

Curso

Gestión de Riesgos

y

Mejora de la Seguridad del Paciente

“ Atención inmediata a las situaciones de emergencia que
presenten los pacientes en el Hospital “

Proyecto realizado por:

Marta González Pérez
Xose Mauel Meijome
Nuria María Morala López

Ministerio de Sanidad y Política Social

Mayo 2009

Índice de contenidos

Ejercicio 1: Descripción de centro de trabajo - Contexto	3
Ejercicio 2: Objeto del proyecto.....	4
Ejercicio 3: Estrategia: misión – visión - valores.....	5
Ejercicio 4: Voz del paciente - QFD.....	7
Ejercicio 5: Diagnóstico de situación - DAFO.....	11
Ejercicio 6: Diagnóstico de situación - Benchmarking	16
Ejercicio 7: Objetivos e indicadores.....	18
Ejercicio 8: Identificación de riesgos	21
Ejercicio 9: Análisis proactivo: AMFE	25
Ejercicio 10: Análisis proactivo: Matriz de riesgos.....	28
Ejercicio 11: Análisis proactivo: Valor Monetario Esperado (VME)	29
Ejercicio 12: Análisis proactivo: Análisis de barreras	31
Ejercicio 13: Análisis reactivo: Análisis de causa raíz	35
Ejercicio 14: Análisis de datos de control	39
Ejercicio 15: Planificación de respuestas	50
Ejercicio 16: Despliegue, implementación y comunicación	54

Ejercicio 1: Descripción de centro de trabajo - Contexto

Describe la Organización o Centro Sanitario en que trabaje y para el que va a elaborar este proyecto de Plan de Gestión de Riesgos. (¿qué es?, ¿qué hace?, ¿para quién/es?, ¿cómo lo hace?, ¿quiénes lo hacen?, ¿dónde?,...).

El Hospital es un centro sanitario público integrado en la red de la administración de la comunidad autónoma que proporciona asistencia sanitaria especializada como hospital comarcal a una población de 136000 habitantes con unos altos estándares de calidad y criterios de eficacia y eficiencia. Para ello cuenta con una plantilla de profesionales debidamente cualificados y un amplio apoyo de medios tecnológicos e informáticos.

Ejercicio 2: Objeto del proyecto

Para este ejercicio se contemplan dos posibilidades:

a) Abordar como objeto de su Proyecto la totalidad de los servicios de su Centro u Organización.

b) Enfocar su Proyecto de este curso a un área o grupo de servicios específicos.

b) Enfocar su Proyecto de este curso a un área o grupo de servicios específicos

El objetivo de este proyecto es estudiar y analizar los riesgos respecto a la atención inmediata a las situaciones de emergencia que presenten los pacientes en el Hospital y diseñar un plan de actuación que permita su reducción así como elaborar una metodología de trabajo que mantenga a equipos y personal actualizados para actuar en estas situaciones.

Ejercicio 3: Estrategia: misión – visión - valores

Con el conocimiento y experiencia que tenga en el Centro u Organización objeto de su Proyecto:

a) Enuncie una propuesta de VISIÓN para su Centro/organización

b) Enuncie la propuesta de MISIÓN para su Centro/Organización

c) Enuncie entre 3 y 5 VALORES

Visión:

El Hospital debe ser un centro que incluya la accesibilidad, el confort y la seguridad del paciente como ejes de una atención con prestaciones del máximo nivel de calidad proporcionada por profesionales motivados y formados en un entorno de trabajo motivante.

Misión:

El Hospital debe contribuir a mejorar la salud de la población del área sanitaria mediante una atención integrada cumpliendo con los criterios de calidad eficacia y eficiencia y mediante una plantilla profesional convenientemente formada y motivada.

Valores:

- Mejora continua: El Hospital actúa bajo criterios de mejora continua de sus servicios y organización, minimizando los riesgos sanitarios e impulsando la creación de grupos de mejora en las áreas críticas, así como el intercambio de experiencias con los hospitales que realizan las mejores prácticas.

- Coordinación: Se trabaja para garantizar una continuidad asistencial dentro del propio hospital y con los diferentes niveles de atención.
- Las personas como capital fundamental: Los conocimientos, formación y experiencia de la plantilla son aprovechados y su mejora incentivada para brindar una atención excelente y basada en las mejores prácticas disponibles.
- Eficiencia: Utilización de los recursos de forma adecuada para una atención integral

Ejercicio 4: Voz del paciente - QFD

Para el Centro u Organización objeto de su proyecto y con ayuda del

FORMATO de QFD que se incluye en el Capítulo 4 del Curso:

a.- Quien es el cliente:

Nuestro cliente principal es el paciente/usuario de nuestro hospital.

b.- Lista de “Qués”:

Para determinar los QUE's se ha tenido en cuenta la encuesta de satisfacción de los clientes que el hospital realiza con carácter bianual para valorar sus resultados en los clientes (Modelo EFQM). Seleccionando los Que's de especial relevancia en función del porcentaje de insatisfacción de los clientes en cada ítem.

c.- Lista de “Comos”

Se identifican los COMO's en función de los QUE's seleccionados

d) Elabore el resto de los elementos del QFD usando el FORMATO del Cap 4

Existencia de formación continuada 15%

Mejorar la equipación referente a las situaciones de emergencia 11%

Revisar la existencia de pautas de actuación en casos de urgencia en las distintas unidades 11%

Existen pautas para las revisiones periódicas de los equipos para urgencias 11%

Sistematizar quien y cuando informa a los pacientes 10%

Existencia de protocolos de los cuidados ofrecidos 10%

Existencia de protocolos de priorización de la demanda en función de la gravedad 10%

Los profesionales conocen los derechos del paciente y existen instalaciones y medios para su atención. 9%

Existen planes de comunicación 9%

Existen pautas de control y funcionamiento del servicio de limpieza 5%

Formato de QFD

QUE'S ↓		CÓMO'S →																			EVALUACIÓN COMPARATIVA MEJOR						
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Importancia para el cliente (1 - 9)	5 = MEJOR 1 = PEOR				
		Mejorar la equipación referente a las situaciones de urgencia	Revisar la existencia de pautas de actuación	Existencia de formación continuada	Existen pautas para las revisiones periódicas	Se actualizan y cuando informa a los pacientes	Existencia de protocolos de los cuidados ofrecidos	Existen pautas de control y funcionamiento del servicio	Los profesionales conocen los derechos del paciente	Existen planes de comunicación	Existencia de protocolos de priorización de la demanda												NO SÓTOS	ORGANIZACIÓN 1	ORGANIZACIÓN 2		
1		Percepción de la preparación para las situaciones de urgencia	9	9	9	9	1	1	1	1	1	3											5			1	
2		Tiempo de espera de atención	3	1	1	1	1	3	1	1	1	9												5			2
3		Valoración de los profesionales: Competencia	1	3	9	3	3	3	1	1	1	1												5			3
4		Satisfacción con la información recibida sobre su salud	1	1	1	1	9	3	1	9	3	1												3			4
5		Valoración de los profesionales: Trato recibido	1	1	1	1	3	1	1	3	9	1												4			5
6		Satisfacción con los cuidados sanitarios	3	3	3	3	3	9	1	3	1	3												2			6
7		Satisfacción con la limpieza	1	1	1	1	1	1	9	1	1	1												1			7
8		Satisfacción con el respeto de la intimidad	1	1	1	1	3	1	1	9	3	1												1			8
9		Valoración de la calidad de la asistencia sanitaria	3	3	3	3	1	3	1	1	1	1												2			9
10		Fidelización con el hospital	1	1	3	1	3	3	1	1	3	1												2			10
11																											11
12																											12
13																											13
14																											14
15																											15
16																											16
17																											17
18																											18
19																											19
20																											20
		DIFICULTAD (1 - 5)																									
EVALUACIÓN CARACT. DE NUESTRO SERVICIO	ABSOLUTA		88	88	122	88	82	80	38	74	74	84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
	RELATIVA (%)		11	11	15	11	10	10	5	9	9	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
		CARACT DEL SERVICIO A DESPLEGAR																									
		PRIORIDAD																									

Relación:
 Muy fuerte (9)
 Fuerte (3)
 Débil (1)

e) Analice y comente los resultados y conclusiones obtenidos del QFD.

En base a los resultados obtenidos deducimos que las principales áreas de actuación se focalizan en torno a las situaciones de urgencia que surgen en el propio centro y a la formación del personal

f) Realice una serie de recomendaciones de áreas a potenciar para mejorar la respuesta de su Centro u Organización a las necesidades de su cliente principal.

Las áreas a potenciar son, por una parte la formación continuada del personal introduciendo una sistemática en su detección, priorización y planificación de la misma con especial atención a las situaciones de urgencia.

Por otra parte se detecta una preocupación por la preparación y mantenimiento de los equipos para las situaciones de urgencia y la existencia de pautas de actuación en dichas situaciones.

Ejercicio 5: Diagnóstico de situación - DAFO

Para el Centro u Organización objeto de su proyecto y con ayuda del

FORMATO de DAFO que se incluye en el Capítulo 4 del Curso:

- a. Escriba en el formato DAFO, de forma breve y clara, un mínimo de
5 Debilidades, 5 Fortalezas, 5 Amenazas y 5 Oportunidades.*
- b. Introduzca los valores de PESO relativo (P_i) para cada uno de ellos.*
- c. Introduzca las valoraciones (ii) de cada D, A, F, O. correspondientes a su Centro.*

Realización del DAFO para nuestra empresa.

Fuentes de información:

- Plan anual de gestión 2009.
- Memoria EFQM 2008.
- Personal del centro; Entrevistas, tormenta de ideas, Grupos focales.
- Opiniones de expertos: Directivos de empresas competidoras, mandos intermedios y trabajadores de empresas competidoras, Asociaciones de usuarios.

d. Obtenga el vector DAFO de la Situación Actual de su Centro/Organización.

PROYECTO / SERVICIO:	HOSPITAL EL BIERZO		
EDICIÓN:	REVISIÓN:	FECHA:	30/04/2009
TABLA DE CLASIFICACION			
3	Ideal - Mejor Imposible - Excelente impresión- Excede las expectativas- Genial		
2	Por encima de la media - Mejor que la mayoría - No es habitual		
1	En la media - Suficiente - Expectativa mejorable		
0	No bueno, puede generar problemas - Se puede mejorar		

ANÁLISIS DAFO

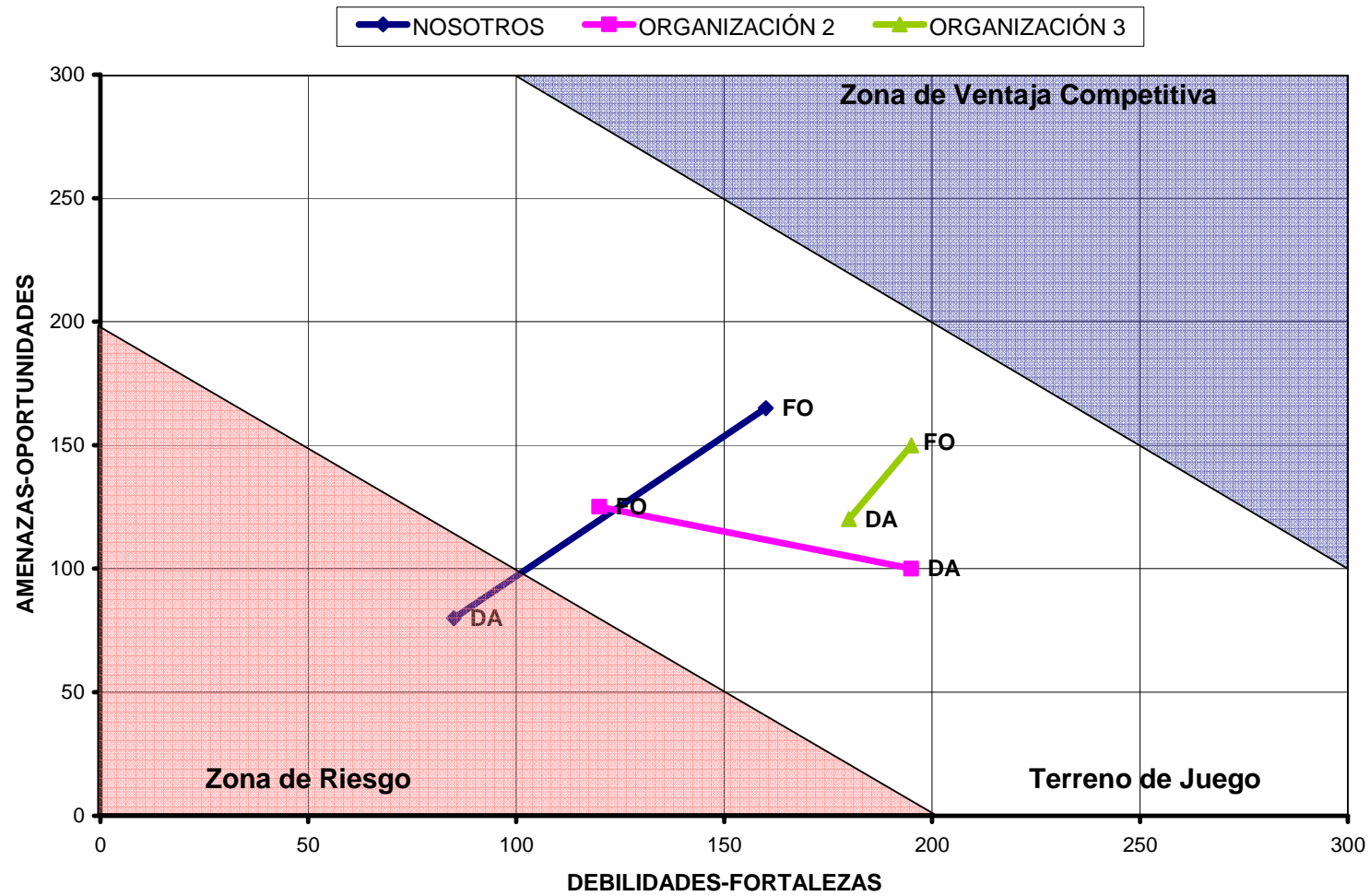
Debilidades		Peso (suma 100)	Valoración H1 (Nosotros) [de 0 a 3]	P x H1 (Nosotros)	Valoración I2 (Org. 2) [de 0 a 3]	P x I2 (Org. 2)	Valoración I3 (Org. 3) [de 0 a 3]	P x I3 (Org. 3)
1	Motivación de los profesionales	15	0	0	2	30	2	30
2	Estandarización de procesos	40	1	40	2	80	2	80
3	Instalaciones: planificación y actualización	10	1	10	3	30	2	20
4	Sistemas de información	20	1	20	2	40	1	20
5	Mecanismos de participación en la organización	15	1	15	1	15	2	30
6				0		0		0
7				0		0		0
8				0		0		0
9				0		0		0
10				0		0		0
	Suma	100		85		195		180

Amenazas		Peso (suma 100)	Valoración H1 (Nosotros) [de 0 a 3]	P x H1 (Nosotros)	Valoración I2 (Org. 2) [de 0 a 3]	P x I2 (Org. 2)	Valoración I3 (Org. 3) [de 0 a 3]	P x I3 (Org. 3)
1	Credito de los profesionales ante la opinión pública	20	1	20	1	20	2	40
2	Politización del medio	20	1	20	1	20	1	20
3	Medios de comunicación	35	0	0	1	35	1	35
4	Resultados en los clientes	15	2	30	1	15	1	15
5	Sistema de gestión de residuos	10	1	10	1	10	1	10
6				0		0		0
7				0		0		0
8				0		0		0
9				0		0		0
10				0		0		0
	Suma	100		80		100		120

Fortalezas		Peso (suma 100)	Valoración H1 (Nosotros) [de 0 a 3]	P x H1 (Nosotros)	Valoración I2 (Org. 2) [de 0 a 3]	P x I2 (Org. 2)	Valoración I3 (Org. 3) [de 0 a 3]	P x I3 (Org. 3)
1	Capacitación técnica de los profesionales	20	2	40	2	40	2	40
2	Programa de formación continuada	35	1	35	1	35	3	105
3	Identificación de prácticas erróneas o de riesgo	25	2	50	1	25	1	25
4	Relaciones personales entre los equipos	5	1	5	1	5	2	10
5	Conocimiento y relación con los clientes	15	2	30	1	15	1	15
6				0		0		0
7				0		0		0
8				0		0		0
9				0		0		0
10				0		0		0
	Suma	100		160		120		195

Oportunidades		Peso (suma 100)	Valoración H1 (Nosotros) [de 0 a 3]	P x H1 (Nosotros)	Valoración I2 (Org. 2) [de 0 a 3]	P x I2 (Org. 2)	Valoración I3 (Org. 3) [de 0 a 3]	P x I3 (Org. 3)
1	Relación con proveedores	25	1	25	2	50	3	75
2	Colaboración con entidades educativas locales (universidad)	10	1	10	1	10	1	10
3	Sentimiento "propietario" de la sociedad hacia el hospital	5	2	10	1	5	1	5
4	Factores financieros	30	2	60	1	30	1	30
5	Preferencia de los profesionales	30	2	60	1	30	1	30
6				0		0		0
7				0		0		0
8				0		0		0
9				0		0		0
10				0		0		0
	Suma	100		165		125		150

DAFO



e. Analice los resultados del Análisis DAFO.

En vista de los resultados obtenidos es evidente que nuestro centro tiene un amplio recorrido de mejora tanto en los factores internos como en los externos y, si se permite decir, tanto en un análisis aislado como en la comparativa con las organizaciones de su entorno.

Se identifica claramente que tanto los factores encuadrados en las “Debilidades” como los encuadrados en las “Amenazas” están posicionan a nuestro centro en la zona de riesgo lo que denota baja eficacia. Esto hace prioritario su reducción con el fin de reposicionar a la empresa y poder, una vez encuadrados en el “Terreno de juego” replantear nuestra estrategia para seguir progresando hacia la excelencia.

Dado que los factores de “Amenazas” son externos y, en general, difíciles de abordar y que los implicados no gozamos de capacidad decisoria es consecuente enfocar las acciones de mejora en las “Debilidades” de la institución.

La “Motivación de los profesionales” constituye en sí mismo un factor individual de cada uno de ellos que, si bien puede verse influido por el medio en el que se desarrolla la actividad, lo será en la medida en la que este medio presente los cambios que cubran las expectativas no cumplidas.

El establecimiento de “Mecanismos de participación en la organización” está sometido, en parte, al marco legal en el que se inscribe nuestra empresa por lo cual es difícilmente abordable desde la esfera de los propios trabajadores e incluso los mandos intermedios.

Los “Sistemas de información”; si bien pueden y deben recoger las sugerencias e inquietudes del personal del centro están también sujetos a

normativa y encorsetados en la infraestructura física y en la disponibilidad de equipos informáticos y de fondos financieros para su implantación y mejora por lo que parecen algo lejanos como para recomendar acciones al respecto.

Lo mismo se puede decir de las “Instalaciones: Planificación y actualización”.

Así pues nuestras recomendaciones se fundamentan en emplear algunas de las “Fortalezas” identificadas para atacar la “Debilidad” a la que se le ha otorgado más peso relativo: La “Estandarización de procesos”.

Para ello se recomienda:

- Incluir en los programas de formación continuada talleres sobre la estandarización de procesos, búsqueda e identificación de evidencia científica y análisis de riesgos.
- Crear grupos interdisciplinarios entre profesionales implicados en procesos asistenciales únicos con el fin de, basándose en la mejor evidencia disponible, proponer la protocolización de dichos procesos.
- Difundir mediante charlas la concepción ‘no punitiva’ de la cultura de seguridad enlazándola con la alta capacidad de los profesionales de identificar prácticas erróneas o de riesgo.
- Poner en marcha un sistema de notificación de incidentes que ayude a identificar los fallos de seguridad en el centro.

Ejercicio 6: Diagnóstico de situación - Benchmarking

- *Si dispone de algún análisis de Benchmarking en que haya participado su Centro/Organización (no importa el alcance del mismo): elabore un breve resumen de dicho análisis y comente sus resultados más relevantes.*
- *Si no dispone de ninguno, defina un posible diseño para un estudio futuro de Benchmarking que le parezca pudiera ser beneficioso para obtener un “diagnóstico de situación” de su Centro/Organización. El diseño consistirá en identificar (en forma de tabla):*
 - o grupo con que se podría comparar dentro de su sector*
 - o indicadores o métricas a comparar*

El hospital participa en un proceso de benchmarking junto con otros seis hospitales públicos desde el año 2006:

- Fundación Hospital Alcorcón (Madrid),
- Hospital El Bierzo (Castilla y León),
- Hospital J.M. Morales Meseguer (Murcia),
- Hospital San Jorge (Aragón),
- Hospital Son Llàtzer (Islas Baleares)
- Hospital Valle de Nalón (Asturias).
- Hospital Sierrallana (Cantabria)

Misión y visión

Convertirse en un grupo de hospitales de referencia nacional que realicen regularmente actividades de benchmarking entre sí, compartiendo información e identificando y aprendiendo de las mejores prácticas, como una ayuda para la gestión de la calidad dentro de los hospitales miembro

Objetivos específicos

- Establecer un proceso para el intercambio de información y mejores prácticas entre los hospitales integrantes
- Compartir información de resultados clave periódicamente
- Elaborar los mejores estándares dentro de la red con los que comparar la gestión de cada uno de los hospitales
- Identificar las mejores prácticas dentro de la red para facilitar el aprendizaje y la adaptación de tales prácticas por los hospitales integrantes

Hasta ahora se han analizado y finalizado el proceso de fractura de cadera y EPOC y se han identificado los drivers que aparecen en la tabla. Actualmente se está trabajando en el proceso de urgencias y cáncer de mama.

“Drivers identificados”

- | | |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| EPOC reagudizado sin complicaciones | <ul style="list-style-type: none">• Hospitalización domiciliaria• Gestión del EPOC con VMNI: unidad• Vía clínica• Altas o no el fin de semana• Identificación y seguimiento de EPOC frágiles antes del ingreso• Quirófano para semiurgencias: “Q. de programación abierta” |
| Fractura de Cadera | <ul style="list-style-type: none">• Unidad de valoración sociosanitaria• Internista coordinador• Altas o no en fin de semana• Vía clínica |

Ejercicio 7: Objetivos e indicadores

- *Si dispone de los Objetivos, Indicadores de su Centro/Organización para el año en curso, elabore un breve resumen de los mismos.*

Si no dispone de ellos, elabore una propuesta de lista de Objetivos, Indicadores anuales para su Centro/Organización, de forma que estén alienados con el Plan Estratégico formulado en su Visión-Misión y Valores

Desarrollar Planes Formativos Anuales encaminados a la obtención de los objetivos marcados en el Plan Estratégico de Formación Continuada 2008-2011.

- Mejora permanente de la cualificación de los profesionales
- Implantación del Modelo de Gestión basado en procesos, puesta en marcha del ciclo de mejora e incorporación de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación

Mejorar la utilización de los recursos de atención especializada: quirófanos, Radioterapia y Unidad de Hemodiálisis.

- Porcentaje de tiempo de utilización de quirófano en jornada ordinaria
- Número de pacientes tratados con Radioterapia en el año.
- Número de pacientes crónicos no infecciosos que han recibido tratamiento en la Unidad de Hemodiálisis del Complejo / Hospital *

Mejorar la comodidad y el tiempo de espera del paciente reduciendo las reprogramaciones de las citas para consulta y la suspensión de intervenciones quirúrgicas programadas.

- Porcentaje de citas reprogramadas en primeras consultas de Atención Especializada*

- Porcentaje de Intervenciones quirúrgicas suspendidas de Atención Especializada

Mejorar la efectividad de la práctica clínica y disminuir los efectos adversos en los pacientes.

- Implantación de protocolos consensuados y aprobados por la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFyT) en el tratamiento de determinadas patologías como medida para prevenir errores de medicación.
- Densidad de Incidencia de Bacteriemia asociada a Catéter Vascular (CV) por mil días de CV en pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva
- Incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica en procedimientos quirúrgicos de cirugía limpia (artroplastia de cadera y rodilla)
- Prevalencia de úlceras por presión adquiridas en el hospital

Mejorar la adecuación diagnóstica y terapéutica en los pacientes atendidos en urgencias de los hospitales.

- Tasa de retorno en las 72 horas a urgencias hospitalarias
- Índice de necesidad de ingreso en función de la urgencia Nivel IV, de clasificación de Triage

Mejorar la coordinación interniveles (Atención Primaria y Atención Especializada) e intraniveles de la atención en salud mental.

Nº de interconsultas y / o sesiones docentes realizadas en el nivel de Atención Primaria en cada Distrito de Salud Mental

Adecuar la estancia de los pacientes en el hospital a las necesidades clínicas.

Porcentaje de estancias evitables de determinados GRDs del Hospital con respecto al total de estancias anuales en ellos.

Impulsar la cirugía ambulatoria.

Porcentaje de Cirugía Ambulatoria

Optimizar la utilización de medicamentos en base a criterios de calidad y eficiencia.

- % Envases de Especialidades Farmacéuticas Genéricas. AE.
- % Envases de especialidades farmacéuticas prescritas por principio activo. AE.

Implantar y seguir de un proceso de Atención Farmacéutica.

- Atención farmacéutica en pacientes Onco-hematológicos en tratamiento con Factores Estimulantes de la Eritropoyesis (FEE).
- Atención farmacéutica en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento con Factores Estimulantes de la Eritropoyesis (FEE).

Apoyar y desarrollar en su área las estrategias de implantación de la Guía Terapéutica de Sacyl y la actividad de mejora de adherencia terapéutica en el anciano polimedicado.

Estrategia de apoyo a la actividad de adherencia terapéutica en el anciano polimedicado

Ejercicio 8: Identificación de riesgos

- a. *Identifique las áreas o procesos más relevantes para el funcionamiento de su Centro/Organización (idealmente este proceso debería llevarse a cabo para todas las áreas y procesos que conforman el funcionamiento de su Centro/Organización).*

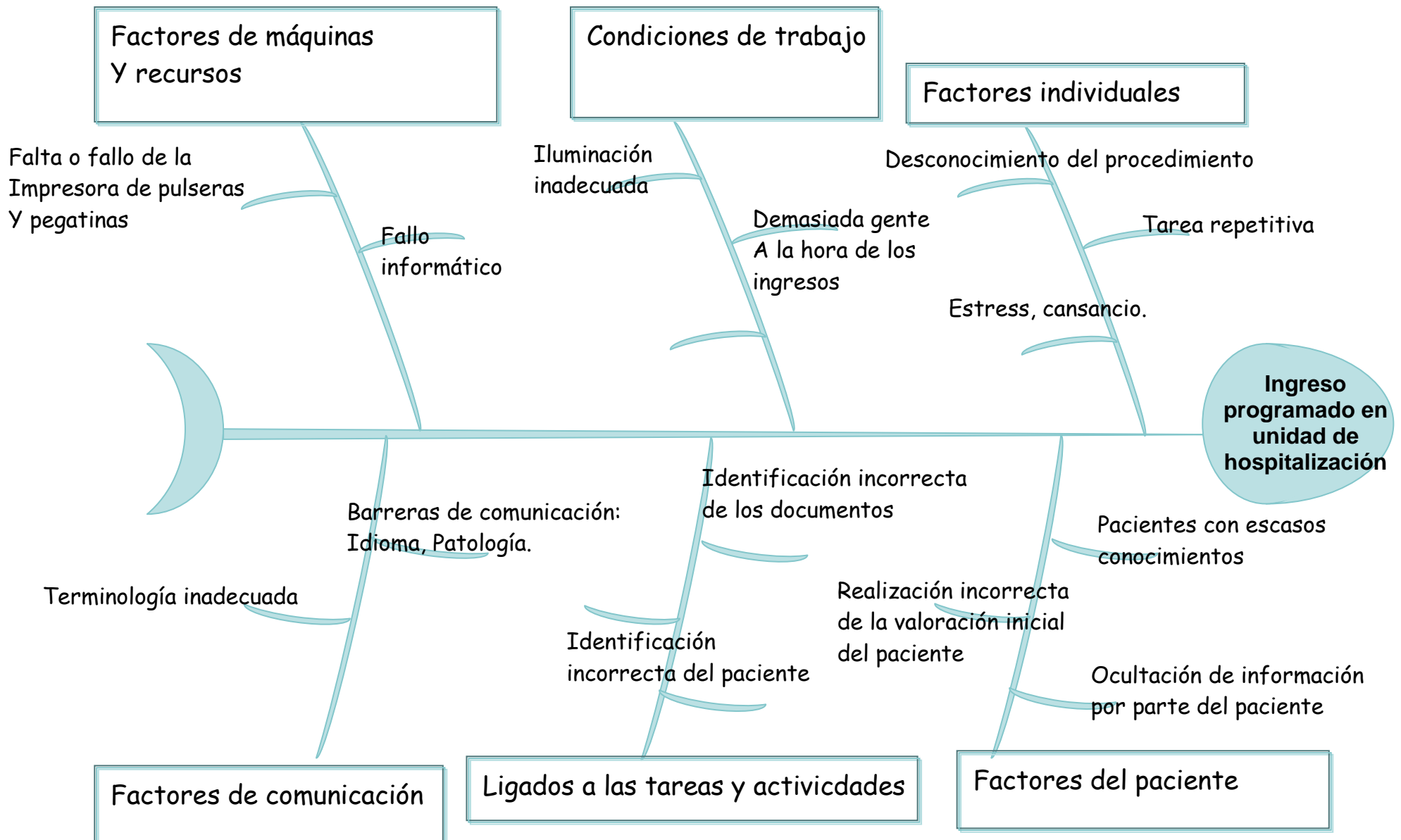
Identificamos como áreas o procesos más relevantes: Servicio de Urgencias, Unidades de hospitalización y los Servicios centrales (Laboratorios, Diagnóstico por imagen y Farmacia) y como Procesos relevantes: Atención a PCR en unidad de hospitalización, Cáncer de colon, EPOC y Fractura de cadera.

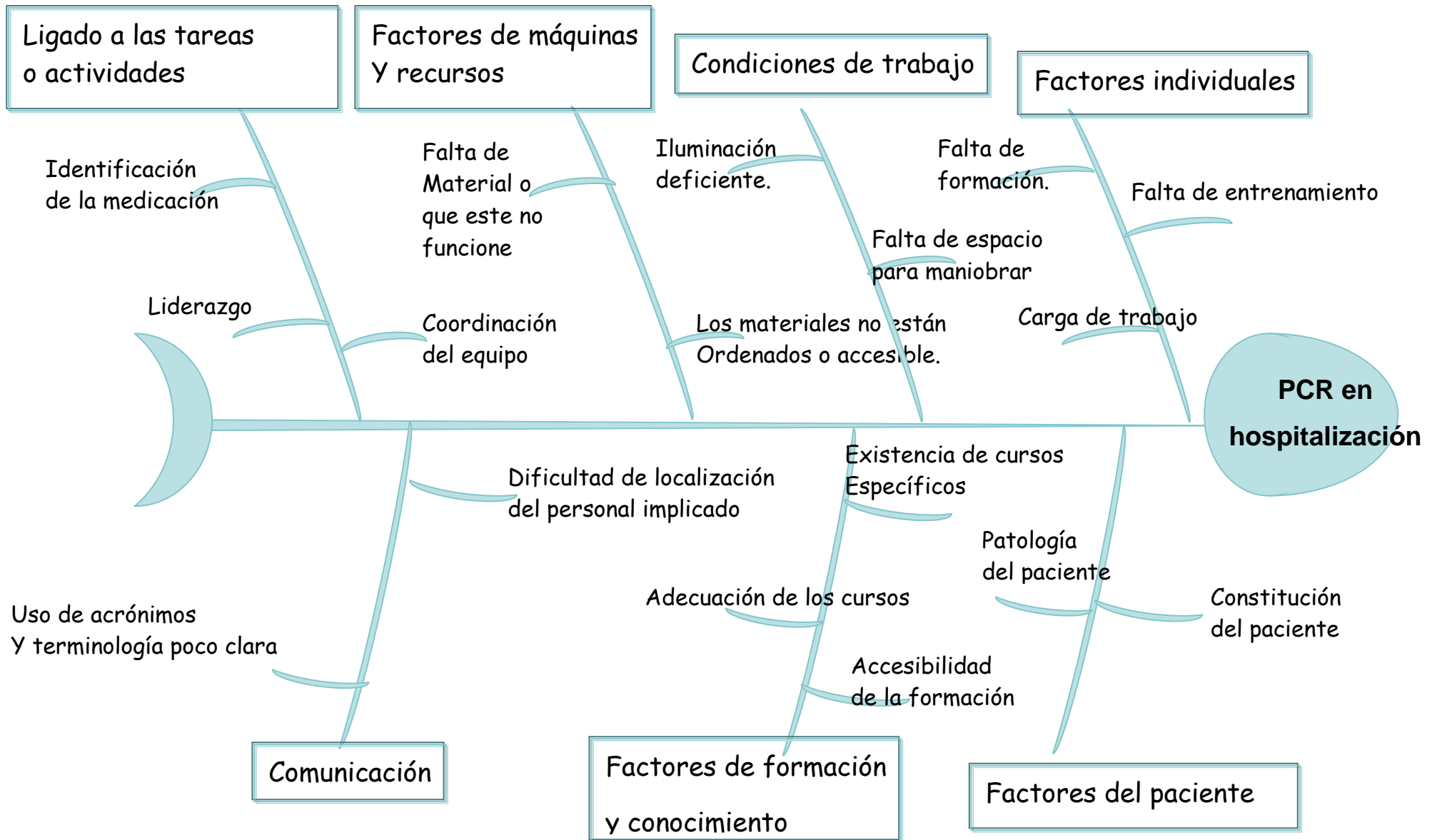
Sobre el proceso de “ingreso programado en unidad de hospitalización” y “Parada Cardio-Respiratoria en unidad de hospitalización” realizamos un proceso libre de aportación de riesgos conocidos o potenciales que pueden tener o tuvieron consecuencias para los pacientes.

Sobre dichas ideas se trabajó para incluirlas en las categorías de riesgos sugerida (NPSA) y sobre sus enunciados tratando de ser suficientemente sintéticos para plantear posibles acciones correctoras.

c. *Elabore, con ayuda de sus colaboradores, dos espinas de pescado. (utilice el FORMATO de Espina de Pescado del Capítulo 4).*

- *En la cabeza de la espina sitúe el área o proceso en el que va a identificar riesgos.*
- *En el final de las espinas laterales ponga categorías de riesgos (NPSA).*
- *En las espinas más pequeñas es en donde deberá colocar los riesgos.*





Ejercicio 9: Análisis proactivo: AMFE

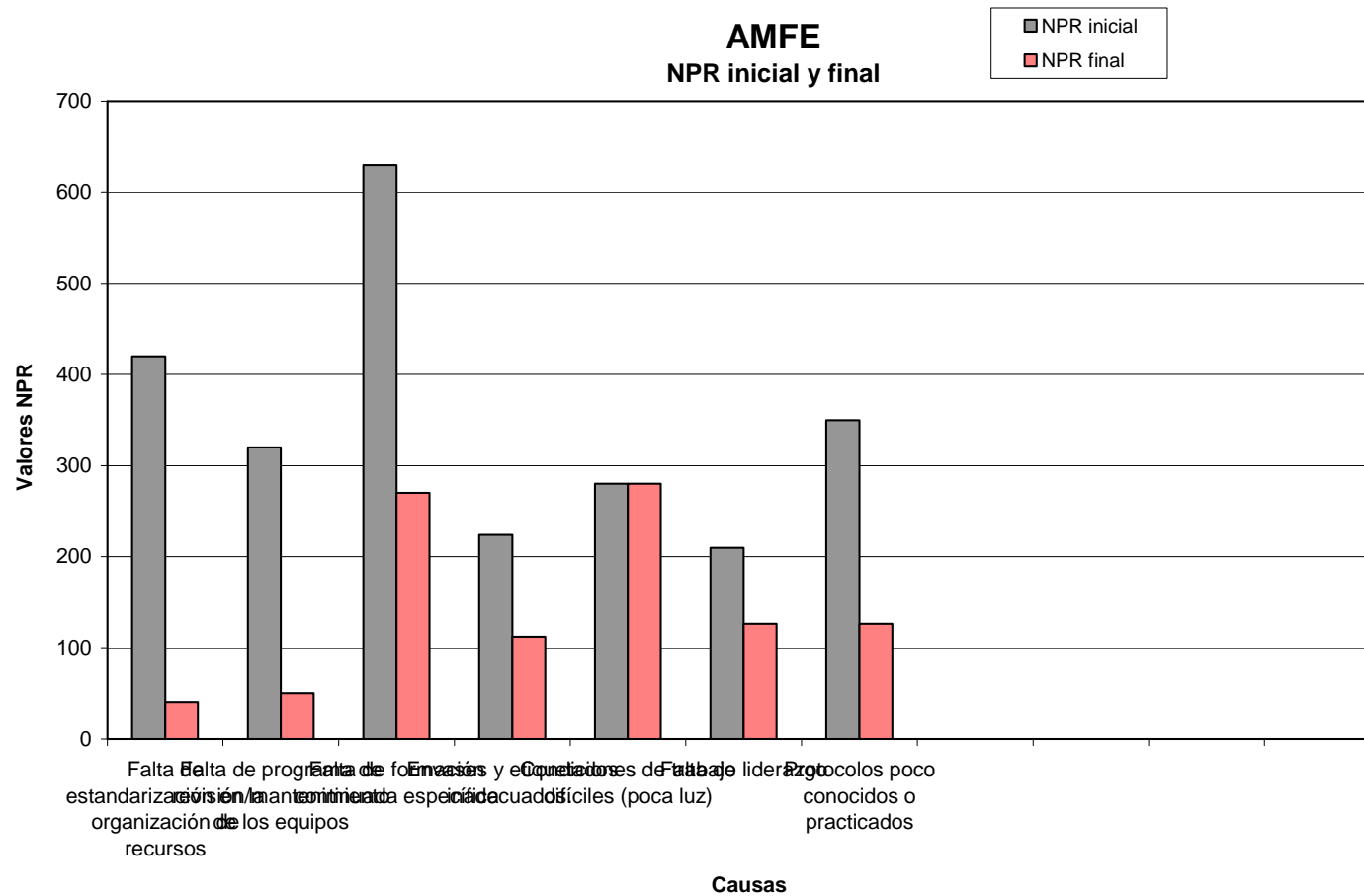
Elaborar un AMFE (utilizando los valores que estime apropiados para las columnas de los Pesos P_i y Valoraciones i_i), analizar los resultados y proponer medidas para afrontar algunos de los riesgos de forma proactiva. Representar, utilizando el FORMATO del Capítulo 4, el gráfico de barras que muestre el AMFE inicial y posterior a la adopción de dichas medidas de mejora.

ANÁLISIS DE MODOS DE FALLO Y SUS EFECTOS (AMFE)

Nombre del Sistema (Título)	Hospital El Bierzo
Responsable (Dpto. / Área)	Unidad Funcional de seguridad del paciente
Responsable de AMFE (persona)	Marta Eva González Pérez

Función o Componente del Servicio	Modo de Fallo	Efecto	Causas	NPSA1	NPSA2	NPSA3	Método de detección	G	O	D	NPR inicial	Acciones recomend.	Responsable	Acción Tomada	G	O	D	NPR final	
								gravedad	ocurrencia	detección					gravedad	ocurrencia	detección		
Atención ante parada cardiorrespiratoria en unidad de hospitalización	Material no localizable	Retraso en la atención, secuelas, muerte	Falta de estandarización en la organización de recursos	FER	FER3	FER31	Control del emplazamiento para el material de atención a PCR	10	6	7	420	Adquisición de carros específicos para la atención a PCR y colocación en un emplazamiento fijo e idéntico en las unidades de enfermería.	Unidad de calidad	Compra de carros para PCR y emplazamiento de los mismos; designación de una sistemática de control de los mismos.	10	1	4	40	
	Material que no funciona o lo hace incorrectamente	Retraso en la atención, secuelas, muerte	Falta de programa de revisión/mantenimiento de los equipos	FER	FER2	FER25	Revisión esporádica sin plazo fijo ni personal responsable	10	4	8	320	Creación de un grupo de trabajo que consensue un procedimiento de revisión de equipos de atención a PCR y que marque un programa semanal de revisión con personal encargado de su realización.	Unidad de calidad	Se realizó un procedimiento estandarizado sobre contenido de los carros de PCR, periodicidad de revisión y método de realización y se estableció una revisión semanal documentada.	10	1	5	50	
	Personal no formado/entrenado en RCP	Retraso en la atención, secuelas, muerte	Falta de formación continuada específica	FFE	FFE3	FFE32	No existe	9	7	10	630	Creación de un programa de formación continuada específico para la atención a PCR en unidades de hospitalización	Unidad de docencia	Realización de talleres (3 al año) específicos para personal de unidades de hospitalización.	9	5	6	270	
	Dificultad para identificar medicación	Retraso, Administración de medicamentos incorrectos y/o por vía incorrecta.	Envases y etiquetados inadecuados.	FER	FER2	FER22	El personal se queja a los mandos intermedios de los problemas con ciertas medicaciones.	7	4	8	224	Priorización de la compra de medicación identificada de modo claro. Compra de sistemas de identificación de las jeringas cargadas mediante códigos de colores/nombres	Unidad de calidad	Se toma en cuenta la legibilidad de la etiqueta de la medicación incluida en los listados de los carros de PCR en los procedimientos de compra	7	2	8	112	
			Condiciones de trabajo difíciles (poca luz)	CT	CT3	CT33	No existe	7	4	10	280	Dotación de iluminación portátil a los carros específicos	Unidad de calidad	Ninguna	7	4	10	280	
		El equipo no actúa coordinadamente	La atención es lenta o descoordinada, el paciente sufre secuelas o muere.	Falta de liderazgo	FES	FES2	FES24	No existe	7	3	10	210	Inclusión dentro del programa de formación continuada de contenidos orientados a la figura del líder en RCP	Unidad de docencia	Realización de talleres (3 al año) específicos para personal de unidades de hospitalización.	7	2	9	126
			Protocolos poco conocidos o practicados	FT	FT1	FT13	No existe	7	5	10	350	Inclusión dentro del programa de formación continuada de los protocolos de atención a PCR	Unidad de docencia	Los talleres (3 al año) se basan en los protocolos que luego se utilizarán.	7	2	9	126	
											0								0
										0									0
										0									0
										0									0

Valores de G entre 1 y 10; Valores de O entre 1 y 10; Valores de D entre 10 y 1 (Ver tablas de Valoración en el tutorial)



Ejercicio 10: Análisis proactivo: Matriz de riesgos

MATRIZ DE RIESGOS					LEYENDA									
RIESGO	Aparición	Gravedad	Valor	Nivel	GRAVEDAD (IMPACTO)									
					MUY BAJO 1	BAJO 2	MEDIO 3	ALTO 4	MUY ALTO 5					
Material no localizable	4	4	16	Muy grave	MUY ALTA 5	5	10	15	20	25				
Material que no funciona o lo hace incorrectamente	4	5	20	Muy grave	ALTA 4	4	8	12	16	20				
Personal no coordinado/entrenado en RCP	3	4	12	Importante	MEDIA 3	3	6	9	12	15				
Dificultad para identificar medicación	3	3	9	Importante	BAJA 2	2	4	6	8	12				
El equipo no actúa coordinadamente	3	3	9	Importante	MUY BAJA 1	1	2	3	4	5				
			0	Marginal										
			0	Marginal										
			0	Marginal										
			0	Marginal										
			0	Marginal										
			0	Marginal										
			0	Marginal										
			0	Marginal										
			0	Marginal										
			0	Marginal										

	Riesgo muy grave. Requiere medidas preventivas urgentes. No se debe iniciar el proyecto sin la aplicación de medidas preventivas urgentes y sin acotar sólidamente el riesgo.
	Riesgo importante. Medidas preventivas obligatorias. Se deben controlar fuertemente las variables de riesgo durante el proyecto.
	Riesgo apreciable. Estudiar económicamente si es posible introducir medidas preventivas para reducir el nivel de riesgo. Si no fuera posible, mantener las variables controladas.
	Riesgo marginal. Se vigilará aunque no requiere medidas preventivas de partida.

Borrar Datos

Ejercicio 11: Análisis proactivo: Valor Monetario

Esperado (VME)

La realización de una tabla valorativa de los costes o valores monetarios asociados a los riesgos identificados es una tarea muy compleja que necesitaría en si misma un curso completo. Sin embargo tratando de dar respuesta a este ejercicio hemos encontrado una referencia bibliográfica seria en el artículo de Francisco Javier García-García titulado “Evaluación económica de los desfibriladores automáticos implantables” (Revista española de cardiología Volúmen 8, suplemento A, Enero de 2008). En el se dice: “En este caso se trata de dar un valor monetario a los años de vida ganados o a las complicaciones médicas evitadas. La valoración monetaria del efecto sobre la salud puede ser conflictiva, aunque, sin embargo, está implícita en cualquier decisión para asignar recursos sanitarios”. Con todo dicho estudio menciona un umbral de eficiencia de 30000€ por año de vida ganado.

Multiplicando dicho valor por una cifra que significara la diferencia entre los años de vida esperables para los pacientes (podemos utilizar la esperanza de vida) y la media de edad de los pacientes hospitalizados tenemos una referencia del valor de cada muerte prematura.

En el mismo artículo se explica como los años de vida ganados se ‘ajustan’ por calidad, esto es, por la presencia de limitaciones siendo 0 el valor de una persona que fallece y 1 el de una persona plenamente sana. A dicho valor estimado se le aplica el factor de probabilidad asignado a cada riesgo en la matriz realizada en el ejercicio anterior.

RIESGO	VME	VME TOTAL
Material no localizable	$(87-70)*30000*0,7=357000$ $357000*4=1428000$	1428000
Material que no funciona o lo hace incorrectamente	$(87-70)*30000*0,7=357000$ $357000*4=1428000$	1428000
Personal no coordinado/entrenado en RCP	$(87-70)*30000*0,7=357000$ $357000*3=1071000$	1071000
Dificultad para identificar medicación	$(87-70)*30000*0,7=357000$ $357000*3=1071000$	1071000
El equipo no actúa coordinadamente	$(87-70)*30000*0,7=357000$ $357000*3=1071000$	1071000
VME para el grupo de riesgos del AMFE		6069000

Ejercicio 12: Análisis proactivo: Análisis de barreras

Elaborar, para 2 áreas/procesos de su Organización, un análisis de barreras proactivo

SERVICIO QUE SE VA A ANALIZAR: HOSPITALIZACIÓN						
RIESGO	¿QUÉ BARRERAS HAY?	GRADO DEL IMPACTO (Alto/Med/Bajo)	BARRERA ADICIONAL (MEJORA)	GRADO DEL IMPACTO CON LA NUEVA BARRERA	COSTES ASOCIADOS A LA NUEVA BARRERA	RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN
Administración equivocada de medicación a paciente	Confirmamos numero de cama	Medio	Confirmar con nombre del paciente	alto	Subvención de MSC	Unidad de Calidad y Enfermeras
Transmisión de microorganismos	Lavado de manos	Bajo	Soluciones alcohólicas, Formación, Auditorias periodicas	Alto	Subvención de MSC	Medicina Preventiva, Calidad, Supervisión de unidad...
Aparición de úlceras por presión	Protocolo UPP	Bajo	Implementación del protocolo y formación	Alto	Subvención de MSC	Unidad de Calidad, Supervisores de unidad

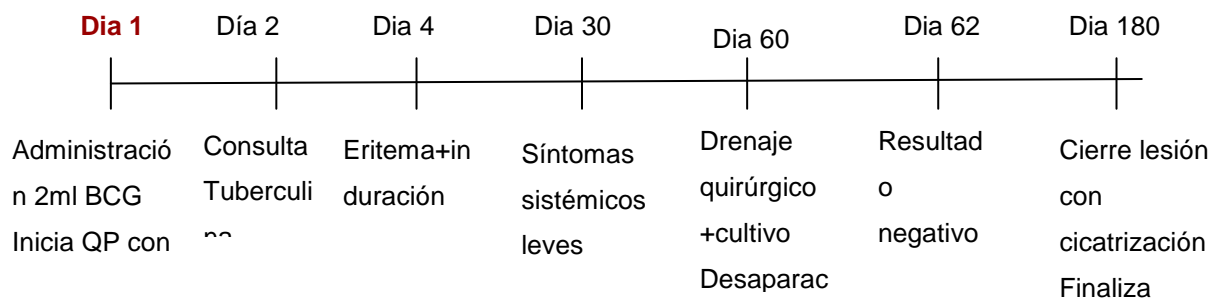
PROCESO QUE SE VA A ANALIZAR : Profilaxis antibiótica periquirúrgica						
RIESGO	¿QUÉ BARRERAS HAY?	GRADO DEL IMPACTO (Alto/Med/Bajo)	BARRERA ADICIONAL (MEJORA)	GRADO DEL IMPACTO CON LA NUEVA BARRERA	COSTES ASOCIADOS A LA NUEVA BARRERA	RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN
Falta de administración	Protocolo de prescripción de profilaxis antibiótica	Bajo	Doble verificación en unidad de enfermería y quirófano	Medio	Bajo	Supervisiones de enfermería, Unidad de calidad.
Administración errónea	Protocolo de prescripción de profilaxis antibiótica	Bajo	Reevaluación del protocolo y formación. Guía de administración de medicación.	Medio	Medio	Comisión de infecciones, Servicios quirúrgicos. Servicio de Farmacia.
Prolongación de dosis	Protocolo de prescripción de profilaxis antibiótica	Bajo	“Kit” de profilaxis periquirúrgica.	Alto	Bajo	Comisión de infecciones y direcciones. Servicio de farmacia.
Administración de dosis inicial fuera de tiempo	Protocolo de prescripción de profilaxis antibiótica	Bajo	Comunicación interprofesional			

PROCESO QUE SE VA A ANALIZAR : Parada Cardiorrespiratoria en unidad de hospitalización						
RIESGO	¿QUÉ BARRERAS HAY?	GRADO DEL IMPACTO (Alto/Med / Bajo)	BARRERA ADICIONAL (MEJORA)	GRADO DEL IMPACTO CON LA NUEVA BARRERA	COSTES ASOCIADOS A LA NUEVA BARRERA	RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN
Falta/defecto de material para PCR	Pauta de revisiones sin asignación fija de responsable (administrativa)	Bajo	Protocolización consensuada de contenidos y métodos de revisión con responsable por área.	Medio	Bajos	Unidad de calidad.
Falta de formación/entrenamiento	Cursos de RCP dirigidos a personal de hospitalización.	Medio	Talleres y simulacros en las propias unidades.	Medio	Bajo	Unidad de formación y docencia.
Tardanza en localización del personal necesario	Protocolización de personal a llamar en caso de PCR	Bajo	Plan de comunicación y contingencia. Provisión de nuevos equipos de localización.	Alto	Medio	Direcciones.
Identificación de la medicación en los carros de PCR	Utilización de una única bandeja con contenido estándar en todo el centro	Medio	Revisión de las presentaciones de los medicamentos favoreciendo las de fácil uso e identificación	Medio	Medio	Servicio de farmacia.

Ejercicio 13: Análisis reactivo: Análisis de causa raíz

Lea el artículo “*Sobredosis accidental de vacuna BCG*”, *Vacunas 2003; 4:53-55*
Campins Martí, L. Méndez, F. Ramos, N. Moreno, N. Altet y J. Vaqué

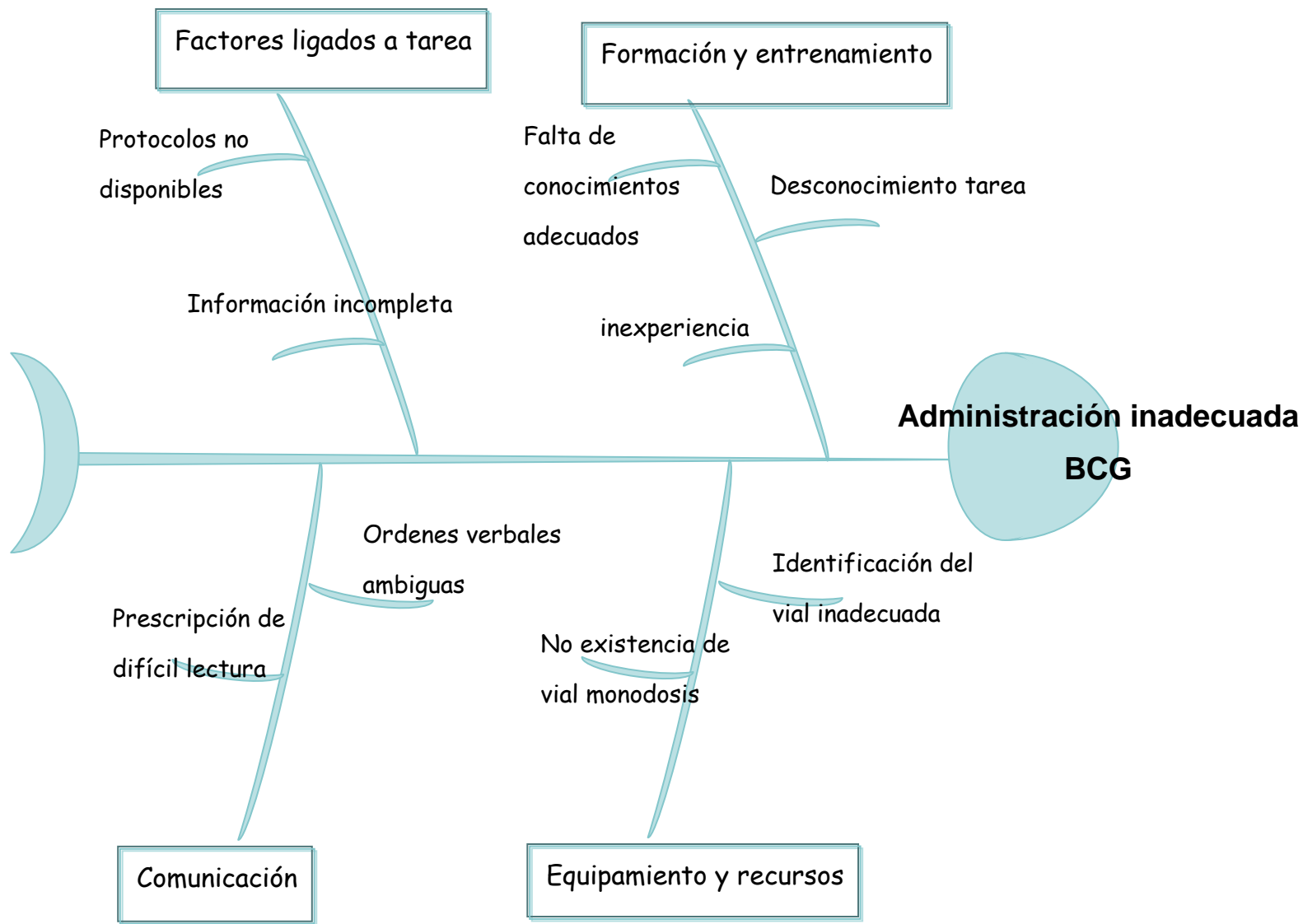
- a. *Elabore una tabla cronológica o represente una línea de tiempo (en el formato que prefiera) que sumarice los eventos y tiempos más relevantes que hayan sucedido en este caso de Evento Adverso.*



b. *Si tiene la oportunidad, comparta el caso propuesto con algún colaborador/a de su centro u organización y, utilizando la técnica de “Lluvia de ideas” identifique un número considerable de posibles Causas y de posibles Factores de Influencia (o factores contribuyentes o subyacentes) que se deduzcan o se infieran del análisis del caso presentado.*

- Prueba de Tuberculina realizada posterior a la vacunación. Se debería haber realizado antes de la vacunación
- Resultado de la tuberculina realizado posteriormente a la vacunación.
- Presentación vial multidosis en lugar de monodosis
- Se desconoce la existencia de protocolos
- No se realiza ninguna medida ante la aparición de eritema al 4º día. Falta de formación del personal sanitario
- No se realiza ninguna medida ante la aparición de síntomas sistémicos leves al mes. Falta de formación del personal sanitario
- Administración inadecuada (via subcutánea en lugar de intradérmica)
- Falta de experiencia de la administración de esta vacuna debido a que está restringida a situaciones especiales.
- Prescripción inadecuada de la profilaxis con isoniacida y rifampicina
- Adecuación del procedimiento quirúrgico

c. Utilice la técnica de la “Espina de pescado” para analizar las Causas inmediatas y las Causas subyacentes (más profundas y, en general, ligadas al “sistema”) del Evento Adverso descrito en el caso.



d. Realice un “Análisis de barreras reactivo” referido a este Evento Adverso.

SERVICIO QUE SE VA A ANALIZAR : sobredosis accidental vacuna BCG						
RIESGO	¿QUÉ BARRERAS HAY?	GRADO DEL IMPACTO (Alto/Med /Bajo)	BARRERA ADICIONAL (MEJORA)	GRADO DEL IMPACTO CON LA NUEVA BARRERA	COSTES ASOCIADOS A LA NUEVA BARRERA	RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN
EXISTENCIA DE VIAL MULTIDOSIS	NINGUNA	BAJO	EXISTENCIA DE VIAL MONODOSIS	ALTO	BAJO	MSC (AGMED)
NO COMPROBAR DOSIS	FORMACIÓN DEL PERSONAL	BAJA	EXISTENCIA DE PROTOCOLOS CURSOS DE ACTUALIZACIÓN	BAJA	BAJO	DIRECCIÓN ENFERMERÍA COMISIÓN DE DOCENCIA
NO COMPROBAR VÍA ADMINISTRACIÓN	FORMACIÓN DEL PERSONAL	BAJA	EXISTENCIA DE PROTOCOLOS CURSOS DE ACTUALIZACIÓN	BAJA	BAJO	DIRECCIÓN ENFERMERÍA COMISIÓN DE DOCENCIA

Ejercicio 14: Análisis de datos de control

El objetivo de este ejercicio es el uso de las herramientas de Análisis de datos de control que se presentan en este curso. Para ello, se le facilita un conjunto de datos de control para ser analizados con cada herramienta. En todos los casos deberá utilizar los formatos incluidos en el Capítulo 4 del curso.

- a. *Represente los diagramas de Pareto correspondientes a los 2 conjuntos de datos del fichero "Datos Pareto.xls" que se adjunta.. Analice ambos diagramas de Pareto y comente su diferencia más relevante y las implicaciones que pudiera tener.*

Diagrama de Pareto

Volver a Tablas de Frecuencia

DIAGRAMA DE PARETO 1

Causas Frecuencias acumuladas

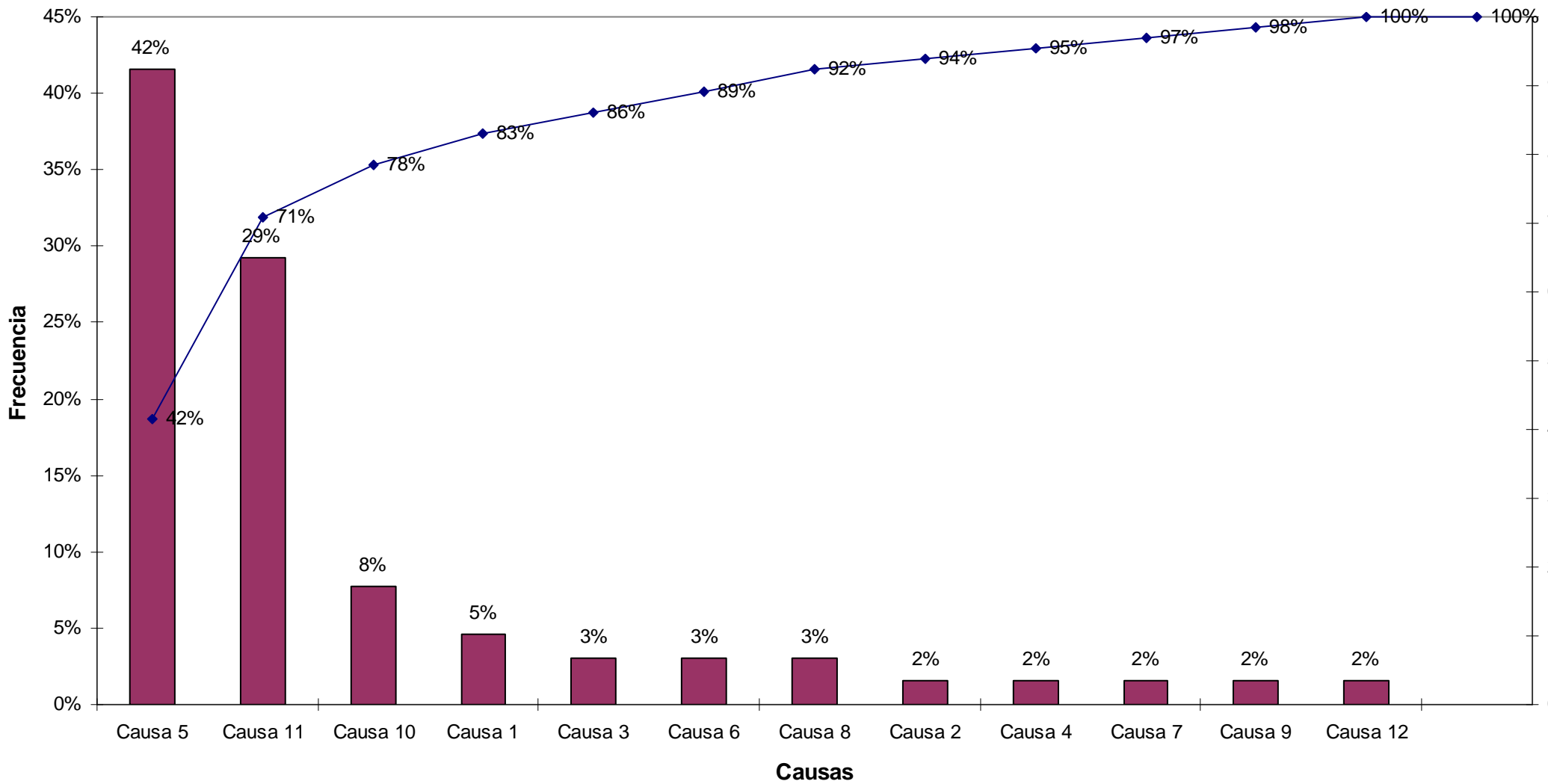
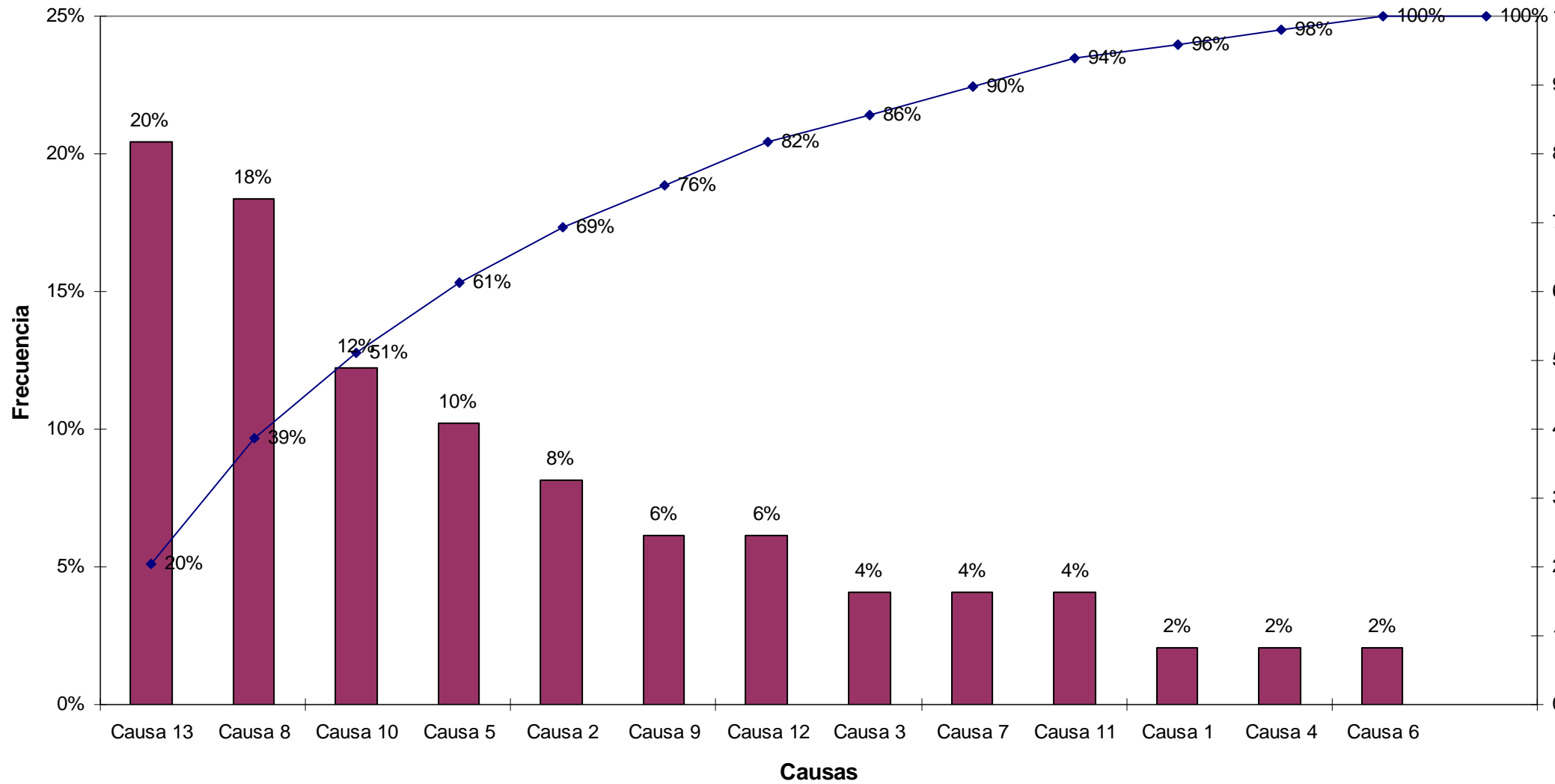


Diagrama de Pareto

[Volver a Tablas de Frecuencia](#)



DIAGRAMA DE PARETO 2

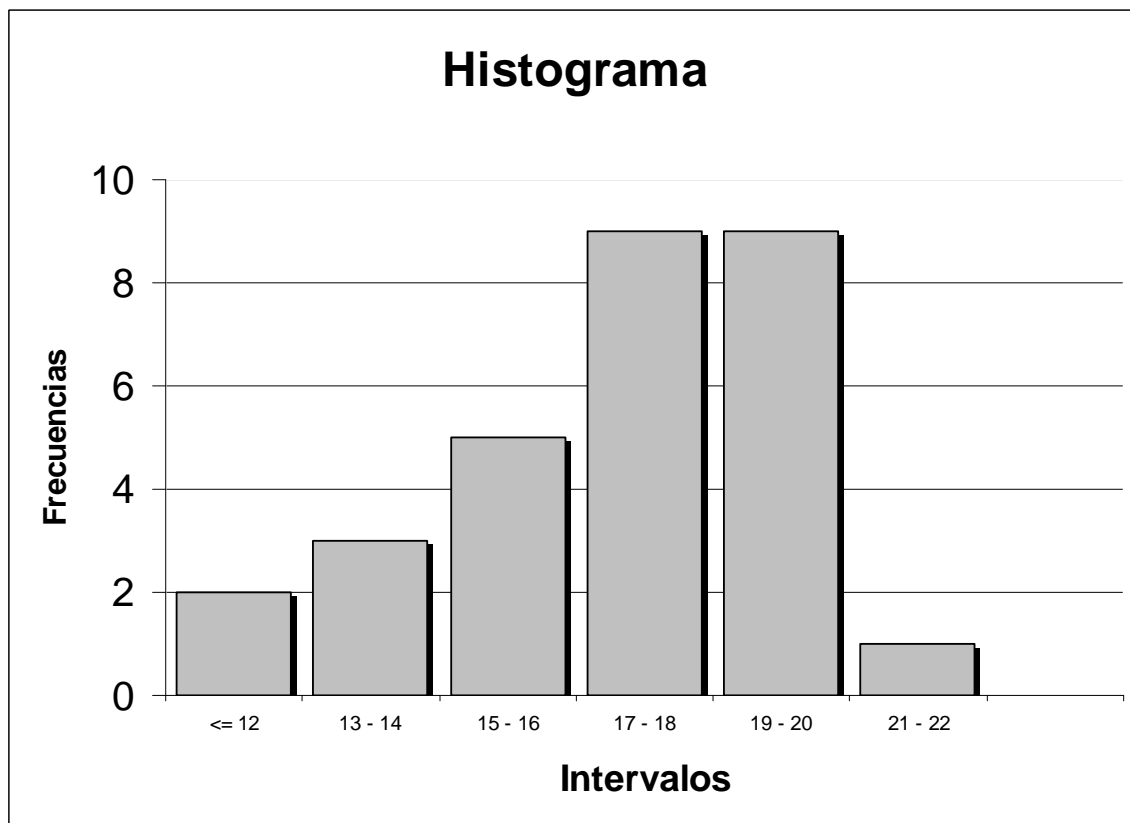


Comentar la diferencia más relevante entre los Diagramas de Pareto 1 y 2 y las implicaciones que pudiera tener.

A partir de los resultados obtenidos del Pareto 1 se deduce que la causa 5 (42% de frecuencia) junto con la causa 11 (29% de frecuencia) suponen un 71% de frecuencia y por lo tanto son las causas principales sobre las que es prioritario actuar. Al actuar sobre estas dos causas se reducirá proporcionalmente el riesgo del efecto adverso analizado.

En el Pareto dos, a la vista de los resultados se deduce que la causa 13 (20% de frecuencia), causa 8 (18%) y causa 10 (12%) constituyen el 51% del riesgo, por lo tanto actuando sobre las mismas se reducirá el riesgo de efecto adverso en un 51%.

HISTOGRAMA 1

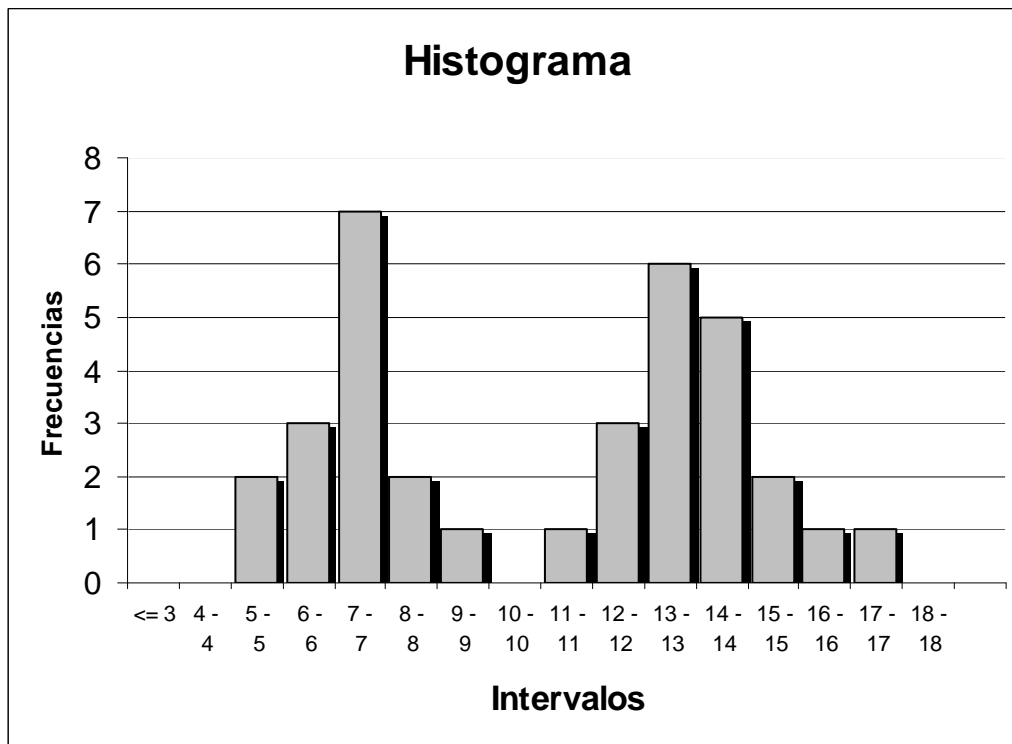


A partir de los resultados obtenidos en el histograma de frecuencias 1 los datos más frecuentes se concentran en torno al intervalo 17-19, siguiendo una distribución normal, sin apenas dispersión de los datos.

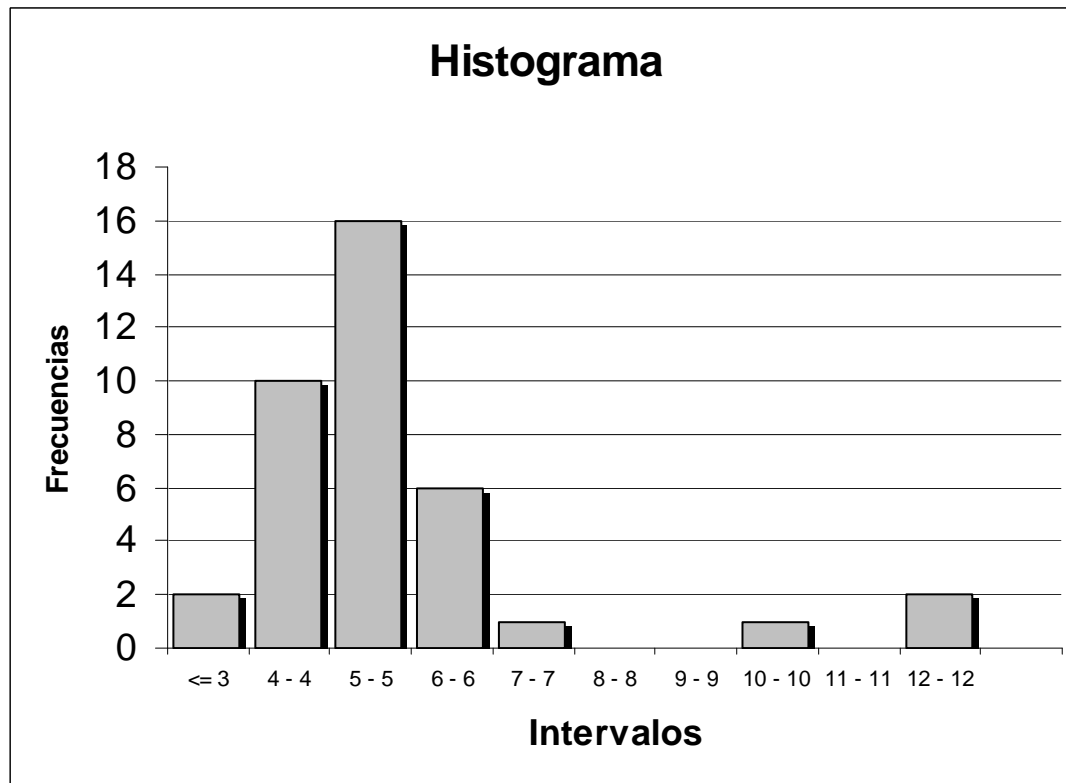
En el gráfico dos, los resultados se concentran en torno a dos intervalos (\leq a 6 hasta 7) y otro de 13 a 14 y parece una distribución bimodal.

En el gráfico tres la mayor parte de los datos se concentran en el intervalo \leq a 5 existiendo gran dispersión en el resto de los datos.

HISTOGRAMA 2



HISTOGRAMA 3



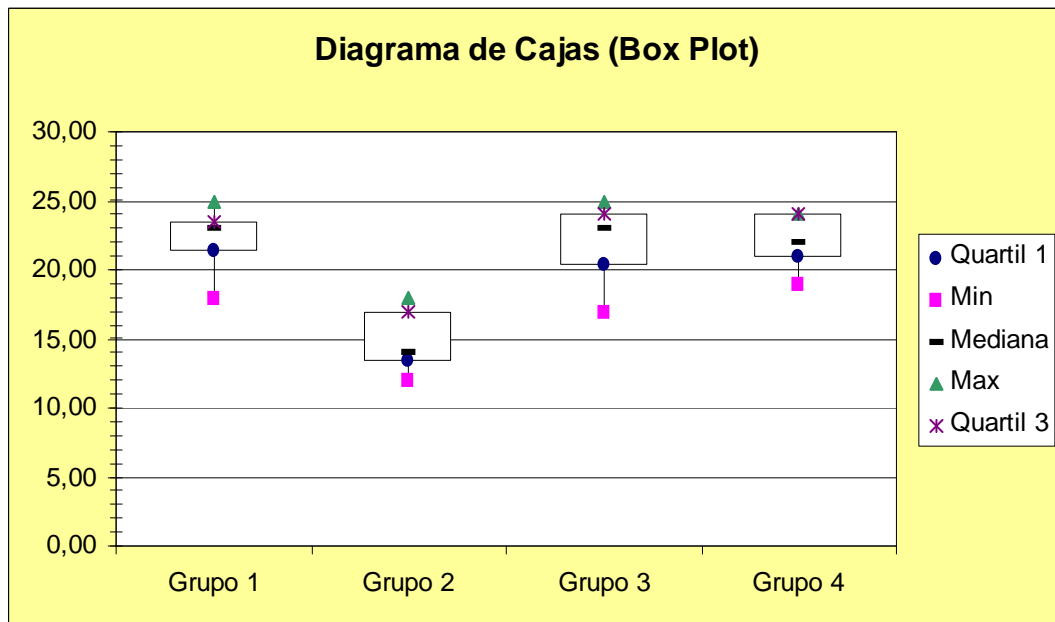
A partir de los resultados obtenidos en el histograma de frecuencias 1 los datos más frecuentes se concentran en torno al intervalo 17-19, siguiendo una distribución normal, sin apenas dispersión de los datos.

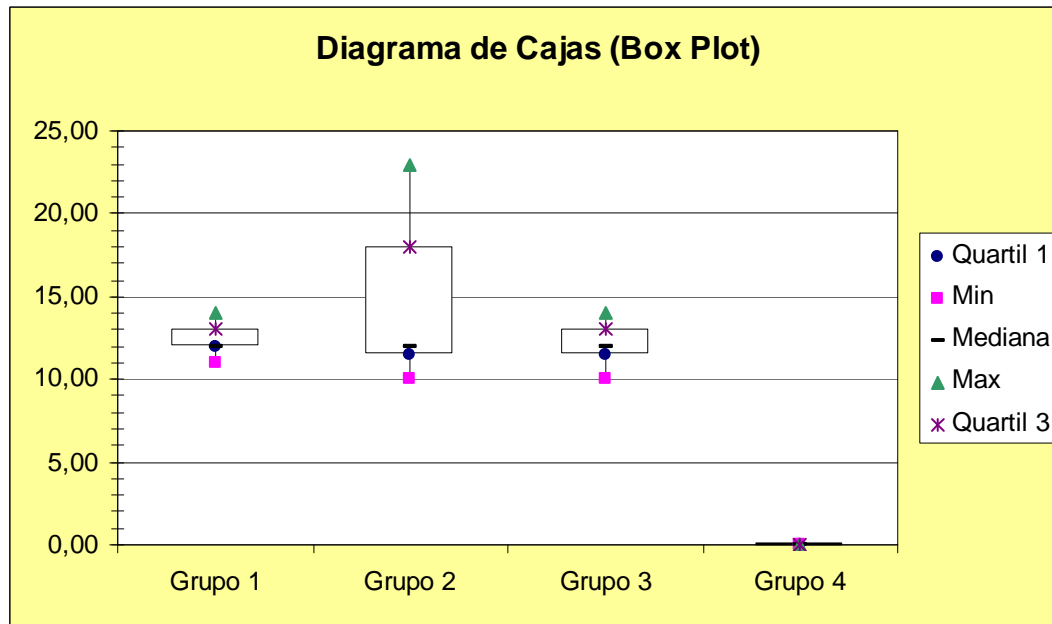
En el gráfico dos, los resultados se concentran en torno a dos intervalos (\leq a 6 hasta 7) y otro de 13 a 14 y parece una distribución bimodal.

En el gráfico tres la mayor parte de los datos se concentran en el intervalo \leq a 5 existiendo gran dispersión en el resto de los datos.

Represente los Diagramas de Cajas correspondientes a los 3 conjuntos de datos del fichero "Datos Diagramas de Cajas.xls" que se adjunta. Analice los gráficos y realice un comentario de los resultados obtenidos (diferencias más notables entre los 2 diagramas de cajas).

DATOS y Cálculos Estadísticos				
Estadísticos	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Quartil 1	21,50	13,50	20,50	21,00
Min	18,00	12,00	17,00	19,00
Mediana	23,00	14,00	23,00	22,00
Max	25,00	18,00	25,00	24,00
Quartil 3	23,50	17,00	24,00	24,00





DATOS y Cálculos Estadísticos				
<i>Estadísticos</i>	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Quartil 1	12,00	11,50	11,50	
Min	11,00	10,00	10,00	
Mediana	12,00	12,00	12,00	
Max	14,00	23,00	14,00	
Quartil 3	13,00	18,00	13,00	

A la vista de los diagramas de cajas se observa en el conjunto de datos 1 diferente centro e igual dispersión excepto en el primer grupo. Y en el segundo conjunto de datos se observa igual centro y diferente dispersión entre los distintos grupos.

- b. Represente los Gráficos de Control correspondientes a los 3 conjuntos de datos del fichero "Datos Gráficos de Control.xls" que se adjunta. Analice los gráficos y realice un comentario de los resultados obtenidos (diferencias más notables entre los 3).

GRAFICO DE CONTROL 1

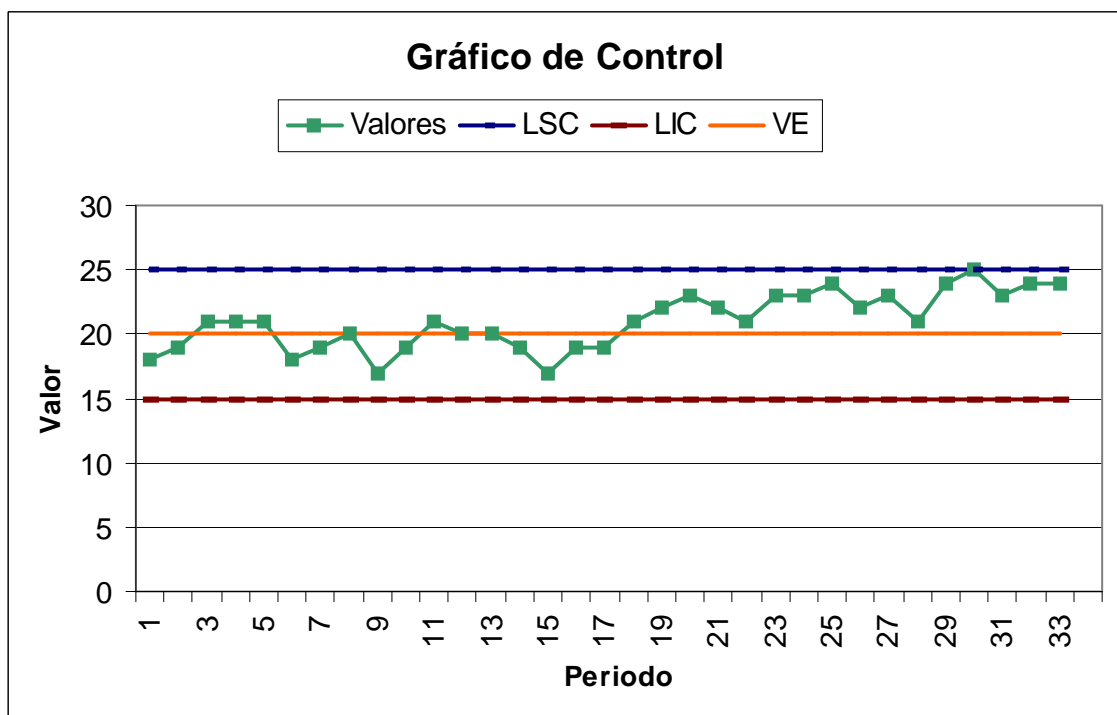


GRAFICO DE CONTROL 2

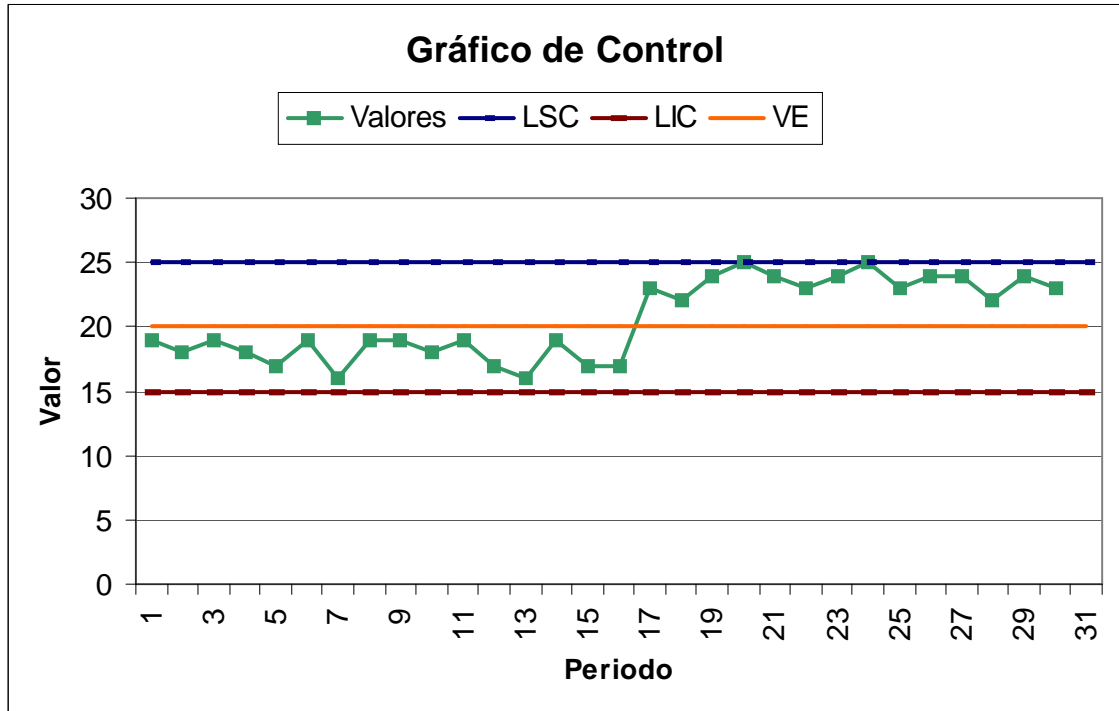
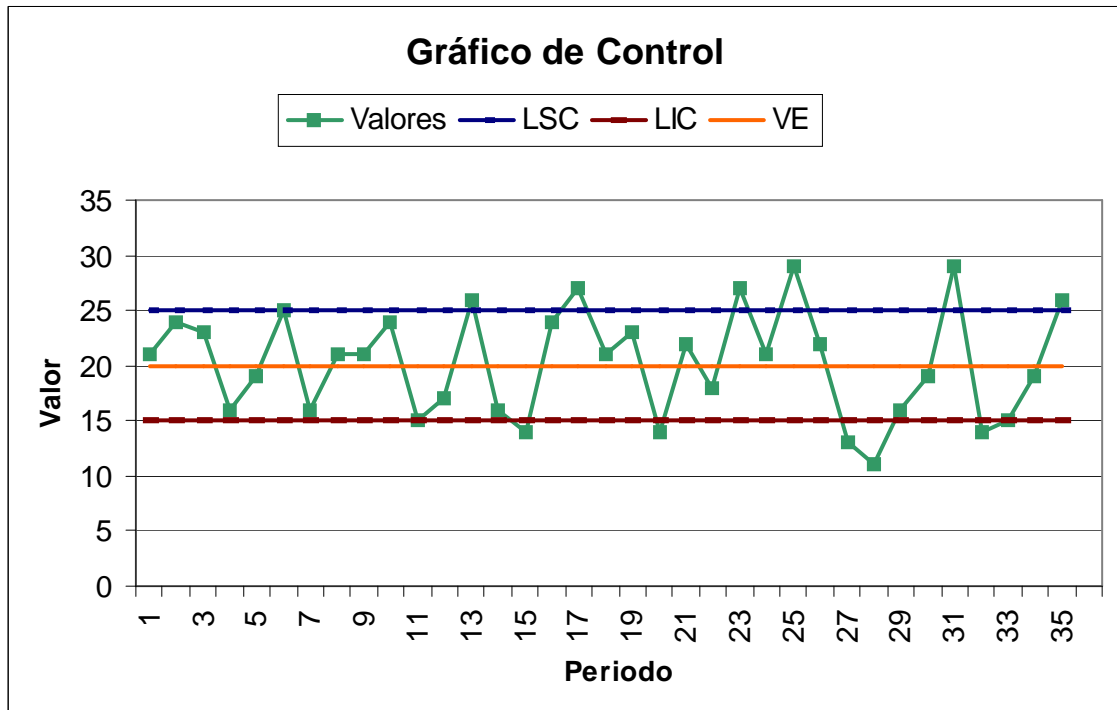


GRAFICO DE CONTROL 3



A la vista de los resultados se observa que los datos de nuestro primer proceso van paulatinamente creciendo y alejándose del valor esperado, por lo que el nivel de riesgo es alto.

En el caso dos, se observa un salto por lo que sospechamos que ha debido de haber un cambio sobre el que deberíamos actuar para centrar los datos en torno al valor esperado.

En el tercero, los datos muestran una tendencia errática por lo que no podemos predecir o controlar dicho proceso. El nivel de riesgo es alto por lo que habrá que analizarlo.

Ejercicio 15: Planificación de respuestas

a. *Elabore una tabla en la que, para cada riesgo identificado en el AMFE, proponga respuestas de los diferentes tipos.*

- *Evitar el riesgo*
- *Controlar o mitigar el riesgo*
- *Transferir el riesgo*
- *Aceptar el riesgo*

Proponga 2 respuestas de diferente tipo para cada riesgo del AMFE.

RIESGO	RESPUESTA TIPO	RESPUESTA ACCIÓN 1	RESPUESTA ACCIÓN 2
Material no localizable	EVITAR	Adquisición de carros específicos para la atención a PCR y colocación en un emplazamiento fijo e idéntico en las unidades de enfermería.	Creación de un equipo de actuación con material específico en RCP avanzada para el hospital que se desplazaría a la unidad que lo necesitase. El material básico se colocaría en el control de las unidades en un maletín
Material que no funciona o lo hace incorrectamente	MITIGAR	Creación de un grupo de trabajo que consensúe un procedimiento de revisión de equipos de atención a PCR y que marque un programa semanal de revisión con personal encargado de su realización.	Periódicamente se sustituiría el carro de cada unidad por un carro revisado completamente por la unidad de calidad.

<p>Personal no coordinado/entrenado en RCP</p>	<p>EVITAR/TRANSFERIR</p>	<p>Creación de un programa de formación continuada específico para la atención a PCR en unidades de hospitalización</p>	<p>Creación de un equipo de actuación específico en RCP avanzada para todo el área de hospitalización que tendría formación y entrenamiento específico</p>
<p>Dificultad para identificar medicación</p>	<p>MITIGAR</p>	<p>Priorización de la compra de medicación identificada de modo claro. Compra de sistemas de identificación de las jeringas cargadas mediante códigos de colores/nombres</p>	<p>Colocar la medicación de los carros/equipos en cajetines claramente identificados y siempre iguales y en la misma posición en todos ellos.</p>
<p>El equipo no actúa coordinadamente</p>	<p>MITIGAR/EVITAR</p>	<p>Inclusión dentro del programa de formación continuada de contenidos orientados a la figura del líder y aplicación de los mismos protocolos que en RCP</p>	<p>La creación de un equipo único de actuación permitiría reforzar mediante el entrenamiento y la práctica los roles a desempeñar en estas actuaciones.</p>

b. Planes de Contingencia

Material no localizable: Este riesgo se puede atajar si está previsto que cada unidad tenga el mismo material acudiendo unas a otras. La creación de equipos especializados para estas actuaciones evitaría en gran medida este riesgo pues el propio equipo trasladaría con él todo el material necesario. La opción de sustituir los carros completamente a la hora de revisar los contenidos permite tener una “copia de seguridad” de los materiales necesarios.

Material que no funciona o no lo hace correctamente: Idénticamente se puede acudir de unas unidades a otras; aún así en el caso de equipos clave como laringoscopio, balón de oxigenación con reservorio ó equipo de aspiración es posible que la inclusión de duplicados en los propios carros de atención (sean de las unidades o de un equipo específico) sea una solución operativa ante contingencias.

Personal no formado/entrenado en RCP: Como alternativa se puede disponer de un listado de personal experto que permita su localización en cada turno de trabajo para apoyar a la unidad donde ocurre la PCR.

Dificultad para identificar la medicación: Ante la dificultad de identificación de la medicación se puede disponer de jeringas precargadas y etiquetadas correctamente en los botiquines de la unidades de modo que se pueda acudir a ellas en caso de duda.

El equipo no actúa correctamente: Como alternativa puede existir un segundo líder localizado en el centro para ser llamado en caso de que sea necesario.

Ejercicio 16: Despliegue, implementación y comunicación

a. Lea el documento “La Seguridad del Paciente en 7 pasos” de la National Patient Safety Agency y resuma brevemente en 7 frases (del entorno de 4 líneas cada una) a qué se refiere cada uno de los 7 ámbitos descritos.

Paso 1: CONSTRUIR UNA CULTURA DE SEGURIDAD

“La creación de una Cultura de Seguridad del Paciente, abierta e imparcial y enfocada al sistema, debe ser parte de la estrategia, misión, visión, objetivos, indicadores, proyectos y forma de trabajar en una organización para que tenga un impacto positivo en el funcionamiento de la misma”.

Paso 2: LIDERAZGO DEL EQUIPO DE PERSONAS

“El liderazgo del equipo de personas es crítico para que la Seguridad del paciente sea efectiva. La misión del líder es ayudar y facilitar el desarrollo profesional de las personas y equipo de la organización fomentando la Cultura de Seguridad del Paciente”.

Paso 3: INTEGRAR LAS TAREAS DE GESTION DE RIESGOS

“La incorporación de la Gestión de Riesgos al Sistema de Gestión de la Organización facilita prioridades y toma de decisiones que optimicen riesgos, costes y beneficios e incluye herramientas de Gestión de Riesgos que ayudan a la Organización a entender los riesgos, la capacidad de controlarlos y su probabilidad de ocurrencia e impacto”.

Paso 4: PROMOVER QUE SE INFORME

“La Organización debe promover una cultura que valore el informar ante un EA , desarrollar el plan de implementación del NRLS con soporte de NPSA y comunicar los beneficios de informar a los profesionales”.

Paso 5: INVOLUCRAR Y COMUNICARSE CON PACIENTES Y PUBLICO

“Involucrar al paciente, familia y cuidador en su propio cuidado y tratamiento promoviendo un diálogo abierto y bidireccional con los profesionales de la sanidad ante EA puede mejorar la seguridad y el servicio prestado”.

Paso 6: APRENDER Y COMPARTIR LECCIONES DE SEGURIDAD (RCA)

“La herramienta para una investigación sistemática (ACR) ha de ser multidisciplinar, y está diseñada para identificar la secuencia cronológica de hechos partiendo del EA estudiando el incidente desde varios puntos de vista lo que permitirá aprender y compartir lecciones de seguridad”.

Paso 7: IMPLEMENTAR SOLUCIONES PARA PREVENIR DAÑOS

“Implementar soluciones con bases sólidas y a la vez flexibles y viables potenciando procesos continuos de capacitación que incidan en la reducción del riesgo implicando al personal y pacientes”.

b. El documento “Herramientas para la Gestión y Mejora de la Seguridad del Paciente: ¿Cómo pasar de la acción?” de la Universidad de Michigan, presenta una descripción muy aplicada de diferentes elementos que hacen viable el enfoque a Seguridad del Paciente en un Sistema Sanitario.

I. “Claves para que la Seguridad del Paciente sea una prioridad de la Organización”

La aspiración máxima, específica y declarada de una Organización ha de ser la mejora de la Seguridad del Paciente debiendo estar implicados todos los estamentos de la misma.

Como requisito previo esencial para transformar la cultura de una institución es necesaria una buena **CAPACIDAD DE LIDERAZGO** que aporte los estímulos necesarios para la consecución de los objetivos y defina las expectativas y pautas de la Organización.

Además, una mayor implicación y **COMPROMISO** (incluye la aportación de recursos humanos y materiales) de la alta dirección supone una influencia positiva en el rendimiento de los profesionales y en la prevención de EA o lo que es lo mismo una **MEJORA DE LA SEGURIDAD Y LOS PROCESOS**.

Como parte integral que es, de la misión y visión de la Organización, la determinación de unos **OBJETIVOS DE SEGURIDAD**, aplicables a la totalidad de la misma y a todos los niveles, permitirá establecer las **PRIORIDADES** que la acercarán a una Cultura de Seguridad.

La **RESPONSABILIDAD COMPARTIDA** de identificar y comunicar las debilidades del sistema recae en todos y cada uno de los miembros de una institución, permitiendo así mejorar los procesos y evitar errores lo que nos conduce a una cultura de calidad y seguridad.

II. "Papel de la Colaboración y la Comunicación para prevenir errores"

Fomentar el trabajo en equipo para impulsar la colaboración y comunicación interdisciplinaria es una estrategia para evitar errores en organizaciones que pretenden contar con una cultura de seguridad.

El "modelo de asistencia en colaboración" funciona como un sistema de comprobación y equilibrio y tiene como efecto igualar las relaciones entre los integrantes del equipo limando las jerarquías ampliándose también a los pacientes, familia y cuidador. Una buena comunicación, respetuosa y abierta entre los miembros del equipo facilita los procesos de planificación, toma de decisiones, resolución de problemas y establecimiento de objetivos y promueve la responsabilidad compartida en la asistencia al paciente.

Colaboración y Comunicación basadas en la confianza se traducen en cultura de seguridad positiva.

III. "Cultura de Calidad y Cultura de Seguridad están vinculadas"

La implementación de la Cultura de Seguridad en un Sistema de Calidad representa una herramienta valiosa para lograr que los sistemas de calidad sean eficaces y eficientes lo cual es esencial en aquellas Organizaciones donde la seguridad es un requisito invaluable.

IV. "Tópicos a desechar"

1- "La seguridad es una variable incorporada"

En realidad es el producto resultante de procesos y acciones sustentadas por prácticas seguras. La seguridad describe lo que una cultura es o en lo que se convierte, por lo que no puede considerarse un elemento cultural externo que se adquiere y se implanta en una organización.

2- "Las iniciativas de seguridad del paciente son costosas"

Más bien todo lo contrario ya que el coste de los errores médicos supera al de la prevención de los mismos.

3- "Enorme resistencia al cambio"

Existen barreras al cambio muy arraigadas en la cultura de una organización pero cuando el cambio se presenta como método eficaz de mejora de las prestaciones de una atención sanitaria más segura, los profesionales sanitarios mostrarán una buena disposición viéndose aun más fortalecidos con el respaldo de la alta dirección y la eliminación de barreras por parte de la organización.