

**“Lo peor no es cometer un error, sino tratar de justificarlo, en vez de aprovecharlo como aviso providencial de nuestra ligereza o ignorancia”**

*Santiago Ramón y Cajal (1852-1934), Premio Nobel de Fisiología y Medicina, 1906*

**Accidentes:**

Sucesos aleatorios imprevistos que producen daño al paciente o pérdida materiales o de cualquier tipo.

**Acontecimiento Adverso por Medicación (AAM):**

Es un daño, grave o leve, causado por el uso terapéutico de un medicamento, incluyendo la falta de uso.

**Agente:**

Sustancia, objeto o sistema que actúa para producir cambios.

**Análisis de las causas profundas:**

Proceso sistemático y reiterativo mediante el cual se identifican los factores que contribuyen a un incidente, reconstruyendo la secuencia cronológica de los sucesos y preguntándose repetidamente por qué, hasta que se hayan elucidado las causas profundas subyacentes.

**Atención Sanitaria:**

Servicios recibidos por personas o comunidades con el fin de promover, mantener, vigilar o establecer la salud.

**Calidad:**

Grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de que se produzcan los efectos buscados en la salud y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento, es decir son todas las formas a través de las cuales una organización satisface las necesidades y expectativas de sus clientes, sus empleados, los distintos grupos de interés y la sociedad en general.

Calidad no es el resultado de una actuación profesional aislada, es la labor coordinada de un equipo o un sistema proveedor de servicios.

***Casi error o (near miss)'***:

Incluye sucesos como aquellos casos en los que un accidente ha sido evitado por poco o estuvo próximo a ocurrir; situaciones en las que una sucesión de efectos fue detenida evitando la aparición de potenciales consecuencias; hechos que en otras circunstancias podrían haber sido graves consecuencias o acontecimientos peligrosos que no han producido daños personales, pero si materiales, y que sirven de aviso de posibles sucesos.

Categoría mal definida que incluye:

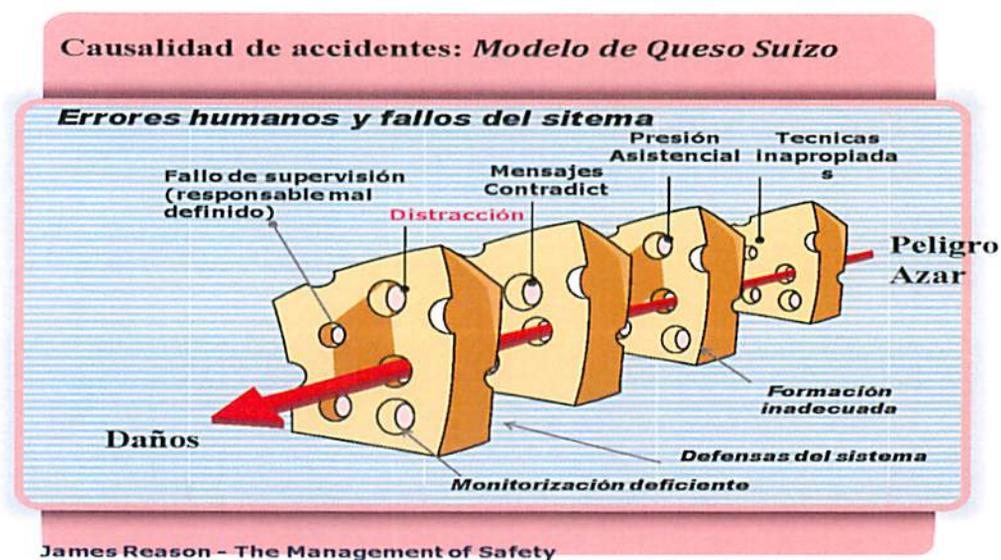
- Caso en el que el accidente ha sido evitado por poco.
- Cualquier situación en la que una sucesión continuada de efectos fue detenida evitando la aparición de potenciales consecuencias.
- Hecho que estuvo a punto de ocurrir.
- Suceso que en otras circunstancias podría haber tenido graves consecuencias.

Acontecimiento peligroso que no ha producido daños personales, pero sí materiales y que sirve de aviso de posibles sucesos.

***Causalidad de los accidentes:***

La idea básica del modelo Reason es identificar qué aspectos o decisiones de la organización pueden haber sido un factor condicionante en un accidente y cómo la organización puede aprender de un accidente, perfeccionando sus defensas en un ciclo de mejora continua.

En términos más simples y gráficos, el modelo Reason ha generado la explicación de un accidente como la superposición o coincidencia de fallos en diferentes niveles de la organización en un mismo momento. Este modelo de fallo simultáneo es conocido también como el modelo del "Queso Suizo".



Los sistemas complejos fallan a causa de una combinación de múltiples pequeños fallos, cada uno de ellos insuficiente para causar el accidente.

Estos fallos latentes y su patrón cambian constantemente.

#### **Condiciones latentes:**

“Patógenos residentes en el sistema”. Proviene de decisiones tomadas por diseñadores, redactores de protocolos y la alta dirección (presión de tiempo, personal insuficiente, equipo inadecuado, fatiga, inexperiencia, etc.).

#### **Daño:**

Alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella. Incluye enfermedad, lesión, sufrimiento, discapacidad y muerte

#### **Daño asociado atención de salud:**

Es el daño que proviene o se asocia con proyectos o acciones tomadas durante la provisión de asistencia médica y no consecuencia de la enfermedad subyacente.

#### **Daño relacionado con la atención sanitaria:**

Daño que se deriva de los planes o acciones de un profesional sanitario durante la prestación de asistencia sanitaria o que se asocia a ellos, y no al que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.

**Efecto:**

Resultado de una causa.

**Error o equivocaciones:**

Acción fallida que no se realiza tal como se planifica para la consecución de un objetivo.

- **Error de ejecución:** Cuando la acción realizada no es la que se quería realizar.
- **Error de planificación:** Pueden aparecer en todos los estadios: Diagnóstico (DX), Tratamiento (TTO), Prevención.

**Errores activos:**

Actos inseguros cometidos por personas en contacto directo con el paciente o con el sistema (lapsos, equivocaciones, deslices, torpezas, incumplimiento de procedimientos).

**Errores de Medicación:**

Cualquier incidente prevenible que puede causar daño o no daño al paciente y que ocurre, por acción u omisión, en cualquiera de los procesos del sistema de utilización de los medicamentos.

**Evento:**

Algo que le ocurre a un paciente o le atañe.

Hecho que ocurre, especialmente si es de cierta importancia.

Suceso imprevisto.

**Evento adverso (EAs):**

Daño debido a la asistencia sanitaria y no relacionado con el curso natural de la enfermedad del paciente.

Se define como "evento adverso" la situación o suceso no deseado imputable a la atención de salud y no derivado de la enfermedad o condición de salud del paciente. Ocurren debido a que algo que fue planificado como parte de la

atención médica no funcionó como era deseable (error de ejecución) o porque esa planificación fue la equivocada (error de planificación).

En Farmacología se define evento adverso como cualquier suceso médico nocivo y no intencionado que puede presentarse durante el tratamiento con un producto, pero que no tiene necesariamente una relación causal con dicho tratamiento.

Los EA pueden ocurrir debido a la conjunción de múltiples fenómenos, como procesos mal desarrollados, tecnologías mal aplicadas o interacciones humanas fallidas. El error es una de las causas de eventos adversos, pero daño y error no siempre van ligados. Sin embargo, es aquí, en los errores donde cabe aplicar todas las medidas y esfuerzos en la prevención, ya que los errores son prevenibles.

***Evento adverso prevenible:***

Evento adverso atribuible a un error.

Todos los Eventos adversos que se produzcan deben de ser comunicados:

- Comunicarlo de forma inmediata a su superior.
- Ponerle solución, lo antes posible.
- Reflejarlos por escrito.

***Fallo del sistema:***

Defecto, interrupción o disfunción en los métodos operativos, los procesos o la infraestructura de la organización.

***Gestión de Riesgos:***

Conjunto de actividades destinadas a identificar, evaluar y tratar el riesgo de que se produzca un efecto adverso durante la asistencia, con el objetivo de evitar o minimizar sus consecuencias negativas, tanto para el paciente, como para los profesionales o la propia Institución Sanitaria.

***Grado del daño:***

Intensidad, duración del daño y repercusiones terapéuticas derivadas de un incidente.

***Incidente:***

Suceso susceptible de provocar un efecto adverso en el paciente. Es la acción u omisión que podría dañar al paciente, pero que no le ha producido daño por el azar o porque se pudo prevenir a tiempo es decir es un evento o circunstancia que ha ocasionado o podrá haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.

***Lesión:***

Daño producido a los tejidos por un agente o una circunstancia.

***Litigio:***

Disputas tramitadas ante la Administración de Justicia, que pueden estar motivadas por un desacuerdo con la atención recibida o con los efectos no deseados de la misma. Con relativa frecuencia no se deben a la existencia de negligencias o praxis deficientes.

***Malapaxis:***

Deficiente práctica clínica que ha ocasionado un daño al paciente. Se entiende como tal cuando los resultados son claramente peores a los que, previsiblemente, hubieran obtenido profesionales distintos y de cualificación similar en idénticas circunstancias.

***Medida de mejora:***

Medida adoptada o una circunstancia alterada para mejorar o compensar cualquier daño derivado de un incidente. Buscan el restablecimiento tanto de la situación clínica del paciente como de las repercusiones que haya sufrido la organización.

***Medidas adoptadas para reducir el riesgo:***

Acciones encaminadas a reducir, gestionar o controlar un daño, o la probabilidad de que se produzca un daño asociado a un incidente. Dichas acciones pueden relacionarse directamente con los incidentes y factores contribuyentes, la detección, los factores atenuantes o las medidas de mejora, y pueden ser proactivas (antes de que suceda el incidente) o reactivas (a partir de los conocimientos adquiridos tras la observación del mismo).

***Mejora continua:***

La mejora continua de la calidad persigue especialmente mejorar situaciones existentes, en contraste con la garantía de calidad que lo que hace es evaluar actividades habituales en relación con estándares aceptados. La mejora continua del proceso se basa en la evaluación continúa, a través de la aplicación del Ciclo de Shewart "Planificar (Plan), Hacer (Do), Evaluar (Check), Actuar (Act)", de todos los aspectos que conforman el mismo: su diseño, ejecución, las medidas de control y su ajuste.

Ello produce resultados más lentamente que la gestión de riesgos pero más rápidamente que la garantía de calidad, ya que se dirige a la investigación de problemas más específicos.

***Mejora del sistema:***

Resultados o efecto directo de la cultura, los procesos, y las estructuras que están dirigidos a prevenir fallos del sistema y a mejorar la seguridad y la calidad.

***Negligencias:***

O errores difícilmente justificables, ocasionados por desidia, abandono, apatía, estudios insuficientes, falta de diligencia, omisión de precauciones debidas a falta de cuidado en la aplicación del conocimiento que debería tener y utilizar un profesional cualificado, A diferencia de los errores, un rasgo esencial de las mismas es su evitabilidad y, en sentido estricto, únicamente podrían determinarse por la Administración de Justicia.

***Paciente:***

Persona que recibe atención sanitaria.

***Peligro:***

Fuente potencial de daño. Circunstancia, agente o acción que puede producir un riesgo o aumentarlo.

***Riesgo:***

Circunstancia, agente, acción que puede conducir a o aumentar un daño.

***Riesgo sanitario:***

Es la probabilidad de que se produzca un efecto adverso durante la asistencia sanitaria.

***Salud:***

Estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

***Seguridad del paciente:***

Es la ausencia para un paciente del daño innecesario o daño potencial asociado con la atención de salud.

***Situación peligrosa:***

Circunstancia en la que las personas, la propiedad o el ambiente están expuestos a uno o más peligros.

***Sucesos centinela***

Los sucesos centinela son hechos inesperados que producen o pueden producir muerte o lesión grave de índole física o psíquica.

Los sucesos centinela no deben considerarse como una alerta propiamente dicha en los términos clásicos sino como una crisis puntual del sistema sanitario por las repercusiones sobre el paciente y sobre todo por la información que se vierte a los medios de difusión y su consecuente alarma social. Se podría decir que es un acontecimiento inesperado que tiene como resultado la muerte o una lesión física o psicológica grave (o el riesgo de que se produzca).

El sistema sanitario debe conocer la prevalencia de estos sucesos y preparar una respuesta puntual única, coordinada y a tiempo para cada caso.