

Seguridad: Pequeños pasos, grandes logros



Gloria Santos González
Enfermera, Urgencias de Pediatría
Hospital Universitario Cruces

gloria.santosgonzalez@osakidetza.net
BLOG: <http://nacidapacuidar.blogspot.com.es/>

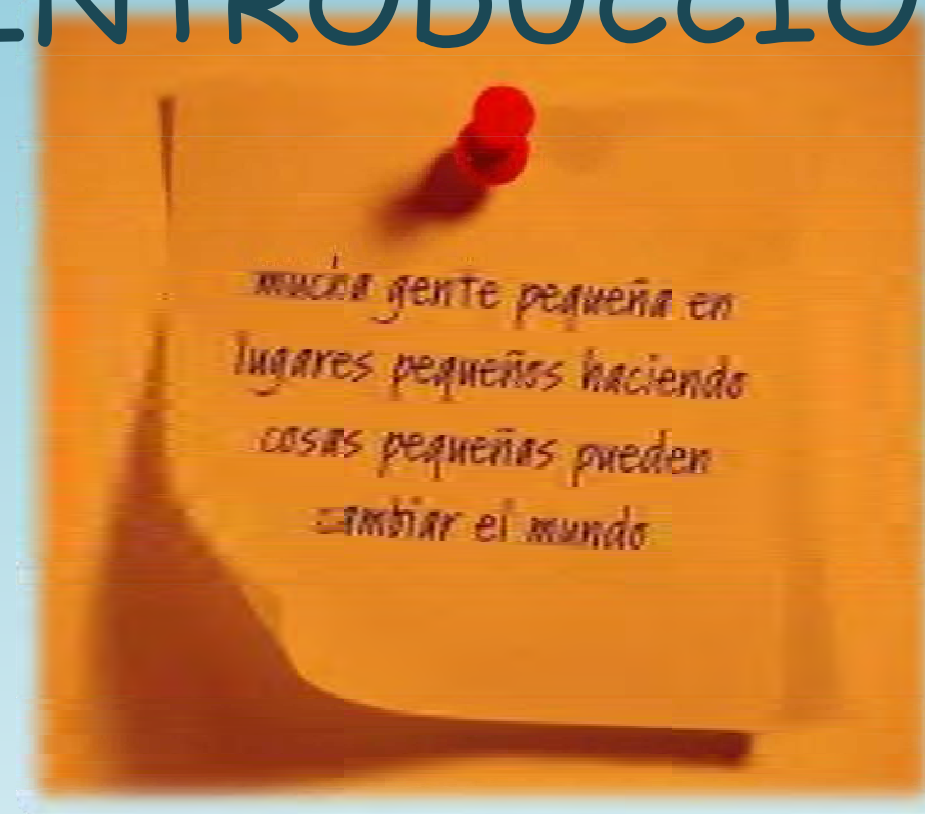
Contenidos

- Introducción:
¿De qué estamos hablando cuando hablamos de seguridad del paciente?
- Justificación:
¿Qué nos preocupa, qué pasa en urgencias?
- Desarrollo:
Pasos para avanzar en seguridad.
Sistemas de notificación
- Caso clínico
- Conclusiones
- Enlaces de interés
- Bibliografía



**SEGURIDAD:
PEQUEÑOS PASOS,
GRANDES LOGROS**

INTRODUCCIÓN



¿De qué estamos hablando, cuando hablamos de "seguridad del paciente"?

- Esencia del concepto de seguridad: facilitar asistencia sanitaria a las personas enfermas sin eventos adversos.
- El incremento de la actividad sanitaria, la creciente complejidad de los procedimientos, el contacto con mucho personal.....posibilidad de errores.

Algunos Conceptos importantes (1)

ERROR:

- Es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto.
- Los errores pueden manifestarse al hacer algo erróneo (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error por omisión).

INFRACCIÓN/INCUMPLIMIENTO:

- Desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos operativos.

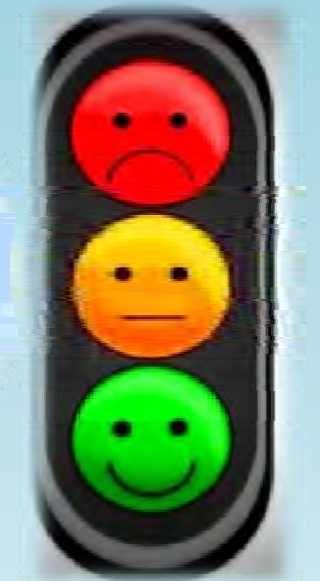
Errores e infracciones aumentan el riesgo de aparición de incidentes y eventos adversos

Algunos Conceptos importantes (2)

Incidente relacionado con seguridad del paciente

Evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario al paciente.

incidente



Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo Enero de 2009. WHO 2009.

http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf

Teoría planteada por Heinrich



Construyendo Cultura de Seguridad

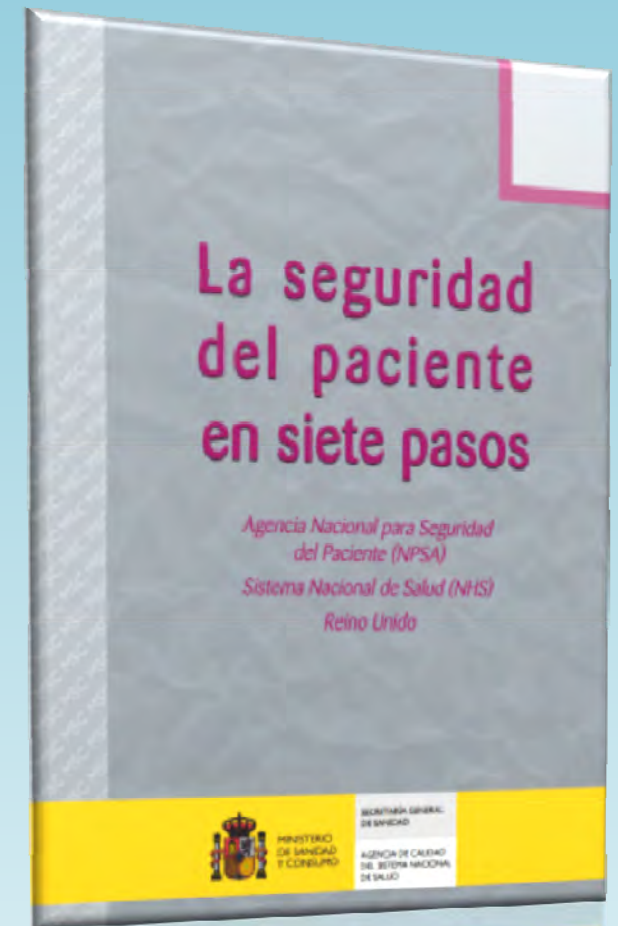
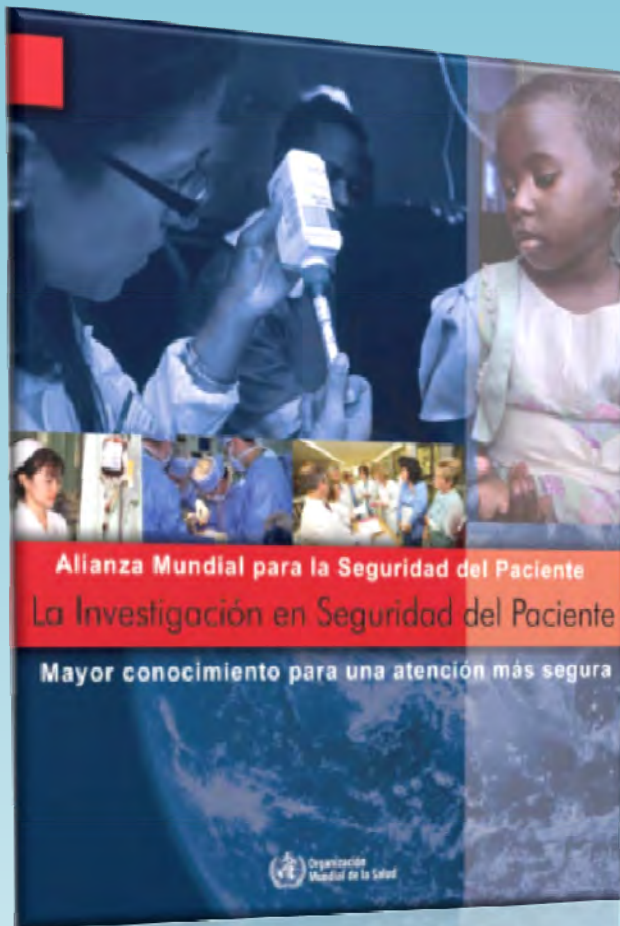


To err is Human: Building a Safer Health Care System

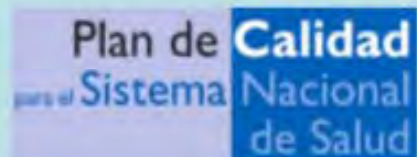
Institute Of Medicine, USA 1999

- Entre 44.000 y 98.000 muertes al año
- Un millón de lesiones
- Casi la mitad prevenibles
- 8ª Causa de mortalidad en EEUU
- Importante coste económico 17-29 billones \$
- “Punta del iceberg”
- Erosiona la confianza en el sistema
- Daña a instituciones y a profesionales

Construyendo Cultura de Seguridad (2)



Ministerio de Sanidad y Consumo



1. Promover una cultura de seguridad
2. Implantar sistemas de comunicación de incidentes
3. Implantar prácticas seguras en 7 áreas específicas (Anestesia, caídas, UPP, TEP y TVP, IN, Cirugía en lugar erróneo, medicación)
4. Asegurar la correcta implantación de C. Informado y voluntades anticipadas
5. Reforzar los sistemas de evaluación de la calidad en hemoderivados



Construyendo Cultura de Seguridad (3)



LÍNEAS DE ACCIÓN CORPORATIVAS ACTUALES

- LA1. Prevención y control de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS).
- LA2. Cirugía segura.
- LA3. Seguridad en el proceso asistencial Gestación-Parto-Puerperio.
- LA4. Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente (SNASP).
- LA5. Optimización de la prescripción de pruebas diagnósticas que utilizan radiación ionizante.
- LA6. Buenas prácticas asociadas a la administración de la medicación.
- LA7. Buenas prácticas asociadas a los cuidados de enfermería.
- LA8. Seguridad transfusional: donantes y receptores de componentes sanguíneos y tejidos.
- LA9. Formación en seguridad del paciente.

NUEVAS LÍNEAS DE ACCIÓN CORPORATIVAS

- LA10. Identificación inequívoca de los pacientes.
- LA11. Conciliación de la medicación.
- LA12. Implicación del paciente en la seguridad de la atención sanitaria.
- LA13. Reducción de las infecciones del tracto urinario asociadas a catéter urinario.

Implicación del paciente en seguridad

Esta semana Osakidetza ha lanzado un campaña con el objetivo de **Implicar al paciente y familiares**, en la seguridad de la atención que se le presta desde el sistema sanitario. Ya que es un **elemento esencial en la mejora** de la seguridad del paciente y constituye para Osakidetza un **elemento estratégico de primer nivel**.



Pasos para seguir avanzando

Paso 1. Crear una cultura de seguridad

Patrón integrado de comportamiento individual y de organización, basado en creencias y valores compartidos, busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente por los procesos de prestación de atención.

- Disipar el mito de la perfección. **ERRAR ES HUMANO**



LIDERAR una cultura:

- **ABIERTA** para hablar de EA
- **JUSTA**
- Que **APOYA AL PROFESIONAL** cuando se produce un EA
- Que **APRENDE** utilizando el enfoque a sistema , no pregunta ¿QUIEN? si no ¿POR QUE?
- **FLEXIBLE** para adoptar los cambios que sean necesarios

Pasos para seguir avanzando

Paso 2.

Utilizar herramientas de gestión de riesgos

- Identificar a priori dónde están nuestros riesgos y cuáles son sus causas
- Aprender cuando un Efecto Adverso se produce ¿qué ha fallado en el sistema?

Paso 3.

Introducir defensas en el sistema

“buenas prácticas”



DETECTAR



ANALIZAR



PREVENIR

CIRCUITO DE NOTIFICACIÓN

Aparición,
registro y
notificación del
evento

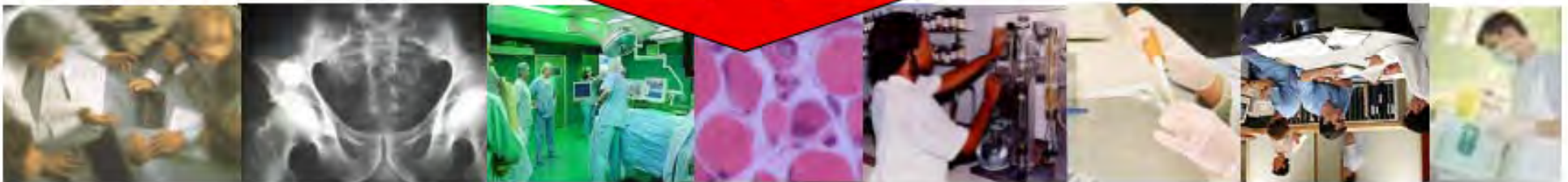


Proceso de
agregación y
análisis



Resultados del
proceso

- Alertas
- Publicaciones
- Estudios de investigación
- Bases de datos
- Banco de lecciones aprendidas



JUSTIFICACIÓN

SEGURIDAD:
PEQUEÑOS PASOS,
GRANDES LOGROS



Nuestro principal
propósito en esta
vida es ayudar a
otros. Y si no
puedes ayudarles,
al menos no les
hagas daño.
Dalai Lama

¿Qué pasa en Urgencias?

- Los incidentes suelen ser leves.
- Relacionados con cuidados, medicación, diagnóstico y comunicación.
- Factores favorecedores:
 - Pacientes vulnerables y heterogéneos
 - Decisiones críticas
 - profesionales
 - errores de comunicación
 - condiciones de trabajo



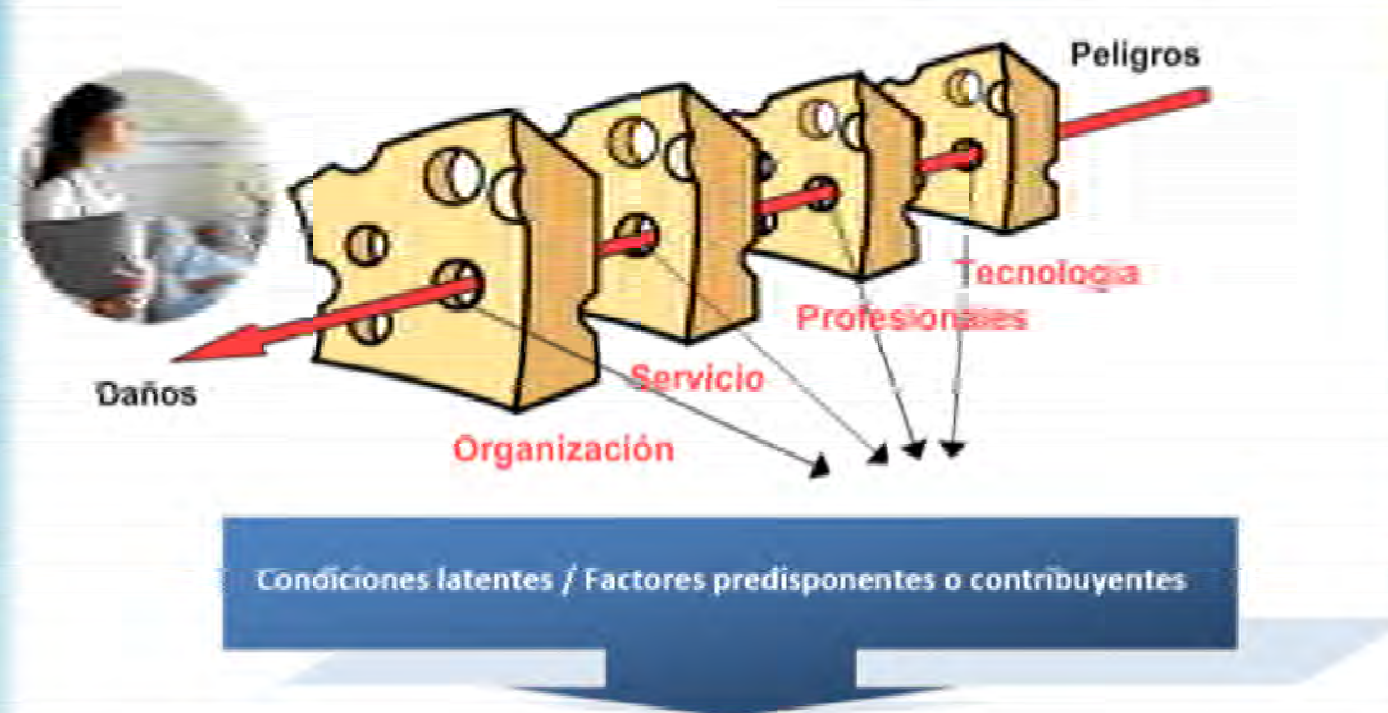
Modelos de análisis del riesgo sanitario: Causas de los errores

- Modelo centrado en la persona (se basa en aspectos como falta de motivación, olvidos, negligencia).
- Modelo centrado en el sistema (los humanos somos falibles; los errores, esperables. Son consecuencias, no causas).



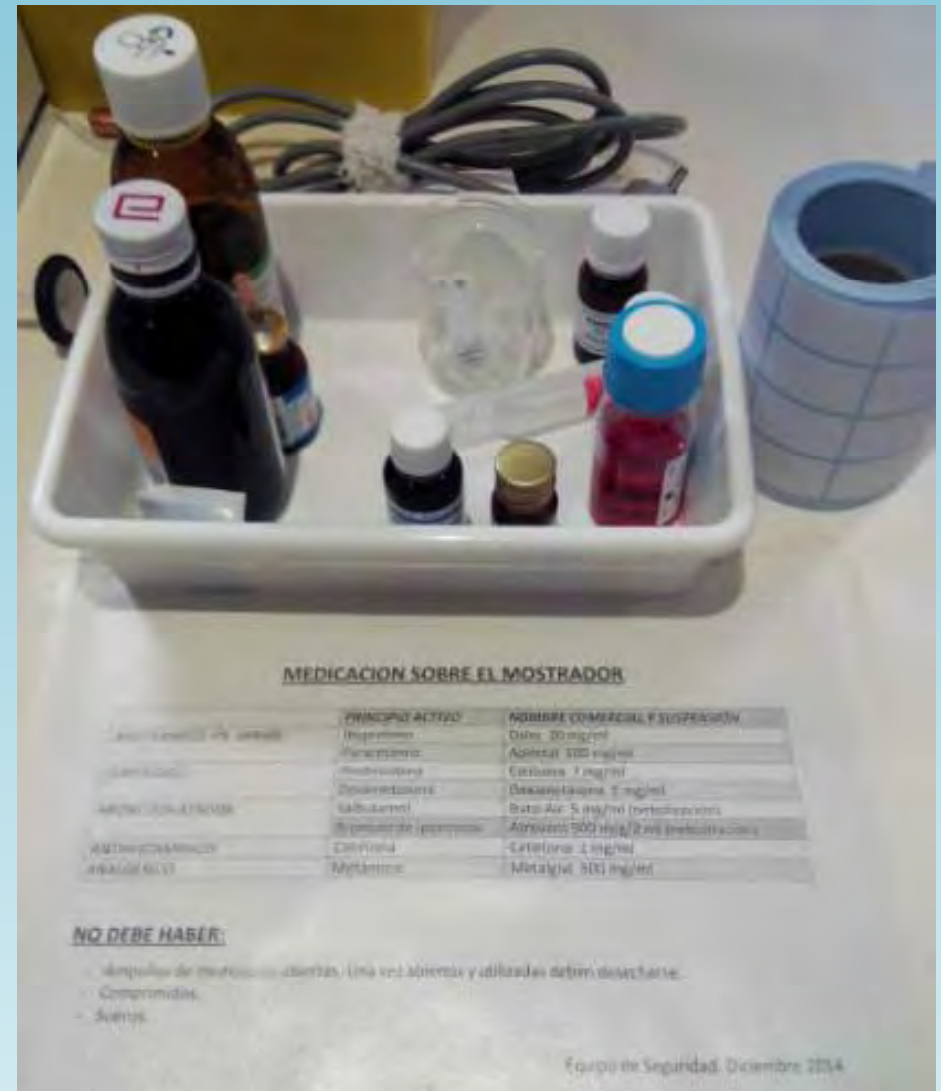
Causas de los errores

Teoría del riesgo de Reason



- **Paciente:** edad, idioma ...
- **Individuales:** personas, profesionales.
- **Tarea:** protocolos, procedimientos ...
- **Sociales y de Equipo:** trabajo en equipo, comunicación, información del paciente.
- **Equipamiento y Recursos:** mantenimiento, idoneidad ...
- **Formación:** Competencia, FC
- **Condiciones de trabajo:** ambiente, ruidos ...

Barreras físicas en SUP



DESARROLLO

**SEGURIDAD:
PEQUEÑOS PASOS,
GRANDES LOGROS**



PROCESO EN LA CULTURA DE SEGURIDAD

- IDENTIFICAR = RECONOCER
REGISTRO DE INCIDENTES
- ANALIZAR
- DIVULGAR RESULTADOS Y
RECOMENDACIONES





Identificar: Registro de incidentes

- Los SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN registran los incidentes relacionados con la asistencia sanitaria
- Contribuyen a mejorar el clima de seguridad
- ¿Qué notificar?: problemas relacionados con cuidados, medicación, diagnóstico y comunicación
 - Procedimientos inadecuados
 - Documentos clínicos erróneos incompletos
 - Problemas de comunicación
 - Incidentes con otros servicios



Tipos de registro de incidentes

Personal sanitario/familiares

Voluntario/obligatorio

Electrónico/web/papel

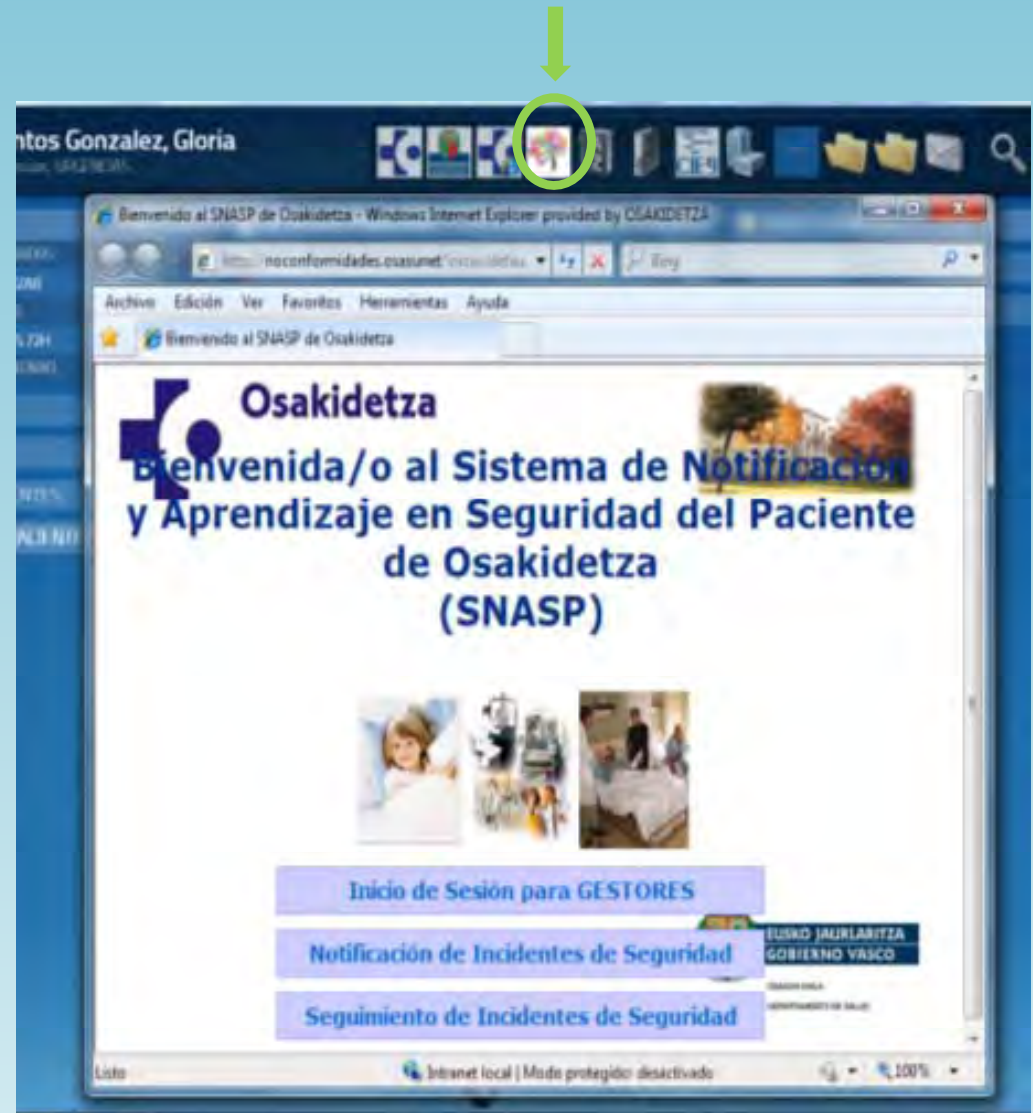
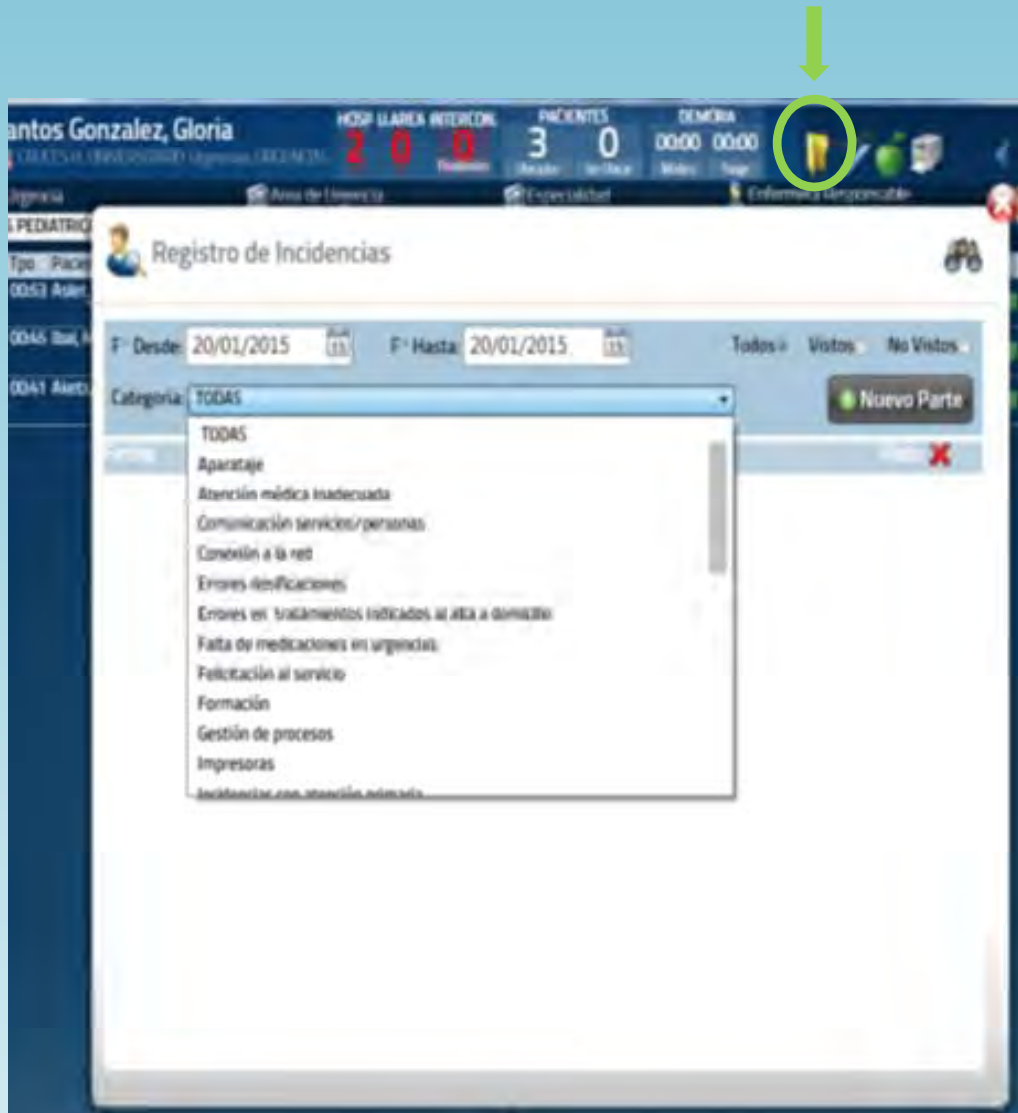
Interno/externo

General/específico

Gravedad del incidente



Tipos de registro de incidentes (2)



Datos de quien notifica	Datos opcionales: se borrarán automáticamente 7 días después del registro de la notificación	
	Nombre y apellidos <input type="text"/>	
¿Quién notifica? (grupo profesional)	<input type="text"/> ▼ Otros	
Fecha del incidente	<input type="text" value="20/05/2014"/>	
Hora del Incidente	<input type="text"/>	
¿Dónde se originó?	<input type="text"/>	
	Fuera de Osakidetza - Indicar dónde : <input type="text"/>	
Describe que ocurrió	<input type="text"/>	
Factores contribuyentes	<input type="checkbox"/> Relacionados con el paciente (barreras que dificultan la comunicación, ubicación del paciente,..)	<input type="checkbox"/> Protocolos (existencia o no, difundidos,...)
	<input type="checkbox"/> Comunicación entre profesionales (verbal, confusa, tardía, problemas con la terminología, abreviaturas..)	<input type="checkbox"/> Disponibilidad de información sobre el paciente
	<input type="checkbox"/> Trabajo en equipo (asignación de responsabilidades, supervisión, búsqueda de ayuda,..)	<input type="checkbox"/> Formación/aprendizaje (programas de formación, planes de acogida,..)
	<input type="checkbox"/> Equipos/dispositivos (mantenimiento, obsoletos, facilidad de uso,..)	<input type="checkbox"/> Fármacos (etiquetado, envases similares, nombres similares,..)
	<input type="checkbox"/> Recursos humanos (valoración competencia antes de asignar tareas, planes de contingencia, reparto de cargas de trabajo,..)	<input type="checkbox"/> Factores Ambientales (distracciones, ruido , interrupciones)
	<input type="checkbox"/> Situación de emergencia/imprevistos (ausencia de planes de actuación en situaciones de emergencia, en imprevistos,)	<input type="checkbox"/> Información al paciente
	<input type="checkbox"/> Factores individuales de los profesionales (relaciones en el trabajo, problemas domésticos,...)	<input type="checkbox"/> Otro

Registro ideal de incidentes

- Anónimo/confidencial
- No punitivo
- Independiente de autoridad
- Analizado por expertos
- Útil para aprendizaje
- Ágil (tiempos de respuesta)
- Enfoque a sistema
- Multidisciplinar
- Eficaz



Barreras para la notificación

- Falta conciencia del error
- Falta conciencia de qué documentar y por qué
- Falta de familiaridad
- Miedo a acciones disciplinarias o denuncias
- Pérdida de autoestima
- Cargas de trabajo
- Falta de feedback
- Falta de liderazgo en prevención

Soluciones

FORMACIÓN

ENTRENAMIENTO
SENCILLEZ

CULTURA DE
SEGURIDAD

EFFECTIVOS,
RECORDATORIOS

RETROACTIVO

IMPLICACIÓN LIDERES



Analizar

AMFE

- Proactivo (**Prospectivo**)
- Centrado en **todo el proceso**
- **¿Y si?**
- Identifica modalidades de fallo y posibles efectos de éstos

Medidas preventivas y puntos de control

ANÁLISIS CAUSA RAÍZ

- Reactivo (**Retrospectivo**)
- Centrado en **un solo evento**
- **¿Por qué?**
- Identifica causas del evento

Medidas correctivas

Herramientas recomendadas para el análisis de riesgos en un servicio de urgencias

Cómo puedo saber la cultura /clima sobre seguridad en mi servicio de urgencias?

Mediante la encuesta de cultura seguridad (AHRQ)

Cómo puedo saber si los procedimientos en mi Servicio de Urgencias son seguros?

- Conocer los procesos («contexto»): análisis de los procesos del servicio
- Indicadores / eventos centinelas/ *triggers*

¿Cómo puedo conocer los eventos que ocurren?

A través de fomentar las notificaciones de EA

¿Cómo debo analizar los eventos detectados?

Mediante análisis causal (ACR/*London*)

¿Cómo puedo prevenir?

Mediante análisis modal de fallos y efectos (AAMFE) de los procesos de atención urgente

CIRCUITO DE NOTIFICACIÓN

Aparición,
registro y
notificación del
evento



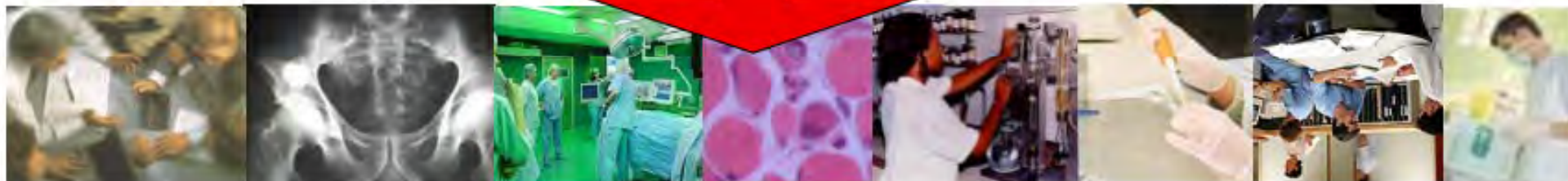
Proceso de
agregación y
análisis



Resultados del
proceso

- Alertas
- Publicaciones
- Estudios de investigación

- Bases de datos
- Banco de lecciones aprendidas





Divulgar resultados y recomendaciones

• Difusión de datos/ casos:

- Reuniones
- Tablón de anuncios
- Correo electrónico



Divulgar BUENAS PRACTICAS



Introducir nuevas medidas preventivas y correctivas en el sistema (protocolos, procedimientos, guías de práctica clínica, etc.) ayuda a eliminar o mitigar los EA.

• Acciones/ Medidas de mejora:

- Triage estructurado
- Cards de medicación
- Prescripción electrónica
- Hojas del paciente crítico
- Check-list y doble chequeo
- Recomendaciones de grupos de mejora
- Protocolos y guías
- Formación continua
- Mejora de la comunicación
- Fomento cultura de seguridad
- Integración de la familia

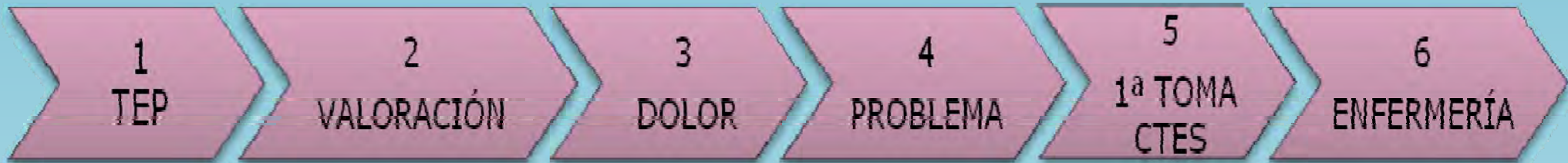
Caso práctico

Niño de 18 meses. Fiebre elevada desde hace 10 horas. Correctamente vacunado. Alergia a las proteínas de leche de vaca. No presenta antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

1º) **IDENTIFICACIÓN INEQUIVOCA DEL NIÑO:**
Pulsera identificativa en mano(niños)
/ pie **izdos** (lactantes)
con pegatina roja (alergia/s).



2º) TRIAJE ESTRUCTURADO por enfermera



TEP normal.

VALORACIÓN: Se activa cuando hay 2 lados TEP alterados, se abre una valoración rápida del ABC y acciones a realizar.

NO dolor.

PROBLEMA principal: Fiebre.

TOMA DE CONSTANTES: Peso y temperatura (39°C, rectal)

TRIAJE AVANZADO (Acciones de enfermería):
Administración de antitérmico.

Nivel III Sistema Canadiense de triaje.
Tiempo recomendado de espera a ser visto por el pediatra: 30'.
Pasa a sala espera de zona AMBULATORIA.

3º) **IMPLICACIÓN DE LA FAMILIA:**
indicación a familia para avisar si nota cualquier cambio.



Mientras está esperando, presenta episodio de desconexión del medio, palidez, respiración ruidosa, cianosis peribucal y sacudidas tónicas de extremidades.

Pasamos al niño al box 1 ó 2 de zona ambulatoria para estabilizar antes de llevarle al área de estabilización.



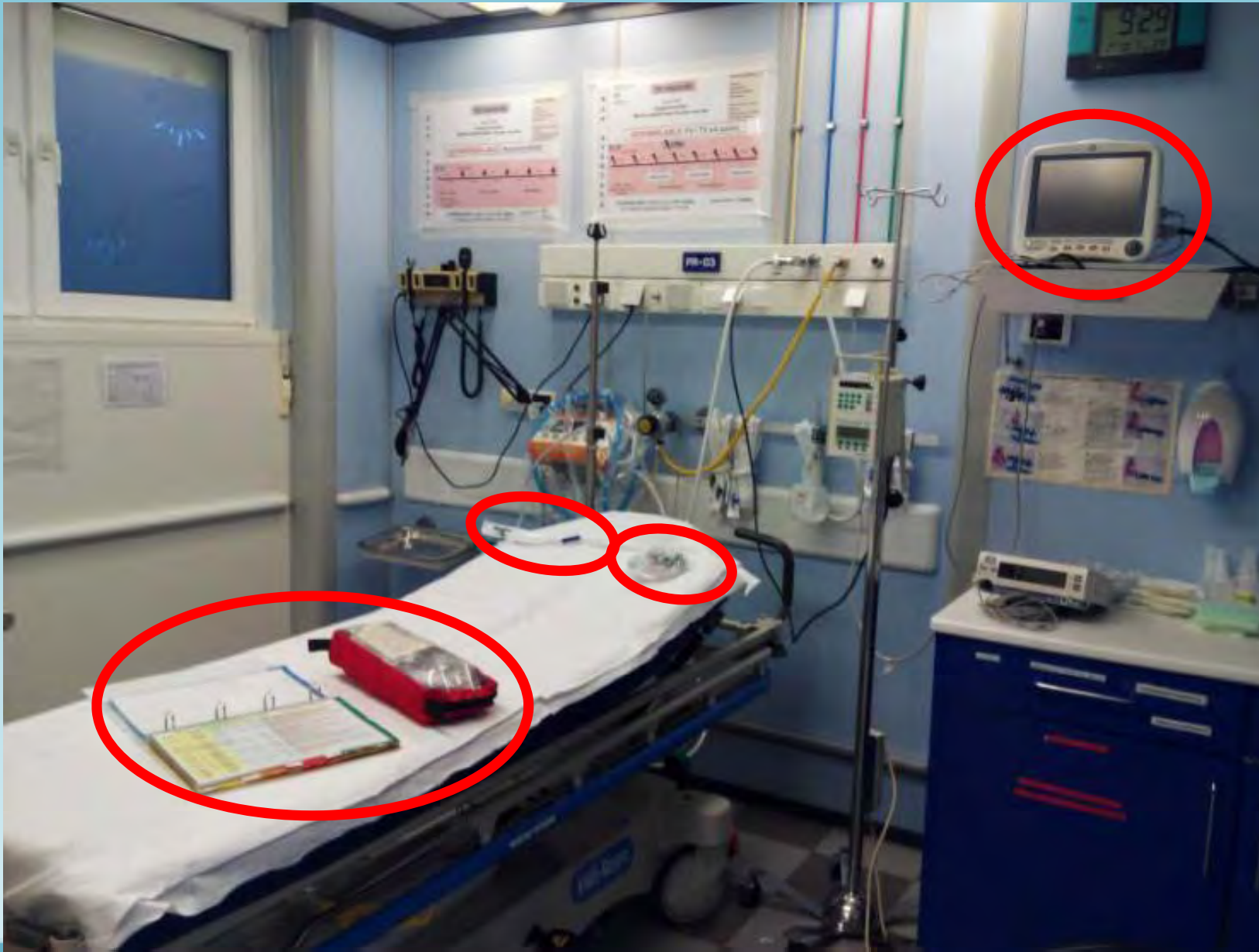
- Avisamos al pediatra e informamos a la familia de nuestras actuaciones.
- TEP alterado: apariencia y respiración.
- Prioritario: asegurar permeabilidad de la vía aérea, aspiración de secreciones y oxígeno.
- Revaloración: Convulsión activa, Nivel I.
- Nueva toma de constantes (Sat O₂ 91%, FC 130x', FR 35x', TA 100/65 mm Hg).

4º) TRASLADO SEGURO Y COMUNICACIÓN CON LA FAMILIA

Una vez realizadas estas maniobras, debe ser trasladado al área de estabilización, para continuar con la valoración y tratamientos que se precisen. Se hará en camilla de transporte, con O2 y saturómetro continuo.



5º) PROTOCOLO PACIENTE CRÍTICO



La convulsión cede espontáneamente a los 4 minutos.
30 minutos más tarde el niño despierta llorando y se comporta con normalidad.
Pasa al área de evolución donde permanece 3 horas en observación.



6º) ENTORNOS LABORALES SALUDABLES. GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS:

Formación continua, prácticas de simulación (simbaby), protocolos estandarizados, grupos mejora.



Conclusiones



- Para **mejorar la calidad asistencial**: gestión riesgos.
- La **gestión de riesgos**: fases de identificación del riesgo, análisis del mismo y la elaboración de planes de control.
- **Mejora de la CULTURA DE SEGURIDAD**: Transformar la cultura de culpa y la resistencia a abordar los problemas de seguridad que existen.
- **SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN**: Conocer cuáles son, qué limitaciones y barreras.
- **Objetivo de la enfermería actual y futura**: práctica basada en la **evidencia**.

Haz lo posible

GRACIAS
ARIGATO
SHUKURIA
THANK
YOU
BOLZIN
MERCİ

e intenta lo imposible...

Por pequeños que sean tus
pasos, tus huellas harán historia

ENLACES DE INTERÉS

Fundación Avedis Donabedian

www.fadq.org

Centro de Investigación para la Seguridad
Clínica www.fadq.org/

Instituto para el Uso seguro del medicamento
www.usal.es/-ismp/marco.html

GENCAT

www.errorsmedicaio.org/

Proyecto IDEA

www.dsp.umh.es/proyectos/idea/

NHS National Patient Safety Agency

www.npsa.nhs.uk

Proyecto EPINE

www.mpsp.org/mpsp/epine/

Organización Mundial de la Salud

www.who.int/patientsafety/es/

Ministerio de Sanidad y Consumo

www.seguridaddelpaciente.es

National Patient Safety Foundation

www.npsf.org/

Australian Patient Safety Foundation

www.apsf.net.au/

Patient Safety International

www.patientsafetyint.com/

Patient Safety First

www.Patientsafetyfirst.org/

ISMP

www.ismp.org/

National Center For Patient Safety

www.patientsafety.gov/

Agencia Pública de Calidad (USA)

www.psnet.ahrq.gov

BIBLIOGRAFÍA

1. Estrategia de Seguridad del Paciente en Osakidetza 2013-2016. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco – Osakidetza, 2013.
2. OMS. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo Enero de 2009. WHO 2009. [consultado 02 de Diciembre de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
3. Pizzi LT, Goldfarb NI, Nash DB. Promoting a Culture of Safety. En: Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, et al, eds. Making Health Care Safer: A critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Techynology Assessment No 43. AHRQ Publication No.01-E058, Rockville, MD: Agency for Health Care Research and Quality, 2001. p. 447-457.
4. The National Quality Forum: Safe Practices for Better Health Care. 2006 Update. NQF, Washington, 2007.
5. Kohn L, Corrigan J, Donalson MS. To err is human: building a safer health system. Committee on Quality of Health Care in America Institute of Medicine. Washington: National Academy Press; 2000.
6. El Programa de Seguridad del Paciente de la OMS. 2008. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/about/programmes/en/>
7. NHS National Patient Safety Agency. Seven steps to patient safety. London: NPSA, 2004. Disponible en: http://www.sefh.es/carpetasecretario/7_PASOS.pdf

BIBLIOGRAFÍA (2)

8. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud sobre seguridad del paciente. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec03.htm>
9. Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000; 18; 320:768-70
10. Tomás S, Roqueta F, Chanovas M. La seguridad del paciente como objetivo estratégico. ¿De qué estamos hablando? Monografías Emergencias 2009; 5: 1-8
11. Tomás S., Gimena I. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias. An. Sist. Sanit. Navar. 2010, Vol. 33 (Supl. 1): 131-148
12. Gargallo Burrie E. Estrategias de prevención y gestión de los riesgos en seguridad del paciente pediátrico. Sesión científica oficial del Congreso de la Asociación Española de Pediatría (AEP) 2013-62 [consultado 11/01/2015]. Disponible en:
http://www.sepho.es/mediapool/120/1207910/data/Congreso_Sevilla/SESIONES_CIENTIFICAS_OFICIALES.pdf
13. El establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos en el sector sanitario: aspectos legales. Informe. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009 [consultado 18/01/2015]. Disponible en:
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Establecimiento_Sistema_Nacional_Notificacion.pdf
14. Bañeres J. Los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos. Un análisis de situación. Informe Fundación Avedis Donabedian. Madrid, Mayo 2006 [consultado 18/01/2015]. Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/6_Joaquin_Baneres_ppt.pdf