

21

REUNIÓN ANUAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE URGENCIAS DE PEDIATRIA



PLAN ESTRATÉGICO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Enriqueta Castuera Jurado

Servicio de Pediatría, Críticos y Urgencias Pediátricas
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

“caminando juntos”

OBJETIVOS

- Presentar el proceso de diseño y despliegue de un plan de seguridad del paciente (PSP) en las urgencias de Pediatría del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba



METODOLOGÍA

- Creación de un grupo de trabajo compuesto por 8 profesionales de la Unidad de Urgencias de Pediatría (pediatras, residente de pediatría, enfermería, auxiliar de enfermería y celador) y miembros del Servicio de Calidad y Documentación clínica.
- Se elaboró un catálogo de fallos, causas y efectos adversos mediante la técnica de generación de ideas o “brainstorming”.
- Se realizó un mapa de riesgos de efectos sobre el mapa de procesos de la Unidad de Urgencias.

RELACION DE FALLOS

1. Fallo en la identificación del niño
2. Demora en acudir a triaje
3. Las pulseras son difíciles de poner
4. Fallo de comunicación con el paciente al alta (no corresponde)
5. Demora en el traslado de muestra o pacientes para pruebas complementarias u hoja interconsulta
6. Pérdida o error de identificación para pruebas complementarias
7. Incidente clínico en la sala de espera
8. Sala de espera poco adecuada
9. No hacer seguimiento en sala de espera del tratamiento administrado
10. Agresión física o verbal
11. Caídas
12. Limpieza insuficiente
13. 13. Lactancia materna en sala de espera
14. Falta de visibilidad de la sala de aerosoles
15. Excesivo calor/frío
16. Administración de tratamientos en sala de espera
17. Empujón a familiares en sala de TRIAJE
18. Mala identificación en TRIAJE
19. No realización de TRIAJE
20. Demora en la atención según prioridad
21. No se registran en la hoja de enfermería los procesos realizados al niño
22. No se da suficiente información a los familiares
23. Cambio de medicación
24. Camilla inadecuada para la edad del niño
25. Falta material en sala de sedación /analgesia
26. Fallo del aspirador
27. Procedimiento no realizado correctamente
28. Error en la identificación de documentos de la hc
29. Paso de personal por consulta ocupada
30. No unificar prescripción de medicación
31. Dolor en la realización de técnica invasiva
32. Error en el tratamiento aplicado en la consulta de urgencia
33. Error en administración de medicación
34. Escaras en inmovilizaciones
35. Personal ajeno a la unidad
36. Incomodidad para subir y bajar de la cama
37. Hoja de tratamiento ilegible
38. Reacción adversa a la toma de medicación
39. Equivocación de etiquetado en pruebas complementarias
40. Falta de material
41. Caída del niño
42. Elección inadecuada de la consulta según prioridad
43. Retraso en la atención al paciente según su prioridad
44. Mala información sobre el paciente en el relevo de turno
45. Demora del paciente para su ingreso en planta
46. Demora en el alta
47. Excesivo calor/frío
48. Desconocimiento del tiempo de apertura de medicación oral
49. Desconocimiento uso aparataje o técnica nueva
50. Disminución de personal de manera no programada
51. Olvido en la retirada del obturador
52. No comprensión en las ordenes de tratamiento
53. No realización de ordenes de tratamiento
54. Demora en realización de pruebas radiográficas urgentes
55. Error en la realización de ordenes medicas
56. Arquitectura deficiente
57. Confusión en la atención del niño
58. Tiempo prolongado observación
59. Error en la elección cama
60. No se registran en la hoja de enfermería los procesos realizados al niño
61. No se da suficiente información a los familiares
62. Cambio de medicación
63. Camilla inadecuada para la edad del niño
64. Falta material en sala de sedación /analgesia
65. Fallo del aspirador
66. Procedimiento no realizado correctamente
67. Error en la identificación de documentos de la HC
68. Paso de personal observación
69. No unificar prescripción de medicación
70. Dolor en la realización de técnica invasiva
71. Error en el tratamiento aplicado en la consulta de urgencia
72. Error en administración de medicación
73. Personal ajeno a la unidad
74. Incomodidad para subir y bajar de la cama
75. Hoja de tratamiento ilegible
76. Reacción adversa a la toma de medicación
77. Equivocación de etiquetado en pruebas complementarias
78. Falta de material
79. Caída del niño
80. Elección inadecuada de la consulta según prioridad
81. Retraso en la atención al paciente según su prioridad
82. Mala información sobre el paciente en el relevo de turno
83. Demora del paciente para su ingreso en planta
84. No administración de medicación pautaada
85. Desconocimiento de tiempo de apertura de medicación oral
86. Desconocimiento uso aparataje o técnica nueva
87. Molestias al paciente por exceso de visitas
88. Excesivo calor/frío
89. Desconocimiento del tiempo de apertura de medicación oral
90. Desconocimiento uso aparataje o técnica nueva
91. Disminución de personal de manera no programada

RESULTADOS

Actividad del proceso **5 ALTA**

Fallo		Causa	Evento Adverso	Acciones Preventivas (El fallo se evita con ...)
51.	1 FASE	Nº	Fallo	CRITICIDAD
	2 4 ATENCIÓN EN CONSULTA			
	3 4 ATENCIÓN EN CONSULTA	25	25. Falta material en el carro de parada	7
52.	4 6 INGRESO EN SALA DE ESPERA	26	26. Fallo del aspirador	7
	5 2: SALA DE ESPERA	64	64. Falta material en sala de sedación /analgesia	6
	6 6 INGRESO OBSERVACIÓN	65	65. Fallo del aspirador	6
	7 2: SALA DE ESPERA	9	9. No hacer seguimiento en sala de espera del tratamiento administrado	5
	8 4 ATENCIÓN EN CONSULTA	19	19. No realización de TRIAJE	5
	9 6 INGRESO OBSERVACIÓN	38	38. Reacción adversa a la toma de medicación	5
53.	10 3 TRIAJE 2: SALA DE ESPERA	72	72. Error en administración de medicación	5
	11 6 INGRESO	23	23. Cambio de medicación	4
	12 4 TRIAJE	30	30. No unificar prescripción de medicación	4
	13 6 INGRESO 4 ATENCIÓN EN CONSULTA	32	32. Error en el tratamiento aplicado en la consulta de urgencia	4
54.	14 2: SALA DE ESPERA	33	33. Error en administración de medicación	4
	15 1: ADMISIÓN OBSERVACIÓN			
55.	16 4 ATENCIÓN EN CONSULTA			
	17 6 INGRESO 4 ATENCIÓN EN CONSULTA			
56.	18 6 INGRESO 4 ATENCIÓN EN CONSULTA			
	19 6 INGRESO 4 ATENCIÓN EN CONSULTA			
	20 4 ATENCIÓN EN CONSULTA			
	21 4 ATENCIÓN EN CONSULTA			
	22 1: ADMISIÓN CONSULTA			
	23			
57.	Confusión en la atención del niño	90. Error en la filiación	Error de tratamiento Molestias usuario	-Comprobación de nombre de historia con paciente (preguntando)
58.	Tiempo prolongado observación	91. Falta de camas 92. Saturación planta	Demora de ingreso en observación	-Reestructuración hospital

MAPA DE RIESGO

PROCESOS ESTRATÉGICOS

PLANIFICACIÓN
ESTRATÉGICA

POLÍTICA
SALUD LABORAL

SISTEMA
CALIDAD

INVESTIGACIÓN

PLANIFICACIÓN
DOCENTE

CONTROL DE
GESTIÓN

COMUNICACIÓN
EXTERNA / INTERNA

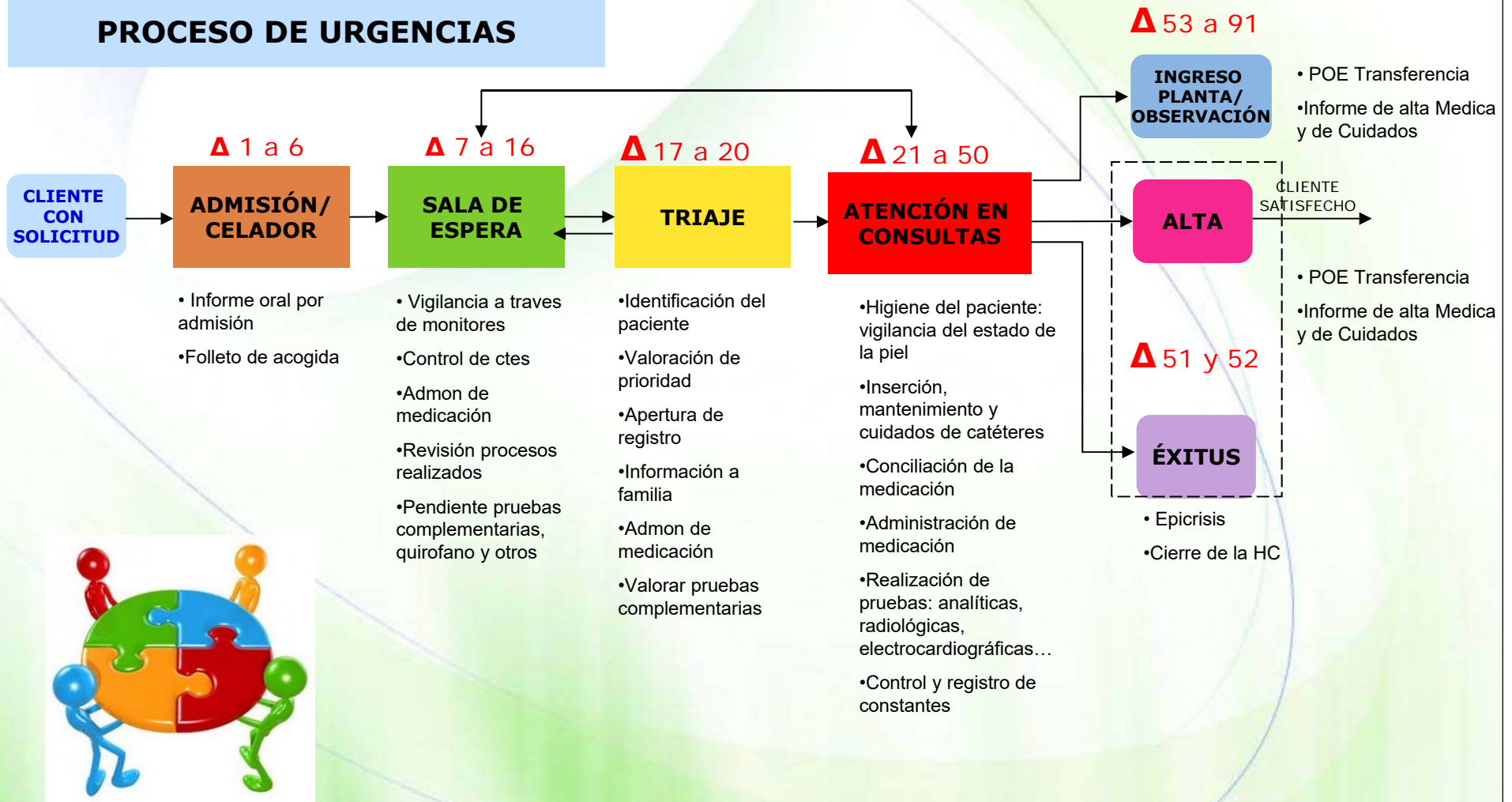
VOZ AT.
PRIMARIA

VOZ
SOCIEDAD

VOZ DEL
CLIENTE

VOZ DE LAS
PERSONAS

PROCESO DE URGENCIAS



CONCLUSIONES

- La seguridad de los pacientes constituye la prioridad en la gestión de calidad asistencial de cualquier servicio sanitario.
- La atención en urgencias pediátricas es especialmente propensa a cometer errores por factores ambientales y humanos.
- Se debe promover la creación de programas de seguridad del paciente que no sean ajenos a nuestra práctica clínica habitual, interiorizándola dentro de la misma.
- Es importante contar con un equipo multidisciplinar que valore de forma integral todos los aspectos del plan de seguridad, seleccionando las medidas correctoras como punto de partida para iniciar el plan estratégico.