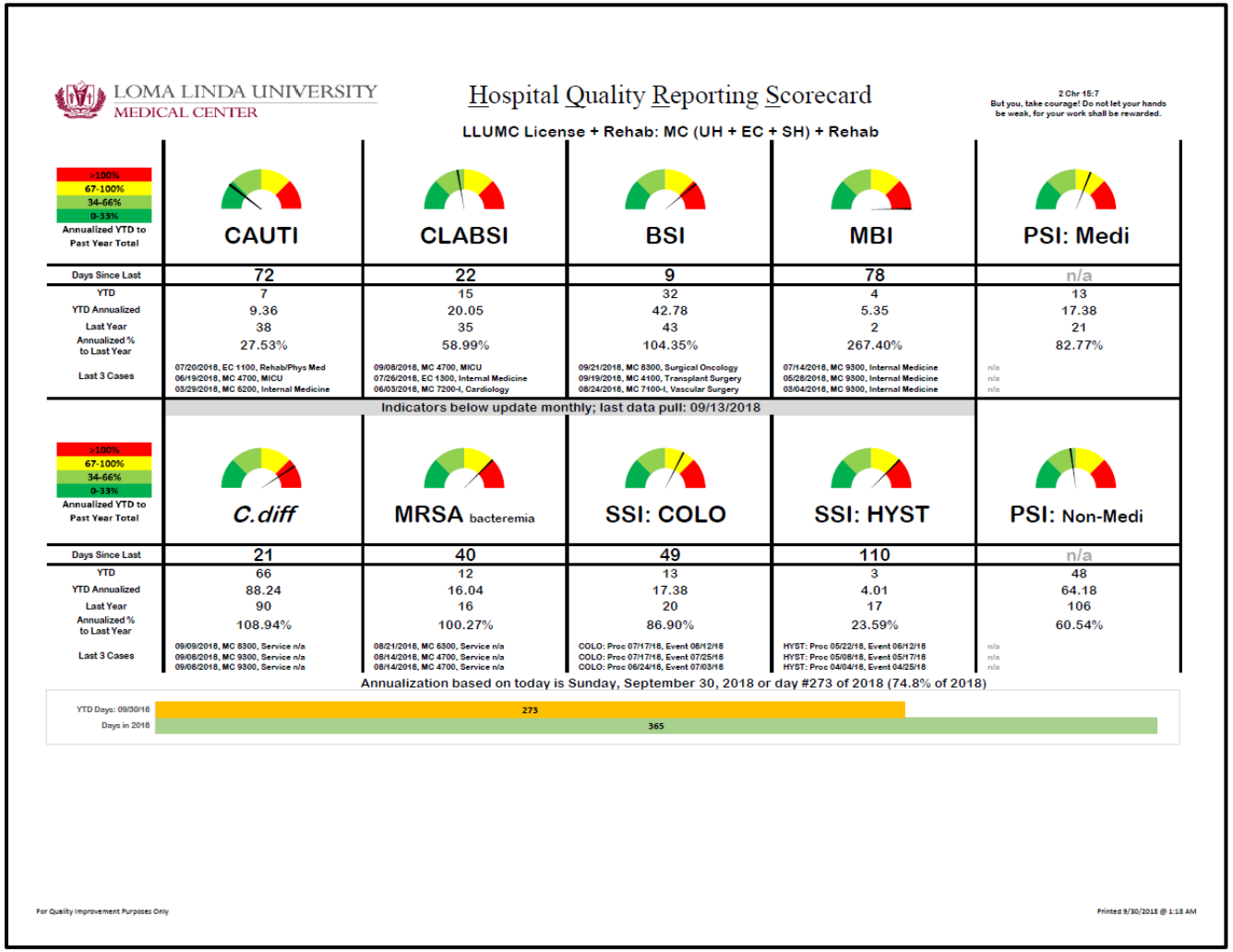
» Compañías
- Leapfrog
- Coaliciones empresariales de salud

» Aseguradoras Privadas
- Pagar por desempeño
- Hogares Médicos Centrados en el Paciente

» Grupos de Consumidores
- Clasificaciones y grupos asesores
- HealthGrades.com
- Angie’s List

3- CREAR UN GRUPO COMÚN DE MEDICIONES DE SEGURIDAD QUE REFLEJEN RESULTADOS SIGNIFICATIVOS

Crear una cartera de procesos estándar nacionales de seguridad del paciente y mediciones de resultados en todo el continuo de atención y retiras mediciones inválidas.



LOMA LINDA UNIVERSITY MEDICAL CENTER

Hospital Quality Reporting Scorecard

2 Chr 15:7
But you, take courage! Do not let your hands be weak, for your work shall be rewarded.

LLUMC License + Rehab: MC (UH + EC + SH) + Rehab

>100%
67-100%
34-66%
0-33%
Annualized YTD to Past Year Total

	CAUTI	CLABSI	BSI	MBI	PSI: Medi
Days Since Last	72	22	9	78	n/a
YTD	7	15	32	4	13
YTD Annualized	9.36	20.05	42.78	5.35	17.38
Last Year	38	35	43	2	21
Annualized % to Last Year	27.53%	58.99%	104.35%	267.40%	82.77%
Last 3 Cases	07/20/2018, EC 1100, Rehab/Phys Med 06/19/2018, MC 4700, MICU 03/29/2018, MC 6200, Internal Medicine	09/08/2018, MC 4700, MICU 07/26/2018, EC 1300, Internal Medicine 06/03/2018, MC 7200-I, Cardiology	09/21/2018, MC 8300, Surgical Oncology 09/19/2018, MC 4100, Transplant Surgery 08/24/2018, MC 7100-I, Vascular Surgery	07/14/2018, MC 9300, Internal Medicine 05/28/2018, MC 9300, Internal Medicine 03/04/2018, MC 9300, Internal Medicine	n/a n/a n/a

Indicators below update monthly; last data pull: 09/13/2018

>100%
67-100%
34-66%
0-33%
Annualized YTD to Past Year Total

	C.diff	MRSA bacteremia	SSI: COLO	SSI: HYST	PSI: Non-Medi
Days Since Last	21	40	49	110	n/a
YTD	66	12	13	3	48
YTD Annualized	88.24	16.04	17.38	4.01	64.18
Last Year	90	16	20	17	106
Annualized % to Last Year	108.94%	100.27%	86.90%	23.59%	60.54%
Last 3 Cases	09/09/2018, MC 8300, Service n/a 09/08/2018, MC 9300, Service n/a 09/08/2018, MC 9300, Service n/a	08/21/2018, MC 6300, Service n/a 08/14/2018, MC 4700, Service n/a 08/14/2018, MC 4700, Service n/a	COLO: Proc 07/17/18, Event 08/12/18 COLO: Proc 07/17/18, Event 07/25/18 COLO: Proc 06/24/18, Event 07/03/18	HYST: Proc 05/22/18, Event 06/12/18 HYST: Proc 05/08/18, Event 05/17/18 HYST: Proc 04/04/18, Event 04/25/18	n/a n/a n/a

Annualization based on today is Sunday, September 30, 2018 or day #273 of 2018 (74.8% of 2018)

For Quality Improvement Purposes Only

Printed 9/30/2018 @ 1:18 AM

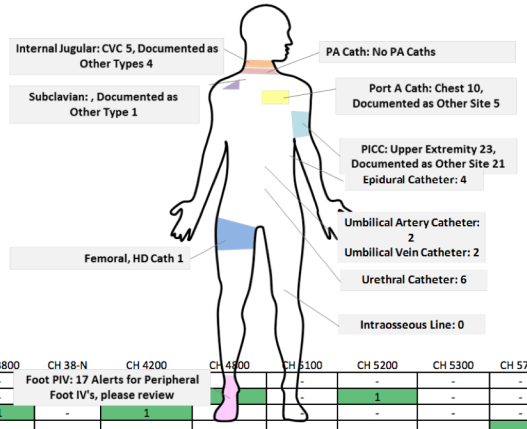
3- CREAR UN GRUPO COMÚN DE MEDICIONES DE SEGURIDAD QUE REFLEJEN RESULTADOS SIGNIFICATIVOS

Desarrollar procesos y herramientas para identificar y medir riesgos en tiempo real para administrar los peligros de manera proactiva (por ejemplo, identificar los signos tempranos de un deterioro clínico).

Urethral Catheter: No Alerts

Foot PIV: 17 Alerts for Peripheral Foot IV's, please review

LDA Site Documentation: 12 Alerts for LDA site documentation, please review
LDA Insertion Date & Time: 2 Alerts for LDA insertion dt/tm not documented, please review



Census

Unit	Census	% CH Census	Patient Days	Avg. Pt Days
CH 3100	10	5.5%	387.7	38.8
CH 3200	3	1.6%	15.7	5.2
CH 3300	6	3.3%	33.2	5.5
CH 3700	65	35.7%	1843.9	28.4
CH 3800	4	2.2%	73.5	18.4
CH 38-N	7	3.8%	107.6	15.4
CH 4200	12	6.6%	153.4	12.8
CH 4800	18	9.9%	95.6	5.3
CH 5100	10	5.5%	56.7	5.7
CH 5200	8	4.4%	42.9	5.4
CH 5300	10	5.5%	75.7	7.6
CH 5700	6	3.3%	159.2	26.5
CH 5800	11	6.0%	303.0	27.5
CH 58-S	12	6.6%	859.4	71.6
	182	100.0%	4207.6	23.1

Count By Line Type

CH Units	CH 3100	CH 3200	CH 3300	CH 3700	CH 3800	CH 38-N	CH 4200	CH 4800	CH 5100	CH 5200	CH 5300	CH 5700	CH 5800	CH 58-S	SUM
Arterial Line	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
CVC	-	-	-	-	-	-	-	[illegible]	-	1	-	-	3	1	6
Epidural Catheter	-	2	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	4
Hemodialysis Catheter	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Intraosseous Line	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
PA Catheter	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Peripheral IV	11	8	-	28	5	3	10	10	12	10	11	12	12	16	148
Peritoneal Dialysis Catheter	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
PICC	-	-	-	20	-	6	-	7	1	1	-	2	6	1	44
Port A Cath	-	-	-	-	-	-	2	9	-	-	1	2	-	1	15
Umbilical Artery Catheter	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Urethral Catheter	-	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	2	-	1	6
UVC	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
SUM	11	12	0	50	6	11	14	27	13	12	12	19	21	20	228

Foot PIV: 17 Alerts for Peripheral Foot IV's, please review

Average Duration Days

CH Units	CH 3100	CH 3200	CH 3300	CH 3700	CH 3800	CH 38-N	CH 4200	CH 4800	CH 5100	CH 5200	CH 5300	CH 5700	CH 5800	CH 58-S	All Units
Arterial Line	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CVC	-	-	-	-	-	-	-	4.00	-	3.00	-	-	17.00	70.00	21.33
Epidural Catheter	-	0.50	-	-	1.00	-	3.00	-	-	-	-	-	-	-	1.25
Hemodialysis Catheter	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13.00	-	-	13.00
Intraosseous Line	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PA Catheter	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Peripheral IV	10.09	3.75	-	7.93	1.60	0.67	3.10	2.20	3.00	1.30	2.00	1.58	132.83	2.63	14.54
Peritoneal Dialysis Catheter	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PICC	-	-	-	11.65	-	10.83	-	33.71	11.00	108.00	-	10.00	16.50	1.00	17.57
Port A Cath	-	-	-	-	-	-	51.50	204.56	-	-	1.00	249.50	-	8.00	163.47
Umbilical Artery Catheter	-	-	-	7.00	-	8.00	-	-	-	-	-	-	-	-	7.50
Urethral Catheter	-	0.50	-	-	-	-	3.00	-	-	-	-	0.00	-	2.00	1.00
UVC	-	-	-	7.00	-	7.00	-	-	-	-	-	-	-	-	7.00
All Lines	9.92	2.67	-	9.38	1.50	7.45	10.00	77.89	3.62	10.33	1.92	29.00	83.05	6.15	

4- AUMENTAR EL FINANCIAMIENTO PARA INVESTIGACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA CIENCIA DE LA IMPLEMENTACIÓN

Support collaboration between researchers in patient safety and researchers in safety sciences within other industries and sectors.

Identify and make available sustainable funding sources for safety and implementation research, including federal funding and public-private partnerships.

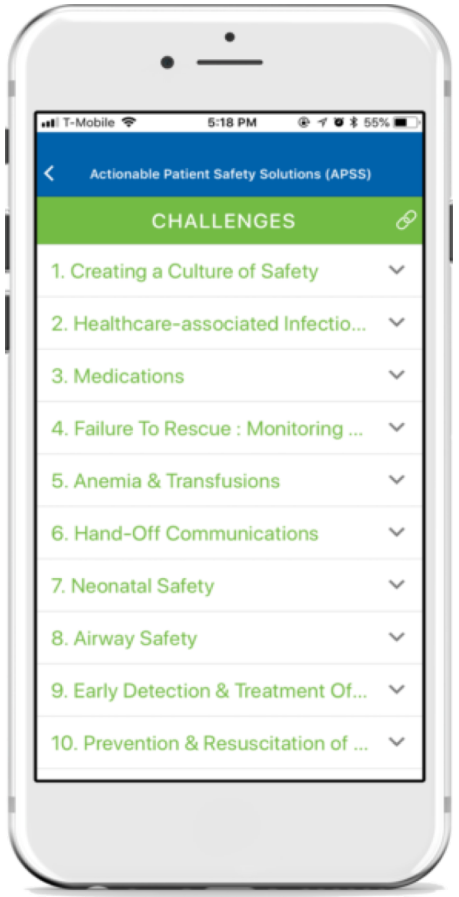
Expand health care safety scholar programs to train researchers with safety science expertise and to train operational and implementation leaders.

Encourage organizations that have successfully implemented safety innovations to establish learning labs and collaboratives to spread them to other organizations.

Patient Safety MOVEMENT
zero preventable deaths by 2020

TeamSTEPPS®
Team Strategies & Tools to Enhance Performance & Patient Safety

LEAN 6σ SIGMA



5- ATENDER LA SEGURIDAD EN TODO EL CONTINUO DE LA ATENCIÓN

Recomendaciones

~ **Comprender** el papel del consejo en supervisar los eventos de daño

~ Divulgar y disculpar

~ El proceso de evaluación de Análisis de la Causa Raíz (RCA, por sus siglas en inglés) en busca de errores/daño

~ Cultura justa

- Errores de transparencia/comunicación y daño con pacientes/familias

~ Organizaciones de Alta Confiabilidad (HRO, por sus siglas en inglés)

- Errores de transparencia/comunicación y daño con el público

6- APOYAR A LA FUERZA DE TRABAJO DE ATENCIÓN A LA SALUD

Recomendaciones

~ Encuestas de satisfacción de los empleados

~ Encuestas de cultura de seguridad

~ Desafíos de seguridad de la fuerza de trabajo (físicos y emocionales)

~ Rotación de empleados

~ Tasas de lesiones de empleados y reportes de seguridad (físicos y emocionales)

~ Tableros de instrumentos de la seguridad de la fuerza de trabajo

~ Tasas de compensación de los trabajadores

7- ASOCIARSE CON PACIENTES Y FAMILIAS PARA LOGRAR LA ATENCIÓN MÁS SEGURA

Recomendaciones

~ Evaluar periódicamente las encuestas de satisfacción de pacientes/familias

~ Usar regularmente historias de pacientes/familias

~ Evaluar y discutir periódicamente las encuestas de participación de pacientes/familias

~ Participar con el Consejo Asesor de Pacientes y Familias (PFAC, por sus siglas en inglés)

~ Tener representación de pacientes/familias en los comités

~ Tener por lo menos 1 miembro de pacientes/familias en su Consejo

8- ASEGURARSE DE QUE LA TECNOLOGÍA SEA SEGURA Y ESTÉ OPTIMIZADA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Establish mechanisms for vendors and users to be transparent about health IT safety hazards and best practices.	Transparency about safety issues is the key to improvement.
Identify and measure the adverse effects and unintended consequences of health IT and implement best practices for risk mitigation.	Health IT has the potential to improve patient safety, but to date poor design and implementation limit that potential.
Establish expectations for health IT safety performance, such as routine testing for unsafe orders.	Much work remains to optimize existing systems.
Design health IT to facilitate communication and coordination with the patient and family.	Health IT can facilitate patient engagement.

La Importancia de los Reportes de Calidad Periódicos

- El mejoramiento de la calidad es el uso de un proceso de mejoramiento deliberado y definido y el esfuerzo continuo y sostenido para logar mejoras medibles.
- Lo que se mide se hace
- Los buenos planes llevan a la implementación
- Programa para implementar los esfuerzos de Mejoramiento de la Calidad
- Programa para reportar los esfuerzos de Mejoramiento de la Calidad a todos los interesados

¿Por qué Reportar al Consejo?

»Filtrar problemas potenciales de calidad y seguridad usando datos fácilmente accesibles.

»Compararse a sí mismos con otros hospitales usando medidas estandarizadas nacionales para evaluar la calidad de la atención hospitalaria

Ejemplos

Fuentes externas

» Pros:

~ Permite establecer puntos de referencia

~ Disponibles públicamente

» Contras:

~ A menudo reflejan datos antiguos

~ No son representativos de todos sus pacientes

~ Susceptibles de cambios en las definiciones

Fuentes internas

» Pros:

~ Datos en tiempo real

~ Su propia definición

» Contras:

~ Incapacidad de compararse con puntos de referencia u otros hospitales en tiempo real

Tableros de instrumentos

01 Evento Adverso

Infecciones asociadas a la atención a la salud (HAI)/ Indicadores de seguridad del paciente (PSI)/Tasas de evento experimental (EER)

02 Operativo

Censo/ CMI/ LOS/ Análisis estadístico de ocurrencia y tiempo

03 Resultado Central del Paciente

Evaluación de Consumidores de Hospitales de Prestadores y Sistemas de Atención a la Salud (HCHAPS)/ Readmisión/ Mortalidad

04 Utilización

Costos de sangre/ antibiótico/ medicación/ laboratorio/ radiología, SPB, Elegir sabiamente.

05 Medición del proceso

Resumen de altas/ Conciliación de medicación/Notas/Vista del tablero de instrumentos /
% de uso de entradas computarizadas de órdenes del médico (CPOE)

Tableros de instrumentos

01 Evento Adverso

- » HAI
  - CLABSI
  - CAUTI
  - SSI
  - CDI
  - MRSA
- » PSI
- » EER

Tableros de instrumentos

02 Operativo

- Censo/ número de altas
- CMI /LOS
- Disposición de alta
- Tiempos de rotación de habitaciones
- Eficiencia del alta
- Recorrido del paciente: Tiempo entre la orden de admisión en Urgencias hasta la llegada a la unidad
- Recorrido del paciente: Tiempo entre la orden de alta y la partida real

Tableros de instrumentos

03 Resultado Central del Paciente

- » HCHAPS
- » Readmisión
- » Mortalidad
- »Duración de la estancia

04 Utilización

- Utilización/desperdicio de sangre
- Administración de Antibióticos/ DOT
- Costo total de la medicación
- Costo total de laboratorio
- Costo total de radiología
- La orden establece la utilización

Tableros de instrumentos

05 Medición del proceso

- Resumen del alta dentro de un lapso de 24 horas
- Conciliación de la medicación en la admisión
- Conciliación de la medicación en el alta
- % de notas copiadas
- % de la lista de problemas actualizadas al momento del alta
- % de pacientes con cita clínica posterior al alta dentro de un plazo de 7 días
- % de uso de entradas computarizadas de órdenes del médico (CPOE)

Referencias

1. www.npsf.org/free-from-harm 2015
2. *Sentinel event alert.* A complimentary publication of The Joint Commission Issue 57, 1 de marzo de 2017
3. To Err is human Noviembre de 1999

Preguntas