

# SEGURIDAD EN NUESTROS SERVICIOS BLINDANDO AL PPP Y EA

NUEVOS RETOS EN LA ATENCIÓN INTEGRAL AL PPP Y EA

Bosco Barón Franco

Hospital Juan Ramón Jiménez Huelva

# Seguridad del PPP y EA

---

## SEGURIDAD EN NUESTROS SERVICIOS

- 1. Generalidades**
- 2. Situación en nuestro medio**
- 3. Propuestas**

# Seguridad del PPP y EA

## GENERALIDADES

---

### Conceptos

**Accidente:** Suceso aleatorio imprevisto e inesperado que produce daño al paciente o pérdidas materiales o de cualquier tipo.

**Incidente:** Suceso aleatorio imprevisto e inesperado que no produce daño al paciente ni pérdidas materiales o de cualquier tipo. En circunstancias distintas podría haber sido un accidente.

**Evento adverso (EA):** Todo accidente o incidente ocurrido a un paciente, que ha causado daño o lo ha podido causar, asociado a la asistencia sanitaria.

# Seguridad del PPP y EA

## GENERALIDADES

---

### El primer gran documento

Año 2000

Tipo de errores

Aprender de los errores

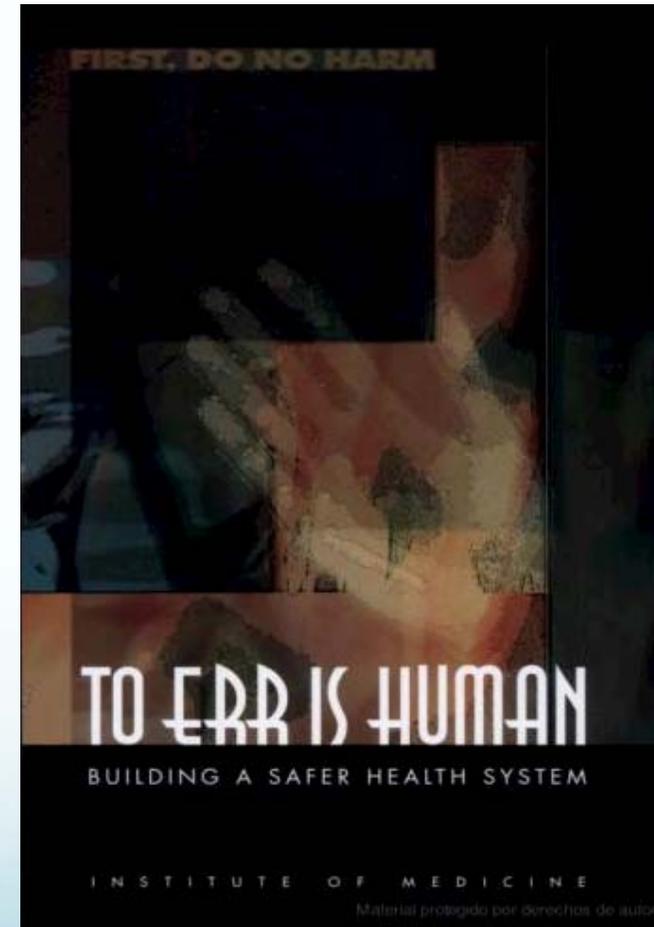
Imprescindible cambios

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Cultura de Seguridad

Recabar información sobre EA

Mejorar los Sistemas de Seguridad



# Seguridad del PPP y EA

## GENERALIDADES

Está de moda

MEDICINA

COMENTARIOS CLÍNICOS

### Seguridad del paciente y calidad asistencial

*Rev Clin Esp.* 2007;207(9):456-7

A. Muiño Miguez<sup>a</sup>, A. B. Jiménez Muñoz<sup>b</sup>, B. Pinilla Llorente<sup>a</sup>, E. Durán García<sup>c</sup> y M. P. Rodríguez Pérez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Medicina Interna 2A. <sup>b</sup>Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad.

<sup>c</sup>Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

#### Risk of Confusion in Dosing Tamiflu Oral Suspension in Children

**TO THE EDITOR:** The medical community should be made aware of the serious potential for dosing errors in children prescribed Tamiflu (oseltamivir) oral suspension, as illustrated in the case described below.

After the diagnosis of novel H1N1 influenza, a 6-year old received a prescription for Tamiflu (oseltamivir) oral suspension (12 mg per milliliter) at a dose of 3/4 teaspoon PO BID. However, the parents, one a primary care physician and the other one of the authors, had great difficulty determining the correct dose to administer to their child. The medication bottle was accompanied by a prepackaged syringe with markings of 30, 45, and 60 mg (Fig. 1). The label attached by the pharmacy specified the dose in volume units ("3/4 teaspoonful") but the syringe provided only

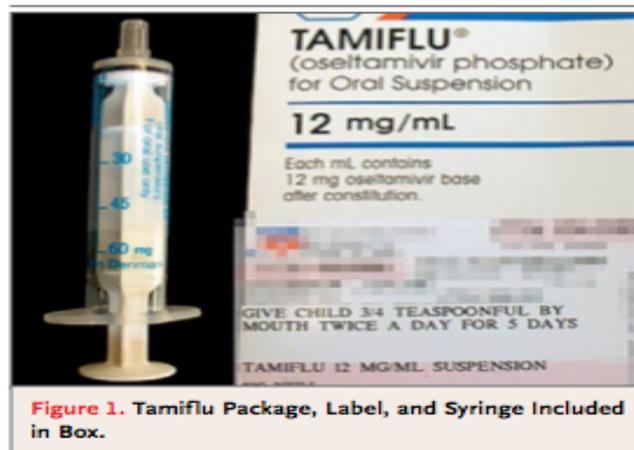


Figure 1. Tamiflu Package, Label, and Syringe Included in Box.

# Seguridad del PPP y EA

## GENERALIDADES

---

### A la orden del día

ELPAIS.com > Edición impresa > Sociedad >

Alerta sanitaria

#### **La enfermera alimentó a dos bebés y se equivocó con Ryan**

La inspección cierra el informe sin hablar con la persona que cometió el error - Sanidad no hará pública la investigación sobre la muerte de Dalila

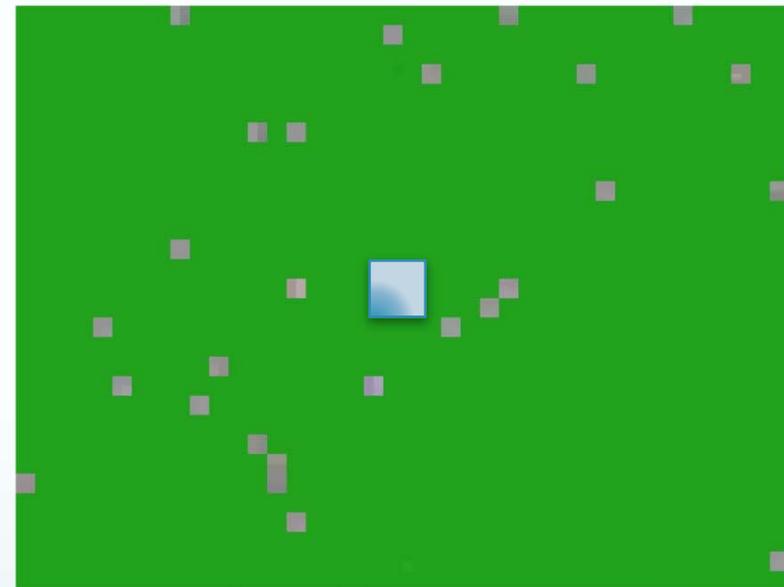
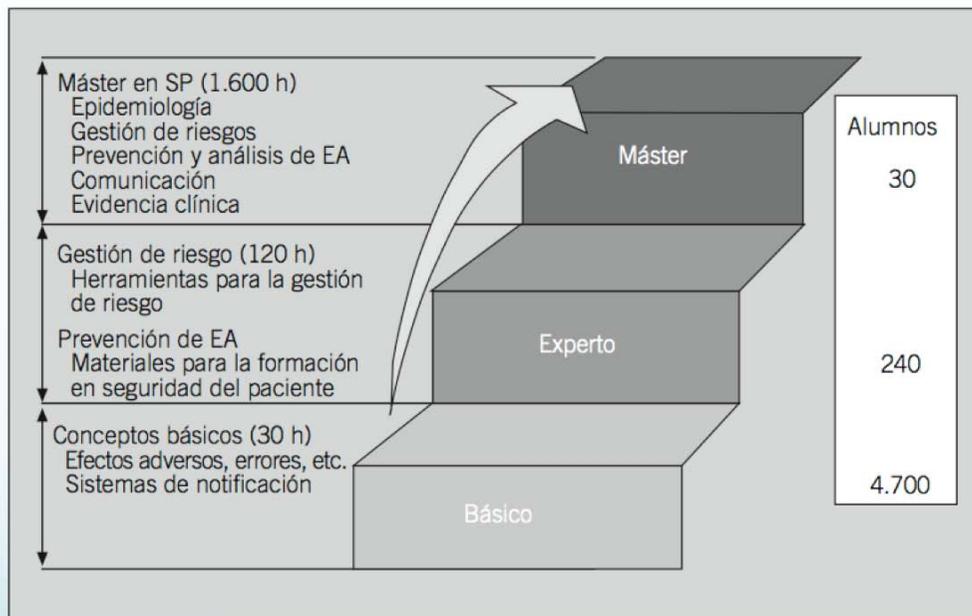
#### **Imputados por supuesta negligencia los médicos que atendieron a Neira antes del coma**

Ninguno de los tres médicos le practicó pruebas para detectar posibles lesiones cerebrales. Dos de ellos ni siquiera se percataron de que tenía dos costillas rotas, según la familia

# Seguridad del PPP y EA

## GENERALIDADES

### Formación



# Seguridad del PPP y EA

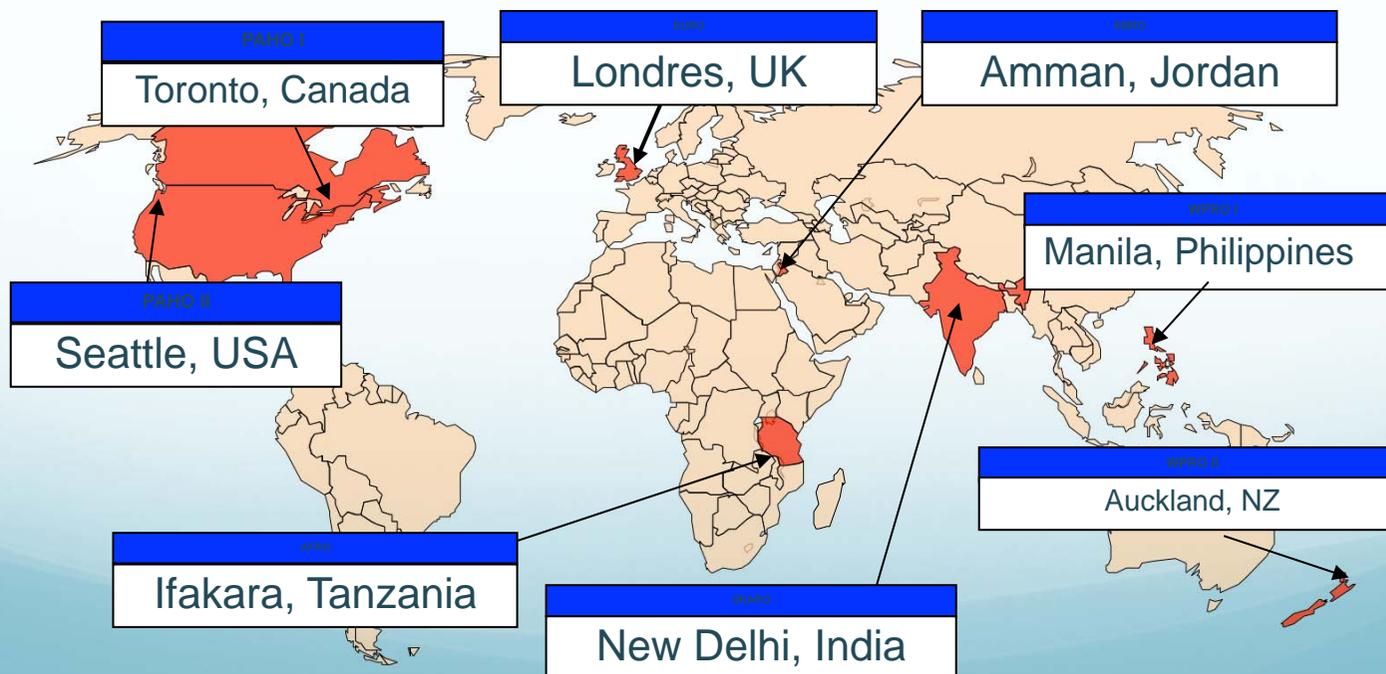
## GENERALIDADES

### Servicios Quirúrgicos

SPECIAL ARTICLE

N ENGL J MED 360;5 NEJM.ORG JANUARY 29, 2009

### A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population





# Seguridad del PPP y EA

## GENERALIDADES

---

### ¿Conocemos los Riesgos de nuestros pacientes?

Mount Sinai (Medicina Interna)

86 Equipos médicos y 105 pacientes/familiares

Cuestionario de 24 items (14 áreas)

Amplio desconocimiento del equipo acerca de:

- Orientación y tiempo del ingreso
- Presencia de dolor
- Historia de caídas
- Estado de ánimo
- Ingesta alimenticia
- Uso de audífono, gafas o andador
- Nombre de su Médico de Familia

---

#### ORIGINAL INVESTIGATION

---

### House Staff Member Awareness of Older Inpatients' Risks for Hazards of Hospitalization

Helen M. Fernandez, MD, MPH; Kathryn E. Callahan, MD;

*Arch Intern Med.* 2008;168(4):390-396

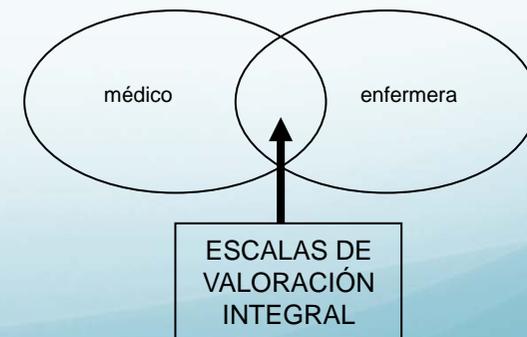
# Seguridad del PPP y EA

## GENERALIDADES

### ¿Conocemos los Riesgos de nuestros pacientes?

#### Valoración integral:

- Clínica
- Funcional:
  - Actividades básicas de la vida diaria: Barthel
  - Actividades instrumentales de la vida diaria: Lawton y Brody
- Psicoafectiva: Pfeiffer (> 65 años), MiniMental State
- Social:
  - Escala Sociofamiliar de Gijón
  - Índice de Esfuerzo del Cuidador



# Seguridad del PPP y EA

## GENERALIDADES

---

¿Se pueden blindar los PPP?



# Seguridad del PPP y EA

## SITUACIÓN EN NUESTRO MEDIO

### A destacar

24 hospitales. 5.624 historias

EA en Hospitales: 9´3%

Causas:

Uso de medicamentos 34´8%

Infección nosocomial 17´8%

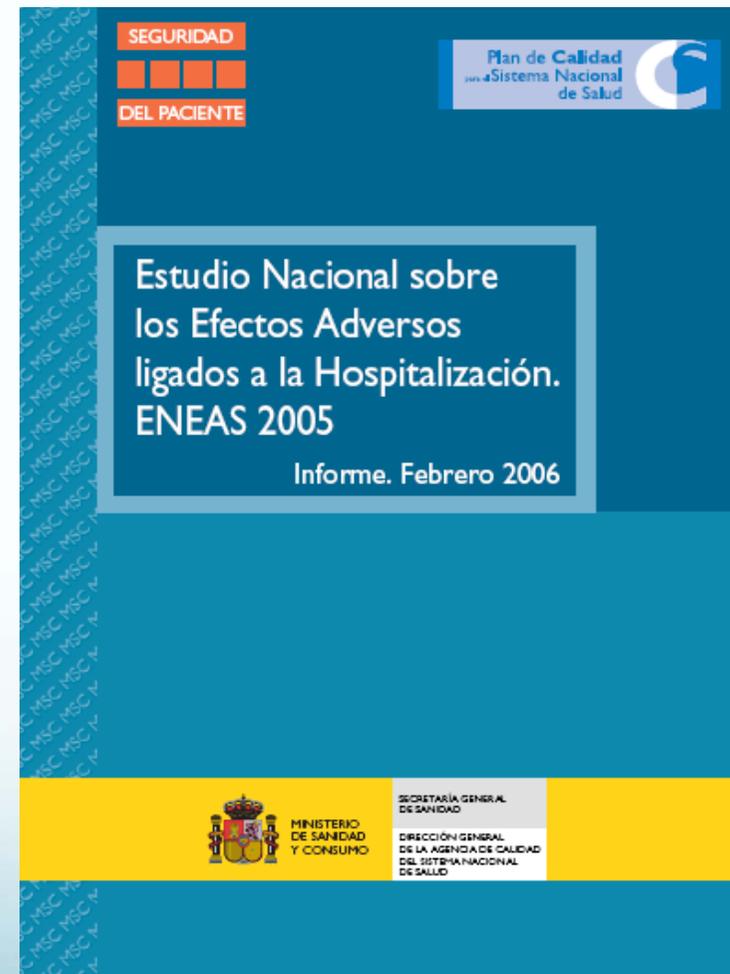
Procedimiento quirúrgico 17´8%

Evitables: 42´8%

Moderados o Graves: 55%

Aumento de estancia: 31´4%

Causa de exitus: 4´4%



# Seguridad del PPP y EA

## SITUACIÓN EN NUESTRO MEDIO

### Andalucía

6 hospitales. Altas durante 1 semana

Retrospectivo

EA en Hospitales: 6´93%

Causas:

S. Médicos: RAM medicamentos 29%

S. Q: Complicaciones HQ 20%

Evitables: 25´6%

Causaron incapacidad: 39´6%

Aumento de estancia: 53´6%

Incidencia exitus 7´4 veces más si EA



# Seguridad del PPP y EA

## SITUACIÓN EN NUESTRO MEDIO

### Andalucía

#### PROPUESTA DE INDICADORES DE SEGURIDAD DE PACIENTE (OECD)

ÁREA	NOMBRE DEL INDICADOR
INFECCIONES NOSOCOMIALES	Neumonía ventilatoria
	Infecciones de heridas
	Infecciones iatrogénicas
	Úlceras de decúbito
COMPLICACIONES OPERATORIAS Y POSTOPERATORIAS	Complicaciones anestésicas
	Fractura de cadera postoperatoria
	Embolia pulmonar o trombosis venosa profunda postoperatoria
	Sepsis postoperatoria
	Dificultad técnica en el curso del procedimiento
	Reacción transfusional
ACONTECIMIENTOS CENTINELAS	Error de grupo sanguíneo
	Error de sitio operatorio
	Olvido de cuerpo extraño en cirugía
	Acontecimientos indeseables asociados al equipamiento
	Errores de medicación
OBSTÉTRICOS	Trauma neonatal
	Trauma obstétrico (eutócico)
	Trauma obstétrico (cesárea)
	Parto difícil
OTROS ACONTECIMIENTOS INDESEABLES	Caida del paciente en hospital
	Fractura de cadera en hospital

CONSEJERÍA DE SALUD



SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

ESTRATEGIA PARA LA  
SEGURIDAD DEL PACIENTE



JUNTA DE ANDALUCÍA

# Seguridad del PPP y EA

## SITUACIÓN EN NUESTRO MEDIO

### Unidad de PPP: Estándares

El progresivo envejecimiento de la población española se acompaña de una elevada prevalencia de personas, algunas de ellas frágiles, con dos o más enfermedades crónicas. Estos pacientes utilizan muchos recursos sanitarios y sociales y resulta necesario mejorar la calidad de su atención y la eficiencia en el manejo de los dispositivos existentes. En el entorno hospitalario, los criterios de pluripatología permiten identificar a una población de mayor edad, mayor limitación funcional, mayor mortalidad y mayor consumo de recursos.

La unidad de pacientes pluripatológicos se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrecen asistencia multidisciplinar en diferentes modalidades asistenciales a pacientes frágiles con pluripatología, que disponen de locales, con las instalaciones y equipamiento necesarios para la actividad estimada, garantizando las condiciones adecuadas de seguridad, calidad y eficiencia, para realizar la actividad.

Este documento recoge recomendaciones sobre derechos y seguridad del paciente, criterios organizativos y de gestión de unidad de pluripatológicos elaboradas desde la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud con el apoyo de expertos vinculados con asociaciones científicas y al Sistema Nacional de Salud. Estas recomendaciones no tienen carácter normativo y su objetivo es poner a disposición de las administraciones públicas sanitarias, gestores, públicos y privados, y profesionales, todos aquellos elementos que contribuyen a la mejora en las condiciones de seguridad y calidad de la atención de los pacientes pluripatológicos.

Unidad de Pacientes Pluripatológicos

## Unidad de Pacientes Pluripatológicos

### Estándares y Recomendaciones

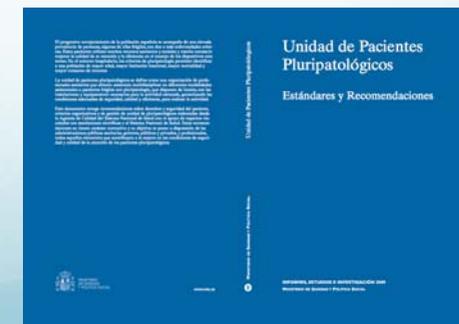
# Seguridad del PPP y EA

## SITUACIÓN EN NUESTRO MEDIO

---

### Unidad de PPP: Estándares

1. Comunicación durante el traspaso de pacientes
2. Seguridad del uso de los medicamentos
3. Prevención de úlceras por presión
4. Prevención de caídas y reducción del daño
5. Prevención de la infección nosocomial
6. Identificación de pacientes



# Seguridad del PPP y EA

## SITUACIÓN EN NUESTRO MEDIO

---

### ¿Qué ocurre con los más frágiles?

#### 1. Errores en el uso de la Medicación

Conciliación de la medicación (estandarizado)

Evitar medicación inapropiada (Beers)

Polifarmacia

Valoración con AP la adherencia

#### 2. Infección nosocomial

Programa de vigilancia y prevención de IN

Promoción de lavado de manos

Uso de soluciones hidroalcohólicas

Política antibiótica. Profilaxis antibiótica.

Disminuir Flebitis. Sondas.

#### 3. Riesgo de caídas

Identificar pacientes con riesgo de caídas

Estrategias preventivas multifactoriales

#### 4. Integridad cutánea y UPP

Uso escalas (Norton)

Nutrición

#### 5. Inmovilizaciones

#### 6. Discontinuidad Asistencial

#### 7. Problemas con la persona cuidadora

#### 8. Problemas en la identificación

#### 9. Valoración Integral

#### 10. Prevención delirium

# Seguridad del PPP y EA

## SEGURIDAD EN NUESTROS PACIENTES

---

### Propuestas (...el cómo)

- Comisión de Seguridad
- Formación
- Encuesta del Servicio
- Notificación de EA
- Mapa de Riesgos
- Conciliación de la Medicación
- Análisis Causa Raíz
- Análisis Modal de Fallos y Efectos

# Seguridad del PPP v EA

## SEGURIDAD EN NUESTROS PACIENTES

---

### Comisión de Seguridad del Paciente

- Integrado en la estructura del hospital
- Liderado por Dirección Médica
- Transversal al resto de Comisiones Clínicas
- Crear un grupo dentro del propio Servicio



# Seguridad del PPP v EA

## SEGURIDAD EN NUESTROS PACIENTES

---

### Formación

- Dentro de un Plan del Hospital
- Multidisciplinar
- Sesiones clínicas
- Talleres



# Seguridad del PPP y EA

## SEGURIDAD EN NUESTROS PACIENTES

### Encuesta sobre Seguridad en la Unidad

#### CUESTIONARIO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN MEDICINA INTERNA

El objetivo de este cuestionario es conocer su experiencia diaria de trabajo en el ámbito de la seguridad del paciente. Es nuestra intención desde la Comisión de Seguridad del Paciente el detectar los problemas sistemáticos y trabajar para poder minimizarlos o suprimirlos. Los problemas pueden ser de muchos tipos: Asistenciales, Organizativos, de Trabajo en equipo o de Dotación.

Existen varios factores de riesgo que podrían comprometer la Seguridad de pacientes de Medicina Interna, como por ejemplo:

- Pacientes que sufren caídas en el Hospital.
- Mala comunicación entre profesionales.
- Eventos adversos en la medicación: Fármaco equivocado, dosis incorrecta, orden médica incomprensible, reacciones alérgicas no registradas, etc.
- Historias clínicas incompletas o poco ordenadas. Desinformación con pacientes.
- Esquemas de trabajo poco organizados.
- Infecciones de adquisición en el hospital.
- Retraso en el diagnóstico.
- Errores en la identificación de pacientes: realización de pruebas o técnicas erróneas, etc.
- Extravío de peticiones de pruebas. Circuitos no operativos.
- Flebitis, Úlceras por presión.
- Falta de Continuidad asistencial con Primaria.

Por favor responda a las siguientes preguntas:

A. Identifique y numere los eventos de seguridad más frecuentes en su ámbito:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

B. Ahora, a cada Posible evento que haya escrito en el apartado anterior, indique, en su opinión, cuál es su Frecuencia de aparición y las posibles Consecuencias (siguiendo la escala de riesgo que le presentamos a continuación):

Ej.: 1. Caídas de pacientes en la planta: Probable y Moderada

En base a su FRECUCENCIA, los errores pueden ser:

Excepcionales, Poco probables, Probables, Frecuentes y Muy frecuentes.

En base a sus CONSECUENCIAS, pueden ser:

- **Catastrófico:** muerte, daño irreversible en un órgano (p.e. pérdida de visión).
- **Grave:** incapacidad de larga duración, incremento en los días de hospitalización >15 días, baja laboral >14 días, puede afectar a muchos pacientes a la vez.
- **Moderada:** incremento en los días de hospitalización 4-15 días, baja laboral 4-14 días, puede afectar a pocos pacientes a la vez.
- **Menor:** incremento en los días de hospitalización 1-3 días, baja laboral < 3 días.
- **Ninguna:** no genera baja laboral y se requiere una intervención mínima.

C. ¿Cuáles son las causas de estos eventos? Describa las causas para cada uno de los eventos que ha citado.

D. Proponga acciones de mejora que nos ayude a prevenir estos eventos.

# Seguridad del PPP y EA

## SEGURIDAD EN NUESTROS PACIENTES

---

### Encuesta sobre Seguridad en la Unidad

NÚMERO DE ENCUESTADOS	
FEA JRJ	11
ENFERMERA JRJ	5
MIR JRJ	13
ADMINISTRATIVA	1
<b>TOTAL JRJ</b>	<b>30</b>
FEA HVD	4
ENFERMERA HVD	27
SUPERVISORA	1
<b>TOTAL HVD</b>	<b>32</b>
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>

# Seguridad del PPP v EA

## SEGURIDAD EN NUESTROS PACIENTES

### Encuesta sobre Seguridad en la Unidad

	FREC	CONS	FEA	MIR	SUPE	ADMIN	ENF HVD	ENF JRJ	SUBTOTAL	TOTAL	
Falta de Continuidad con AP	4	2	3	3			1	1	8	39	
Eventos adversos en la medicación	3	3	5	3	1		8		17	93	7º
Caidas en el Hospital	3	3	4		1		16		21	126	3º
Mala comunicación entre profesionales/Falta de colaboración	4	2	5	9		1	4	3	22	105	5º
Infecciones nosocomiales	4	4	4	7			14	2	27	188	2º
Flebitis	5	2	8	2	1		18	3	32	217	1º
Úlceras por presión	4	4	2	1			7		10	76	9º
Historias clínicas no ordenadas, Incompletas o Perdidas	5	1	6	6		1	4	3	20	102	6º
Extravío de peticiones de pruebas	3	2	3	6	1	1	11	3	25	110	4º
Retraso en la realización de pruebas o en el Diagnóstico	4	2	2	4	1			2	9	42	
No actualización de las órdenes de tratamiento médicas	3	2	1				3		4	20	
Desconocimiento de la situación de gravedad en el reparto de ingresos	3	3	1						1	6	
Improvisación de material para técnicas (vías centrales, punciones,...)	3	1	1	1					2	6	
Error en la aplicación del tratamiento prescrito	2	4	2	4					6	24	
Retraso en el ingreso de pacientes procedentes de urgencias	4	2	1						1	6	
Desinformación de pacientes	4	1	1	3			2	2	8	32,5	
Letra médica inadecuada	4	2	1	2			2		5	24	
Ingresos de pacientes en plantas inadecuadas	5	2	1						1	7	
Esquema de trabajo poco organizado	5	1	2	2			4	3	11	60	10º
No asignación de enfermos	2	2		1					1	2	
Demora en las hojas de consulta	3	2		1					1	2,5	
Falta de recogida de constantes vitales por enfermería	4	1		1					1	2,5	
Falta de médico referente tras el alta	5	1		1					1	3	
Errores en la identificación de pacientes	2	4		2			1		3	12	
Falta de tiempo	4	1		1					1	2,5	
Errores en la recogida de muestras biológicas	3	1		1					1	2	
Falta de información al recibir pacientes de otros servicios	3	1					2		2	8	
Dificultad para realizar pruebas complementarias	3	1							0	0	
Arrancamiento SNG, tirón de SV	5	2					11		11	77	8º
Broncoaspiración	2	5					3		3	21	
Falta de motivación o de alicientes en el trabajo	2	1							0	0	
Excesiva burocracia administrativa y papeleo	4	1					1		1	5	
Falta de recursos humanos	3	2					1	1	2	10	
Polimedición	4	2					2		2	12	
Falta de asepsia e higiene	5	4					1		1	9	
Ausencia o falta de uso de protocolos (tto iv, sondajes, UPP)	4	3					1		1	7	
Masificación de Asistencia especializada	3	1					1		1	4	
Cruce de camas en habitaciones individuales	4	2						1	1	6	
Cambios frecuentes de pacientes en habitaciones de planta	4	2						1	1	6	
<b>TOTAL</b>				<b>15</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>27</b>	<b>5</b>			

#### FRECUENCIA

Excepcional	1
Poco probable	2
Probable	3
Frecuente	4
Muy frecuente	5

#### CONSECUENCIAS

Ninguna	1
Menor	2
Moderado	3
Grave	4
Catastrófico	5

# Seguridad del PPP v EA

## SEGURIDAD EN NUESTROS PACIENTES

### Notificación prospectiva de Eventos Adversos

#### SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS

ANÓNIMO Y CONFIDENCIAL

UGC MEDICINA INTERNA  
HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMENEZ

FECHA EVENTO: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ LUGAR: HJRJ / HVD

#### CARACTERÍSTICAS PACIENTE:

EDAD: \_\_\_ SEXO: H / M DETERIORO COGNITIVO: S / N  
DEPENDENCIA FUNCIONAL: S / N  
DÍAS DE INGRESO: \_\_\_ COMORBILIDAD: \_\_\_

#### PROFESIONAL QUE NOTIFICA:

Médico:  Enfermero:  Auxiliar:  Administrativa:  Celador:

#### EVENTO:

- FLEBITIS
- ÚLCERA POR PRESIÓN APARECIDA EN EL HOSPITAL
- CAÍDA EN EL HOSPITAL:
  - DE LA CAMA
  - PROPIO PIE
- FRACTURA DE CADERA EN EL HOSPITAL
- REACCIÓN TRANSFUSIONAL
- FUGA DE PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO
- ERROR EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN:
  - ADMINISTRACIÓN ERRÓNEA DE MEDICACIÓN  ORAL
  - OLVIDO EN ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN  PARENTERAL
- EFECTO SECUNDARIO DE MEDICACIÓN
  - RAM
  - HEMORRAGIA
  - OTROS: \_\_\_\_\_
- EXITUS NO ESPERADO
- INFECCIÓN NOSOCOMIAL LUGAR: \_\_\_\_\_
- ERROR EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
- ERROR EN LA REALIZACIÓN DE PRUEBA DIAGNÓSTICA
- DESNUTRICIÓN/DESHIDRATACIÓN HOSPITALARIA
- TVP / TEP HOSPITALARIO
- BRONCOASPIRACIÓN
- OTRA (DESCRIBIR): \_\_\_\_\_

#### CONSECUENCIAS:

NO  LEVE  MODERADA  GRAVE  EXITUS

#### COMENTARIOS:

Dejar esta hoja en el buzón designado o en el despacho del supervisor. GRACIAS

# Seguridad del PPP y EA

## SEGURIDAD EN NUESTROS PACIENTES

---

### Notificación prospectiva de Eventos Adversos

- |                            |      |
|----------------------------|------|
| • Caídas                   | 61%  |
| • Errores en la Medicación | 16%  |
| • Flebitis                 | 10%  |
| • Fuga paciente            | 6'5% |
| • Broncoaspiración         | 4'5% |
| • Fractura de cadera       | 3'2% |

# Seguridad del PPP y EA

## SEGURIDAD EN NUESTROS PACIENTES

---

### **Mapa de Riesgos**

Es una representación gráfica que evidencia las características, especificaciones y elementos que integran un proceso y las circunstancias con probabilidad potencial de producir un daño o distorsionar los resultados previstos y sobre los cuales se puede actuar para minimizar su impacto

### **Cómo elaborar un Mapa de Riesgos**

- A partir del registro de eventos adversos del centro
- A partir de los registros adversos de otros centros
- Cartera de servicios
- GDR prevalentes

# Seguridad del PPP v EA

## SEGURIDAD EN NUESTROS PACIENTES

### Mapa de Riesgos

	PERSONAS	ACCIONES	PLAN
<b>FLEBITIS</b>	1 Enfermero	Lavado de manos con jabón antiséptico al manipular	Corte Flebitis previo al inicio
	1 Supervisor	Retirar la vía lo antes posible	Implantar medidas
	1 FEA	Charlas a enfermería y FEA varios servicios	Corte Flebitis posterior
		Carteles	
<b>INFECCIONES NOSOCOMIALES</b>	1 FEA	Charla de lavado de manos	EPINEs previos
	1 Enfermero	Informes de alta con bacterias multirresistentes	Implantar medidas
			EPINE 2009
<b>CAÍDAS</b>	1 Enfermero	Insistir en registro de caídas en las plantas	Registro caídas previo
	1 Supervisor	Normas a pacientes y familiares	Implantar medidas
	1 FEA	Informe estandarizado a ancianos y dependientes	
		S Clínica: Disminuir polifarmacia, BZD, hipotensión	
		Incentivar notificación prospectiva	
<b>EXTRAVÍO PETICIONES</b>	1 Administrativo	Análisis Modal de Fallos y Efectos	Evaluación cualitativa en una sesión clínica
	1 FEA	Implantar medidas propuestas	
	Jefe Servicio		

# Seguridad del PPP y EA

## SEGURIDAD EN NUESTROS PACIENTES

---

### Conciliación de la Medicación

1130-6343/2006/30/5/280  
FARMACIA HOSPITALARIA  
Copyright © 2006 ARÁN EDICIONES, S. L.

FARM HOSP  
Vol. 30. N.º 5, pp. 280-283, 2006

ORIGINAL

### **Errores de medicación e incumplimiento terapéutico en ancianos polimedicados**

L. C. Fernández Lisón, B. Barón Franco<sup>1</sup>, B. Vázquez Domínguez, T. Martínez García<sup>1</sup>,  
J. J. Urendes Haro, E. Pujol de la Llave<sup>1</sup>

---

#### ORIGINAL INVESTIGATION

---

### **Unintended Medication Discrepancies at the Time of Hospital Admission**

*Arch Intern Med.* 2005;165:424-429

*Patricia L. Cornish, BScPhm; Sandra R. Knowles, BScPhm; Romina Marchesano, BSc(Hon); Vincent Tam, BSc(Hon);  
Steven Shadowitz, MD, FRCPC; David N. Juurlink, MD, FRCPC; Edward E. Etchells, MD, FRCPC*

# Seguridad del PPP y EA

## SEGURIDAD EN NUESTROS PACIENTES

### Conciliación de la Medicación

Original breve

Errores de conciliación en el ingreso y en el alta hospitalaria en pacientes ancianos polimedicados. Estudio prospectivo aleatorizado multicéntrico

Olga Delgado Sánchez<sup>a,\*</sup>, Jordi Nicolás Picó<sup>b</sup>, Iciar Martínez López<sup>a</sup>, Amparo Serrano Fabiá<sup>c</sup>, Laura Anoz Jiménez<sup>d</sup> y Francisco Fernández Cortés<sup>a</sup>

#### ARTÍCULO ESPECIAL

#### Conciliación de la medicación

Olga Delgado Sánchez<sup>a</sup>, Laura Anoz Jiménez<sup>b</sup>, Amparo Serrano Fabiá<sup>c</sup> y Jordi Nicolás Pico<sup>d</sup> en representación del Grupo de Investigación de la I Beca Joaquim Bonal 2006

<sup>a</sup>Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca.

<sup>b</sup>Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Can Misses. Ibiza.

<sup>c</sup>Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital de Manacor. Manacor.

<sup>d</sup>Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. Baleares. España.



# Seguridad del PPP y EA

## SITUACIÓN EN NUESTRO MEDIO

---

### Ley de Murphy

“si algo tiene la posibilidad de salir mal,  
saldrá mal”.

# Seguridad del PPP y EA

## SITUACIÓN EN NUESTRO MEDIO

---

¿Existe Murphy?



# Seguridad del PPP y EA

## SEGURIDAD EN NUESTROS PACIENTES

---

### Análisis Causa Raíz -ACR-

Muy empleado en accidentes nucleares o de aviación

Proceso secuencial de preguntas

- Método estructurado para que las personas discutan la realización de tareas en una organización, así como su cultura organizativa.
- Se emplea para descubrir errores latentes subyacentes en un suceso centinela.

Diagrama causa-efecto de Ishikawa

Evitar centrar la atención en culpar al individuo

### **Análisis de causas raíz. Una herramienta útil para la prevención de errores**

Rev Calidad Asistencial. 2005;20(2):71-8

**Pedro Ruiz-López<sup>a</sup>, Carmen González Rodríguez-Salinas<sup>a</sup> y Juan Alcalde-Escribano<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>Unidad de Calidad. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

<sup>b</sup>Servicio de Cirugía General "A". Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

# Seguridad del PPP y EA

## SEGURIDAD EN NUESTROS PACIENTES

---

### **Análisis Causa Raíz -ACR-**

Actuaciones:

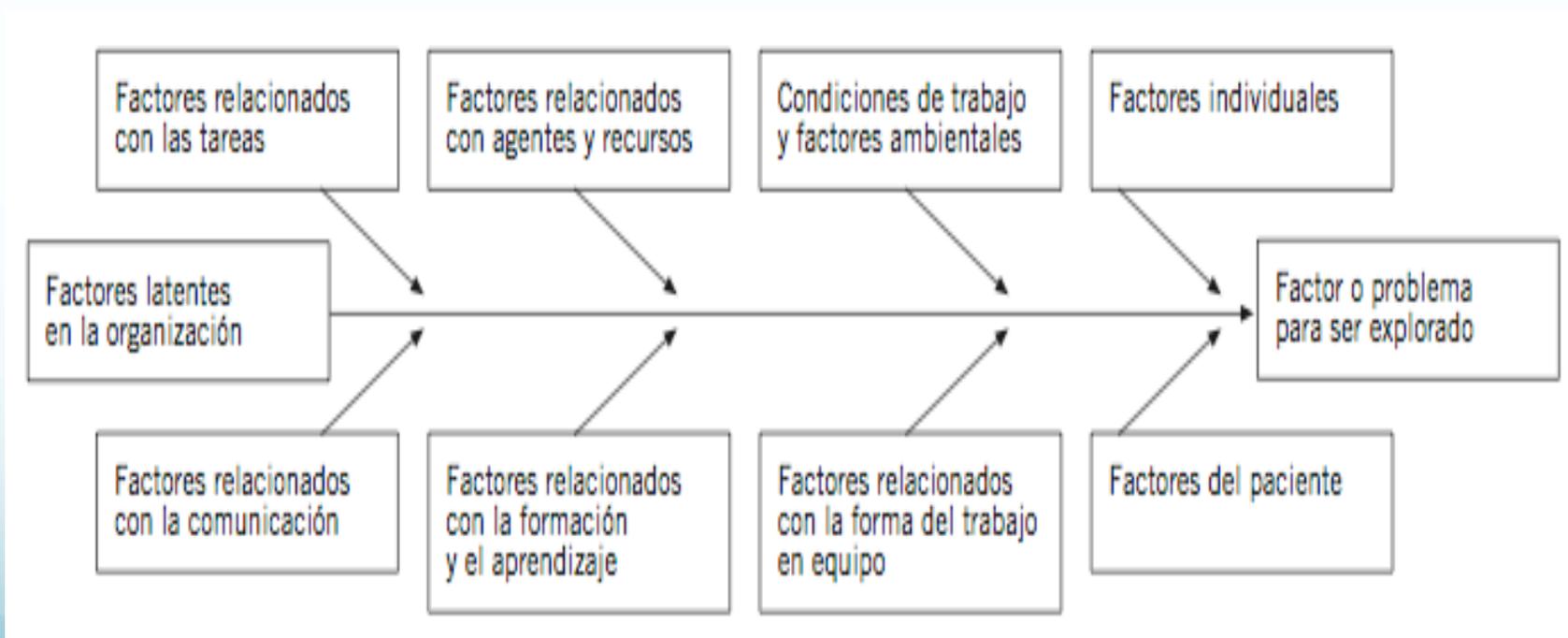
- 1. Identificar eventos adversos deberían investigarse**
- 2. Recopilar información**
  - Quién va a realizar el ACR
  - No sólo Hª Clínica. También protocolos, reglamentos de funcionamiento y entrevistas
  - Equipos involucrados
  - Visitas al lugar donde ocurrió, en las mismas circunstancias
- 3. Elaboración del mapa de los hechos**
  - Reunión responsable ACR con equipo involucrado
- 4. Análisis de la información**
  - Diagrama causa-efecto o de Ishikawa (espina de pescado)
- 5. Estudio sobre la existencia de barreras que pueden prevenir daños**
  - Físicas, Naturales (distancia, tiempo o lugar) o Administrativas
- 6. Desarrollo de soluciones y plan de acción**
- 7. Realización del informe final**

# Seguridad del PPP y EA

## SEGURIDAD EN NUESTROS PACIENTES

---

### Análisis Causa Raíz -ACR-



# Seguridad del PPP v EA

## SEGURIDAD EN NUESTROS PACIENTES

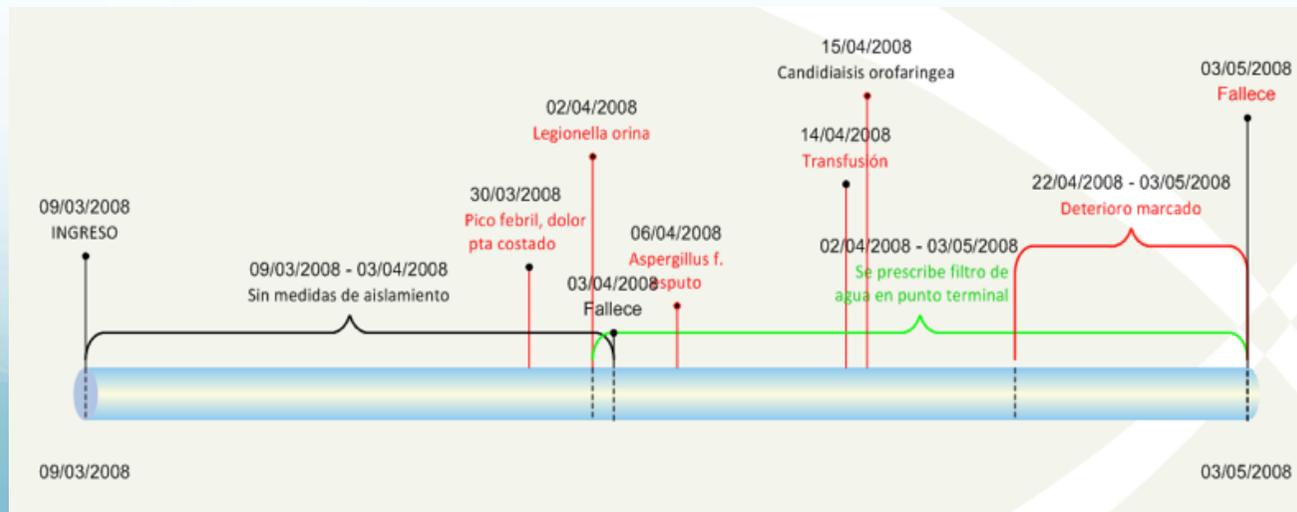
### Análisis Causa Raíz: Ejemplo

Paciente inmunodeprimida ingresada, sin filtro en salidas agua

Neumonía nosocomial por Legionella sp.

Fallece

1. Grupo de trabajo
2. Recopilación de información
3. Elaboración del mapa de los hechos



# Seguridad del PPP y EA

## PROPUESTAS

---

### Análisis Causa Raíz: Ejemplo

#### 4. Análisis de la información

- **FACTORES RELACIONADOS CON LAS TAREAS:** Protocolos hospitalarios no actualizados, con aspectos no bien definidos en la aplicación de medidas preventivas
- **FACTORES RELACIONADOS CON LA COMUNICACIÓN:** Inadecuada comunicación entre FEA y enfermería. Ausencia de contactos programados para valorar situaciones específicas. Comunicación escrita tardía y/o confusa.
- **FACTORES RELACIONADOS CON EL ENTORNO DE TRABAJO:** Falta de organización para traslado de pacientes. Planta de paso de familiares frecuentes, muchas interrupciones.
- **FACTORES DE FORMACIÓN:** Personal de rotting que desconoce medidas de aislamiento. Falta de cursos que consoliden conocimientos.
- **FACTORES INDIVIDUALES:** Alta carga de stress porque no se cubren las bajas, con relaciones entre compañeros deterioradas.
- **TRABAJO EN EQUIPO:** Supervisora nueva, lidera dos plantas muy separadas en el espacio. Médicos no suelen comentar los pacientes a enfermería.
- **FACTORES DEL PACIENTE:** Paciente anciana, patología respiratoria previa, tratamiento concorticoides prolongado.
- **FACTORES RELACIONADOS CON RECURSOS:** Mala distribución del personal, poco personal cuando ingresan los pacientes -tardes-. Ausencia de disponibilidad de adaptadores de filtros en algunos grifos.

# Seguridad del PPP y EA

## PROPUESTAS

---

### ACR: Ejemplo

5. Desarrollo de soluciones y Plan de Acción
6. Informe Final

#### Propuestas de mejoras para cada factor determinante de efectos adversos:

1. Actualizar protocolos de aislamientos hospitalarios, que definan con claridad la indicación de todas las medidas preventivas, así como el cuadro de competencias de cada persona que interviene en el proceso. **Responsables:** Alberto, Lola, Chema, Reme y Miguel Pichardo. **Fecha:** Octubre 2008.
2. Reproducción de estos protocolos en formato personal manejable para situaciones diarias, con información grafica suficiente de los medios que localmente disponemos para el cumplimiento de los mismos. **Responsables:** Alberto, Lola **Fecha:** Diciembre 2008
3. Capacitación de todo el personal asistencial en la Prevención de las Infecciones Asociadas a los Cuidados Médicos y manejo de los protocolos actualizados. **Responsables:** Alberto, Chema **Fecha:** Diciembre 2008
4. Mejora de la comunicación Medico-Enfermera y del trabajo en equipo, valorando la implantación de contacto conjunto, programado en todos los servicios para revisión y evaluación de las indicaciones medicas de casos de especial interés en cada unidad; considerando la experiencia positiva de otros servicios que actualmente mantienen esta organización. **Responsables:** Pujol y Reme **Fecha:** Diciembre 2008
5. Identificar y modificar las causas que generan inadecuada atención a los pacientes con ingresos periféricos. **Responsables:** Reme **Fecha:** Noviembre 2008
6. Establecer o recordar mapa de competencias para todos los involucrados en el proceso de adopción de medidas para prevenir las Infecciones Asociadas a la Practica Médica en nuestro hospital. **Responsables:** Alberto, Reme y Miguel Pichardo **Fecha:** Octubre 2008
7. Revisar y corregir errores que se detecten, en los mecanismos establecidos para el traslado de pacientes. **Responsables:** Mercedes **Fecha:** Octubre 2008
8. Formación del personal sanitario en el manejo adecuado de los Medios de protección individual y en el manejo de los sistemas y equipos de seguridad. **Responsables:** Miguel Pichardo **Fecha:** Enero 2009
9. Establecer normas para el control periódico del mantenimiento de los equipos de ventilación de habitaciones de aislamiento. (Presión negativa y positiva) **Responsables:** Alberto. **Fecha:** Octubre 2008

# Seguridad del PPP y EA

## PROPUESTAS

---

### ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS-AMFE

- Herramienta de análisis para la **identificar**, evaluar y **prevenir** de los posibles fallos y efectos que pueden aparecer en un producto, en un servicio o en un proceso.
- Carácter preventivo: es prospectivo, se realiza **antes de que ocurra** el fallo.
- Sistematización: El **enfoque estructurado** asegura que todas las posibilidades de fallos sean consideradas.
- Participación: requiere el **trabajo en equipo** con puesta en común de los conocimientos de **todas las áreas** afectadas.

# Seguridad del PPP y EA

## SEGURIDAD EN NUESTROS PACIENTES

---

### AMFE: Ejemplo

- Errores en el envío de pacientes desde un hospital de crónicos al servicio de Radiología.
- Envío de pacientes a pruebas no solicitadas y/o realización de pruebas erróneas.



# Seguridad del PPP y EA

## SEGURIDAD EN NUESTROS PACIENTES

### AMFE: Ejemplo

#### LISTA DE CONTROL PARA EL EQUIPO AMFE (1)

El alcance del AMFE ha sido claramente definido como: **Reducir los errores en el proceso “Círculo de envío, recepción y citación de peticiones Radiológicas en los pacientes ingresados en el Hospital Vázquez Díaz”.**

El equipo se hará responsable de:

- Conducir el análisis
- Elaborar recomendaciones para la mejora
- Implementar mejoras

El proceso de estudio es multidisciplinario e incluye los siguientes departamentos y/o disciplinas:

1. Servicio de Radiodiagnóstico.
2. Servicio de Medicina Interna.
3. Personal de Enfermería.
4. Personal de Administración.
5. Personal de Dirección.
6. ....

Los miembros seleccionados para el equipo AMFE representan los siguientes departamentos y/o disciplinas:

1. Dra. Moreno del servicio de Radiodiagnóstico.
2. Drs. Barón y Martínez FEA medicina interna.
3. DFEs Rivas, Susierra: enfermero y supervisora enfermera de medicina interna HVD.
5. Dña Rocio Díaz y D Juan José Quintero: administración HVD.
6. D Juan: administración radiodiagnóstico HJRJ.
7. D Fernando González: supervisión radiodiagnóstico HJRJ.
8. Dña Leonor: jefa de bloque de enfermería HVD
9. Dr. Javier Cerezo: director médico HVD.

#### LISTA DE CONTROL PARA EL EQUIPO AMFE (2)

- Cada departamento clave está representado en el equipo. El equipo incluye:
- Personas circunscritas al evento o aspecto evaluado
- Personas de especial relevancia para implementar cambios
- Un líder con buen conocimiento de base, respetado y creíble
- Alguna persona con autoridad y capacidad de tomar decisiones
- Personas con diversos (distintos) conocimientos de la base del aspecto evaluado

EL COORDINADOR ES: ..... Dra. Teresa Moreno.

EL FACILITADOR ES: ..... Dr. Javier Cerezo.

LOS EXPERTOS EN EL PROCESO SON: Juan, Rocio, Bosco, Nuria, Tomás.

LA PERSONA QUE REDACTA EL ACTA Y LOS ACUERDOS DEL GRUPO ES: ..... Tomás

LOS RECURSOS QUE NECESITARÁ EL EQUIPO SON: Despacho y material mobiliario, tiempo para reunir a todos los componentes del equipo y material de papelería y conexión a la intranet del hospital.

FECHA LÍMITE PREVISTA PARA LA FINALIZACIÓN: 2 semanas desde inicio 15/10/08

LOS RESULTADOS DEL EQUIPO SERÁN COMUNICADOS DE LA SIGUIENTE MANERA: ..... correo electrónico y por escrito.

.....  
.....  
.....

# Seguridad del PPP v EA

## SEGURIDAD EN NUESTROS PACIENTES

---

### AMFE: Ejemplo

#### LISTA DE PASOS EN EL PROCESO

- 1.- Solicitud de la prueba radiológica por el facultativo HVD.
- 2.- Envío de la solicitud por la administrativa de planta HVD (desde la planta hasta la zona de correo HVD en planta baja).
- 3.- Transporte de la solicitud por el celador conductor (desde zona de correo HVD a través de vehículo oficial).
- 4.- Recepción de la solicitud por el registro central HJRJ por el administrativo de registro.
- 5.- Envío interno al servicio de radiodiagnóstico.
- 6.- Clasificación y priorización de la solicitud de la prueba.
- 7.- Citación por administrativo de radiodiagnóstico.
- 8.- Comunicación de la cita desde radiodiagnóstico.
- 9.- Recepción de la cita al HVD.
- 10.- Comunicación a la planta de la cita.
- 11.- Traslado del paciente al servicio de radiodiagnóstico.

# Seguridad del PPP v EA

## SEGURIDAD EN NUESTROS PACIENTES

### AMFE: Ejemplo

Índice de Prioridad de Riesgo (IPR)

Gravedad del EFECTO (al paciente)	IG	Probabilidad de que aparezca el fallo	IA	Probabilidad de detección del fallo	ID	IPR = IGxIAxID
Catastrófico	9-10	Frecuente	9-10	Baja	9-10	729-1000
Mayor	5-8	Ocasional	7-8	Ocasional	7-8	245-512
Moderado	3-4	Infrecuente	5-6	Moderada	5-6	75-144
Menor	1-2	Remoto	1-4	Alta	1-4	1-34

# Seguridad del PPP y EA

## SEGURIDAD EN NUESTROS PACIENTES

### AMFE: Ejemplo

TABLA DE ANÁLISIS DE RIESGOS							
PROCESO: Circuito de envío, recepción y citación de pruebas radiológicas en pacientes ingresados en hospital Vázquez Díaz (HVD)				FECHA: 15/10/08		PG N°.: 1	
MIEMBROS EQUIPO: 11	PUNTUACIÓN	I. Gravedad		I. Aparición		I. Detección	
		Catastrófico 9-10 Mayor 5-8 Moderado 3-4 Menor 1-2	Frecuente 9-10 Ocasional 7-8 Infrecuente 5-6 Remoto 1-4	Baja 9-10 Ocasional 7-8 Moderada 5-6 Alta 1-4			
PASOS DEL PROCESO	POSIBLES FALLOS	POSIBLES CAUSAS	POSIBLES EFECTOS	PUNTUACIÓN			
				IG	IA	ID	IPR
1.- Solicitud de la prueba por el facultativo	Error en identificación	Etiqueta equivocada, nombres similares, duplicidad nº historia, lapsus	Prueba realizada a paciente equivocado, yatrogenia, aumento estancia hospital, mala preparación	4	1	9	36
	Datos incompletos	Falta de etiqueta, falta del cuidador o responsable, falta de planilla ocupación	No genera cita, aumento estancia hospital				
2.- Envío solicitud por la administrativa de planta	Falta de comprobación datos administrativos	Falta de conocimiento o inexperiencia, exceso de trabajo, falta de protocolo, falta registro de petición.	Idem 1	4	1	5	20
3.- Traslado de solicitud por celador conductor. 4.- Recepción en registro 5.- Envío interno HJRJ. 6.- Clasificación y priorización en Rx	No	-	-	-	-	-	-

# Seguridad del PPP v EA

## SEGURIDAD EN NUESTROS PACIENTES

### AMFE: Ejemplo

TABLA DE ANÁLISIS DE RIESGOS							
PROCESO: Circuito de envío, recepción y citación de pruebas radiológicas en pacientes ingresados en hospital Vázquez Díaz (HVD)				FECHA: 15/10/08		PG Nº: 2	
MIEMBROS EQUIPO: 11	PUNTAJEO	I. Gravedad		I. Aparición		I. Detección	
		Catastrófico	9-10	Frecuente	9-10	Baja	9-10
		Mayor	5-8	Ocasional	7-8	Ocasional	7-8
		Moderado	3-4	Infrecuente	5-6	Moderada	5-6
		Menor	1-2	Remoto	1-4	Alta	1-4
PASOS DEL PROCESO	POSIBLES FALLOS	POSIBLES CAUSAS	POSIBLES EFECTOS	PUNTAJEO			
				IG	IA	ID	IPR
7.- Citación por personal administrativo de Rx	Fallo en la identificación del nombre	Mala introducción de los datos. Interrupción al introducir datos Personal nuevo o estrés. No comprobar los datos. Lapsus.	Idem 1	4	2	5	40
	Error en la prueba	idem	Idem 1	4	2	5	40
8.- Comunicación de la cita al HVD	-Error identificación en comunicación oral por DUE de TAC. - Idem oral/escrito por DUE RNM.	- Falta protocolo. - Mala comunicación. - Falta de comunicación. - Lapsus. - Falta de horario		4	9	6	216
	- Error identificación oral en resto de las técnicas.	idem		4	9	6	216
9.- Recepción y registro por la administrativa de planta.	- Falta de unificación del personal que recibe la cita	- Falta de protocolo. - Recepción múltiple. - No disponibilidad.		4	9	6	216

# Seguridad del PPP v EA

## SEGURIDAD EN NUESTROS PACIENTES

### AMFE: Ejemplo

PLAN DE ACCIONES DE MEJORA						
PROCESO: Circuito de envío, recepción y citación de pruebas radiológicas en pacientes ingresados en hospital Vázquez Díaz (HVD)				FECHA: 15/10/09		PG Nº: 3
FALLOS CRÍTICOS ORDENADOS POR IPR	CAUSAS DONDE SE PUEDE ACTUAR	POSIBLES SOLUCIONES	TIEMPO REQUERIDO	COSTE ESTIMADO	RESPONSABLE	INDICADORES DE EVALUACIÓN
Paso 8. 216 Comunicación de la cita al HVD	8.1 Transmisión oral de la cita.	- Comunicación escrita por impresora UCA. - Comunicación oral a secretaria.	2 semanas	0	Juan y Rocío Fernando y Juan	
	8.2 Si alta del paciente.	- Secretaria HVD pide cita sin tiempo a Rx	2 semanas	0	Rocío	
	8.3 Protocolos	- Enviarlos desde Rx a supervisora HVD	2 semanas	0	Fernando y Teresa	
	8.4 Unico interlocutor	- Buscar único interlocutor	1 semana	Coste de móviles	Móviles de Juan y Fernando	
Paso 9. 216 Recepción y registro por la administrativa planta HVD	9.1 Recepción única de la cita	- Recepción por la supervisora VHD	2 semanas	0	Supervisora HVD	
	9.2 Registro de las peticiones de radiología	- Listado de todas las peticiones que se soliciten a radiología.	2 semanas	0	Rocío	

# Seguridad del PPP v EA

## SEGURIDAD EN NUESTROS PACIENTES

### AMFE: Ejemplo

PLAN DE ACCIONES DE MEJORA						
PROCESO: Circuito de envío, recepción y citación de pruebas radiológicas en pacientes ingresados en hospital Vázquez Díaz (HVD)				FECHA: 15/10/09		PG N°: 4
FALLOS CRÍTICOS ORDENADOS POR IPR	CAUSAS DONDE SE PUEDE ACTUAR	POSIBLES SOLUCIONES	TIEMPO REQUERIDO	COSTE ESTIMADO	RESPONSABLE	INDICADORES DE EVALUACIÓN
Paso 7. 40 Cita por personal administrativo Rx	7.1 - No verificar los datos.	- Verificar los datos	1 semana	0	Juan	
	7.2 - Error en la prueba al introducir los datos. - Interrupciones constantes.	-Verificar los datos.  -Minimizar interrupciones	1 semana	0	Juan	
Paso 10. 40 Comunicación por escrito a planta y petición de ambulancia.	- Error en la transcripción de datos	- Verificar los datos. - Citación sacado por impresora y llevada a la planta.	3 semanas	0	Rocío	
Paso 1. 36 Solicitud del estudio Rx por el facultativo.	- Error en la identificación del paciente.	- Elaborar etiquetas al ingreso. - Verificar datos en las etiquetas. - Actualizar y comprobar etiquetas (cada paciente en su cama)	2 semanas	0	Rocío	
	- Error en la solicitud por lapsus del facultativo	- Verificar los datos y la solicitud	2 semanas	0	facultativo	
Paso 11. 32 Traslado del paciente en ambulancia	- Error en la identificación del paciente.	- Al trasladar al paciente verificación de datos escritos en P100	2 semanas	0	Rocío	
	- Error en la ubicación del paciente.	- Verificar las planillas por	2 semanas	0	Rocío	

# Seguridad del PPP v EA

## SEGURIDAD EN NUESTROS PACIENTES

---

### FUTURO

Consolidar Seguridad Clínica

Trabajar con otros servicios

Cultura de Seguridad

Check List básico

