

JORNADA  
DE LA **Seguridad**  
del **paciente crítico**

# MÓDULO DE FORMACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO

ROSA GARCIA

OSI URIBE. OSAKIDETZA

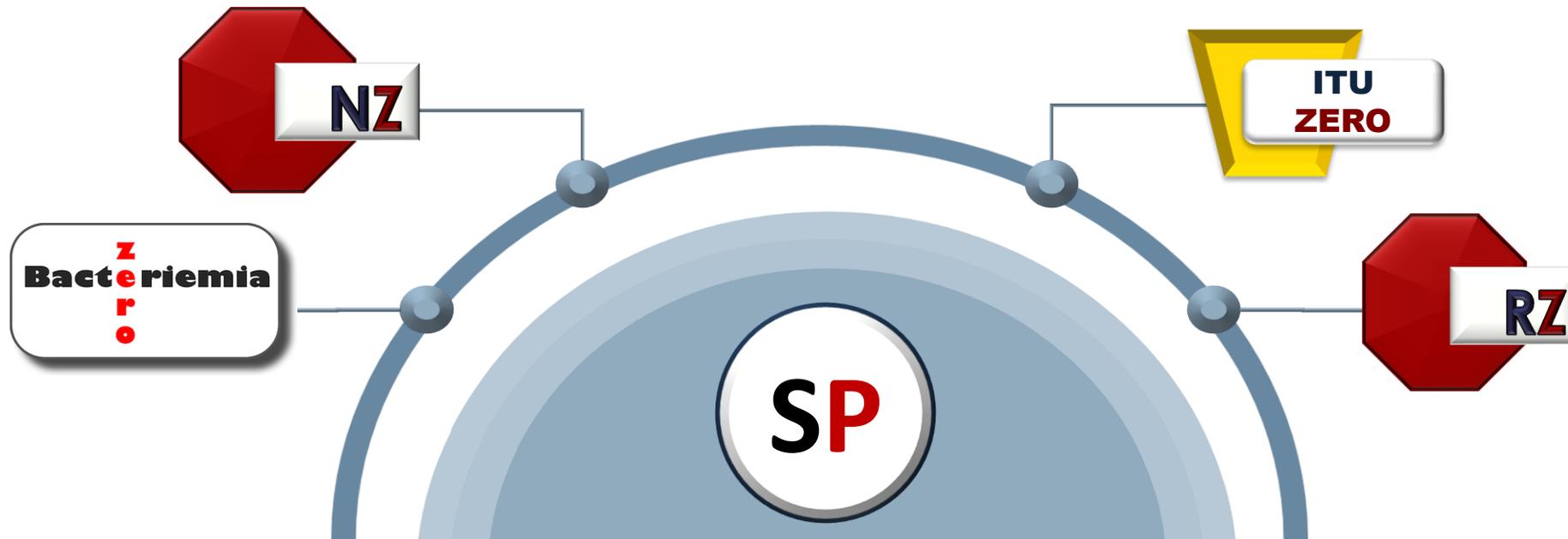


## Modulo teórico

- Seguridad, conceptos generales
- Gestión del riesgo
- Sistemas de Notificación
- Herramientas incrementar la seguridad

## Modulo de contenido practico

- Casos clínicos





## LA CULTURA DE SEGURIDAD

La *cultura de seguridad* es parte de la cultura general de una organización y sustenta las iniciativas y estrategias para disminuir los riesgos y mejorar la seguridad del paciente.

La cultura de seguridad debe ser *patrimonio de todos*: sociedad, profesionales y pacientes.

La noción de cultura de seguridad no es exclusiva de la asistencia sanitaria, se ha utilizado ampliamente en la industria del gas, energía, aviación, transporte....



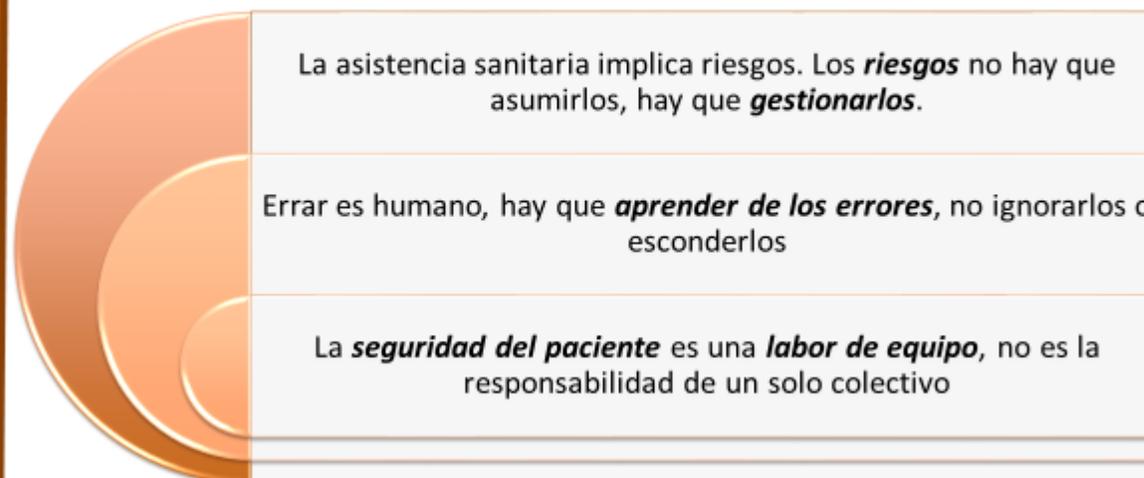
## LA CULTURA DE SEGURIDAD

Las organizaciones necesitan cambiar la cultura para *hacer fácil lo que es adecuado y difícil lo que es inadecuado* en la atención de los pacientes.

El "Institute of Medicine" afirma: la organización sanitaria tiene que desarrollar una cultura de seguridad de



## ALGUNAS IDEAS CLAVES...





## MODELO DE ABORDAJE DEL ERROR

Los incidentes en la atención sanitaria se deben a errores humanos y fallos del sistema.  
Los humanos cometemos errores y los sistemas tienen fallos.

En el análisis de incidentes

- enfoque basado en la
- enfoque basado en el

## EL SISTEMA COMO CAUSA DEL ERROR

- Las personas fallan.
- Los errores son esperables / previsibles.
- Los errores se facilitan o son consecuencia de:
  - Fallos latentes en el entorno asistencial.
  - Los procesos y procedimientos que se aplican.
- La estrategia de actuación es analizarlos y aprender sobre los mismos:
  - Identificar el suceso.
  - Reparar el daño.
  - Buscar las causas profundas en el sistema.
  - Rediseñar el sistema en función del análisis.

## COSTES DE LA NO SEGURIDAD

Consecuencias “no seguridad”

**Impacto en salud**, es la 14ª causa global de enfermedad

**Impacto económico:**

- Aproximadamente el 15% de la actividad y del gasto de hospitales OCDE, está relacionado con eventos adversos
- IRAS, errores de medicación, errores o retraso en el diagnóstico, UPP,  
*Slawomirski, L. et al 2017. The economics of patient safety*





## ¿CÓMO PUEDO SABER LO QUE PASA EN M



## SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN

Herramienta para aprender de nuestros errores.

Instrumento para analizar lo que no debiera ocurrir, pero ocurrió y poner los medios para que no vuelva a ocurrir.



## INFRANOTIFICACIÓN

Los eventos adversos graves son el pináculo de una amplia base de incidentes leves con el mismo proceso causal. La gestión de los incidentes leves o sin daño es esencial para prevenir los incidentes sin daño



PIRAMIDE DE HEINRICH

1. Heinrich HW Industrial Accident Prevention, NY And London  
2. An Organisation With a Memory. A report of an expert group on learning from adverse events in the NHS chaired by the Chief Medical Officer. The Stationary Office, London 2000



## IMPULSAR EL CAMBIO: Herramientas para incrementar la seguridad



### ANÁLISIS REACTIVO



### CUANDO OCURRE UN EVENTO ADVERSO

Análisis causa raíz (ACR): Proceso para identificar los factores que han contribuido a la aparición, es decir identificar sus causas





## ANÁLISIS PROACTIVO

- AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos)
- Matriz de riesgos.
- Análisis de barreras.

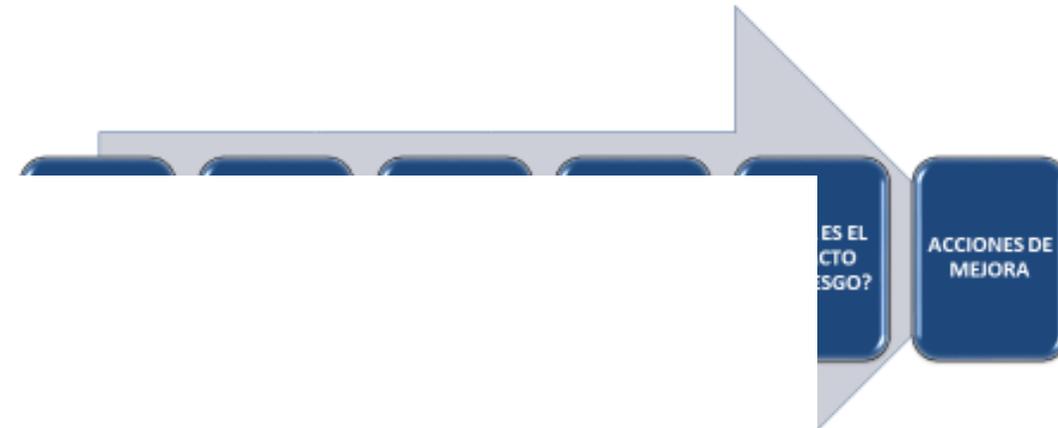
## SISTEMA AMFE

### Plantilla para la realización del AMFE

Modo de fallo	Causas del fallo	Efectos del fallo	Índice de frecuencia (IF) (1-10)	Índice de gravedad (IG) (1-10)	Probabilidad de detección (ID) (1-10)	IPR	Acciones de reducción
1							
2							
3							
4							
5							
...							

Las puntuaciones obtenidas se utilizan para calcular el  $IPR = IF \times IG \times ID$   
 IG= Índice de Gravedad, IA= Índice de Aparición, ID= Índice de Detección

## ÁNÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS



El propósito fundamental del AMFE es recomendar y llevar a cabo acciones que permitan reducir la probabilidad de fallo en los procesos.

El AMFE es una fotografía en un momento y tiempo concreto. Debe ser revisada y actualizada conforme las acciones recomendadas se van ejecutando.



## ¿POR QUÉ DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN?

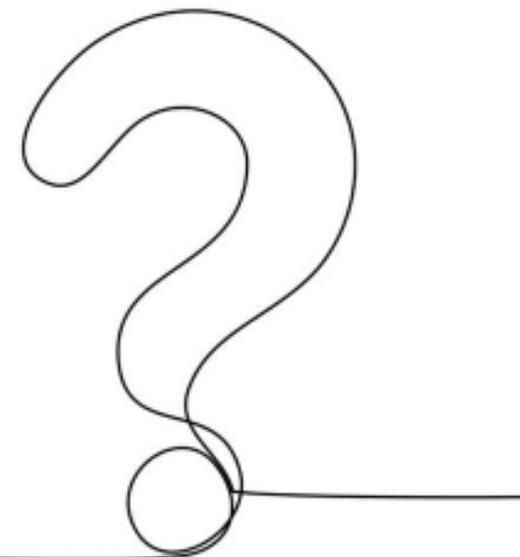
### OBJETIVOS DIARIOS

La ev  
cada  
com  
sanit  
pacie  
y toc  
eval  
cent  
puec



### BRIEFING (preguntas)

- ¿Quién está en el equipo? (presentaciones si fuera necesario)
- ¿Todos los miembros entienden los objetivos?
- ¿Se entienden los roles y las responsabilidades? ¿Qué estamos haciendo todos?
- ¿Cuál es nuestro plan de atención en esta sesión/ día /actuación?
- ¿Qué personal tenemos durante el procedimiento/actuación/día /sesión...?
- ¿Qué recursos, equipos, dispositivos se necesitan y están disponibles?
- ¿Qué podemos anticipar que podría salir mal? ¿Cómo trataremos de mitigar esto?





## TRANSFERENCIA DE LA INFORMACIÓN

Intercambio de información estructurada entre profesionales sanitarios, que se acompaña de una atención continua del paciente.

## RONDAS DE SEGURIDAD

TRANSFERENCIA



Son visitas planificadas del personal directivo relacionado con el área, con el fin de establecer una interacción directa entre el paciente y los profesionales, con actitud claramente no punitiva, dirigida a valorar la implantación de prácticas seguras.





## CUANDO OCURRE UN EVENTO ADVERSO

El evento adverso implica daño y de ese daño.

### TRIPLE IMPACTO



### SEGUNDAS VÍCTIMAS

Profesional sanitario implicado en un evento adverso inevitable y que queda traumatizado por esa experiencia (Dr. Albert Wu, Johns Hopkins University).



#### Reacciones emocionales y profesionales:

- Ansiedad, ánimo depresivo, irritabilidad, alteración del sueño
- Dificultad para concentrarse
- Preocupación por su rendimiento y capacidad profesional
- Inseguridad en sus decisiones clínicas
- Posible compromiso de la calidad de atención
- Temor a acciones disciplinarias
- Temor a pérdida de reputación profesional
- Síntomas afectivos: tristeza, insatisfacción laboral, ira y frustración



## PREGUNTA 1

- Se ha planificado en el área quirúrgica 4 IQ una menisectomía. Se produce un cambio de programación durante la mañana porque uno de los cirujanos debe acudir a un reunión y será sustituido en la última intervención, además quiere operar al último paciente, se trata de un conocido suyo y se altera el parte interviniéndole el 2º de la mañana.
- Cuando finaliza el parte quirúrgico de la mañana, se dan cuenta que se ha producido un error en el 3º paciente y se ha intervenido el lado contrario. Identifica entre los errores que se han ido desencadenando que corresponde a lo denominado como condición latente:

- 1-El cirujano que se incorpora en la última intervención desconoce detalladamente los cambios que se han producido, solo conoce que se ha producido un cambio en el último paciente.
- 2-No disponen de protocolo de marcado de lateralidad para evitar cirugía en el sitio erróneo.
- 3-El residente de traumatología que está asignado a ese área quirúrgica es de reciente incorporación.
- 4-Uno de los pacientes intervenidos presenta deterioro cognitivo.
- 5-El anestesiista comienza la sedación rápidamente para aglizar el parte quirúrgico.

## PREGUNTA 3

Entre los siguientes incidentes de seguridad señale, cual no declararía en un sistema de notificación y aprendizaje:

- a) Incidente sin daño: el incidente alcanza al paciente, pero no le causa daño apreciable (por ej. Realizar una Rx a un paciente que no le correspondía, por error en la identificación del paciente)
- b) Cuasi incidente, incidente que no alcanza al paciente (identificar una jeringa que contiene Primperan oral , la jeringa esta rotulada con el fármaco, no indica vía de administración, no se ha cargado en jeringa de administración oral , se corrige antes de su administración).
- c) Circunstancia notificable. Se adquieren ampollas de cloruro sódico a un proveedor, en la etiqueta indica que son aptas para administración de vía I/V e inhalatoria. En el último pedido recibido desde farmacia llegan las ampollas y solo especifica vía inhalatoria, ello genera confusión en los profesionales de la unidad .
- d) Practicas inseguras intencionadas (cuando el profesional puede causar daño intencionado con sus acciones ) . No realizar higiene de manos antes de un procedimiento quirúrgico.
- e) Cuasi incidente. Se prescribe un concentrado de hemáties durante la visita, el medico rotula la solicitud con el numero de habitación, una enfermera pregunta para que paciente es dicha solicitud, él refiere no recordar el nombre, no les conoce muy bien a los pacientes ya que esta reforzando a un compañero. Al verificar la HC y analítica se detecta que hay un error en el numero de box. La enfermera indica que en caso de no haberlo aclarado no se habría dado cuenta, ya que se trata de dos pacientes ingresados ayer después de ser intervenidos quirúrgicamente. El verificar la identificación permite detectar el error.



## CASO 1

**Paciente intervenida que en el postoperatorio el 8º día se cambia el tipo de NPT y se administra la NPT en 1hr por error al programar la bomba. La NPT se pauto en 12horas y no se comprendió bien la orden médica.**

La administración de medicamentos con código de barras (BCMA) y las bombas de infusión inteligentes son dos tecnologías utilizadas durante la administración de medicamentos para evitar errores antes de que lleguen al paciente.

La BCMA es para garantizar que la medicación correcta se administre al paciente correcto, a la dosis y vía correctas, y en el momento correcto.

## CASO 3

Paciente ingresado por episodio de shock séptico en UCI, hemodinámicamente inestable, esta recibiendo noradrenalina mediante bomba de infusión.

A lo largo del día va necesitando dosis más altas, con escasa respuesta, que se relaciona en un primer momento con el cuadro clínico, por lo que se asocia con otros fármacos vasoactivos (Vasopresina).

Ante la persistencia de la falta de respuesta, se produce el cambio de turno y la enfermera de la tarde revisó la evolución de la tensión y observa que su deterioro ha coincidido con el cambio de la perfusión del fármaco.

Comprueba la programación de la bomba, detectando que es errónea, se esta administrando una dosis en microgramos/kg/hora, en lugar de en microgramos/kg/minuto, es decir, una dosis mucho menor a la prescrita.

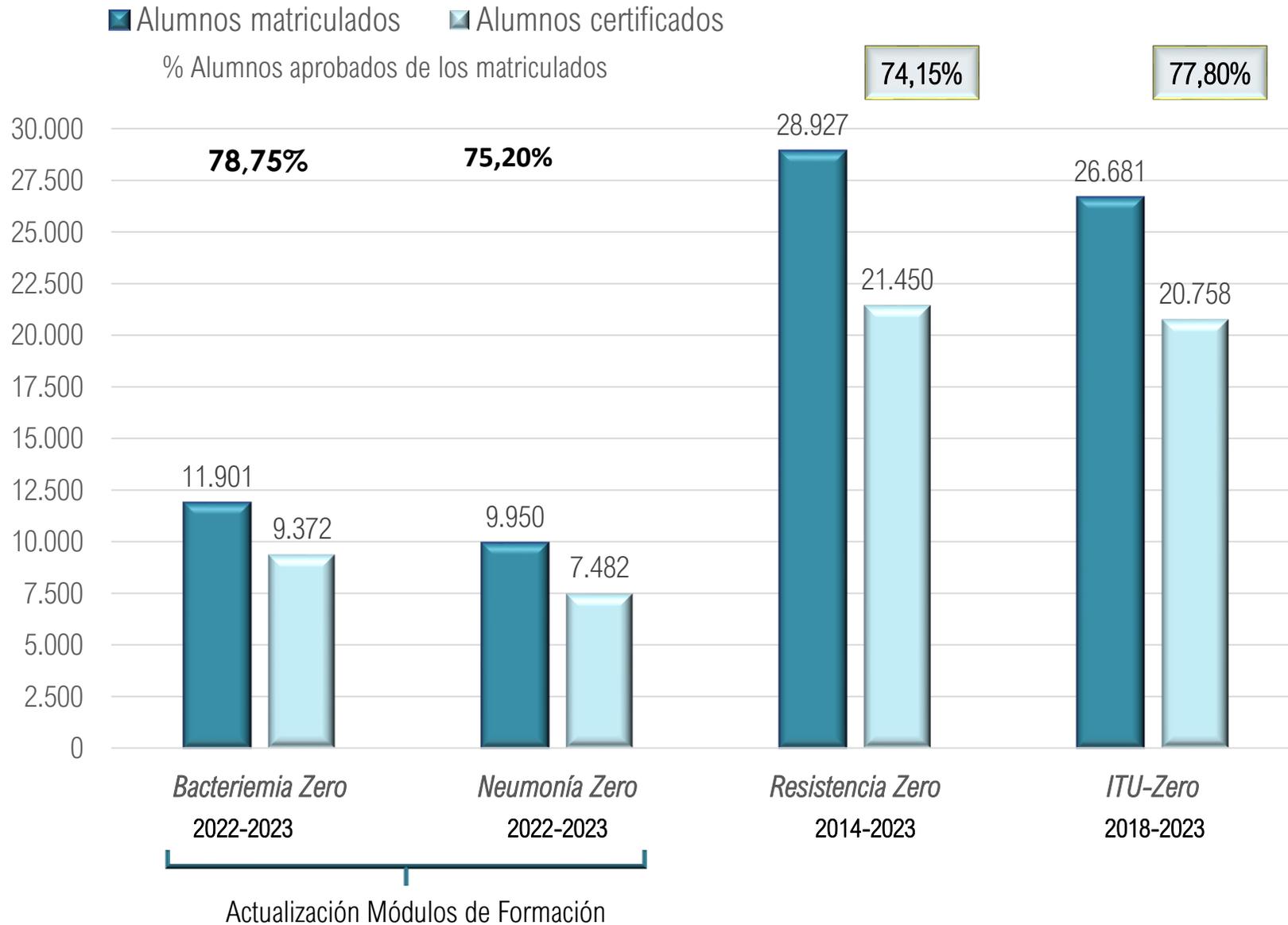


- Una vez visualizado el contenido.
- Preguntas de respuesta múltiple, aleatorias.
- Máximo **3** intentos.
- Superar el **80%** de aciertos para obtener el diploma.
- Si permanece inactivo X minutos se desconectara.
- Es necesario visualizar todos los contenidos.

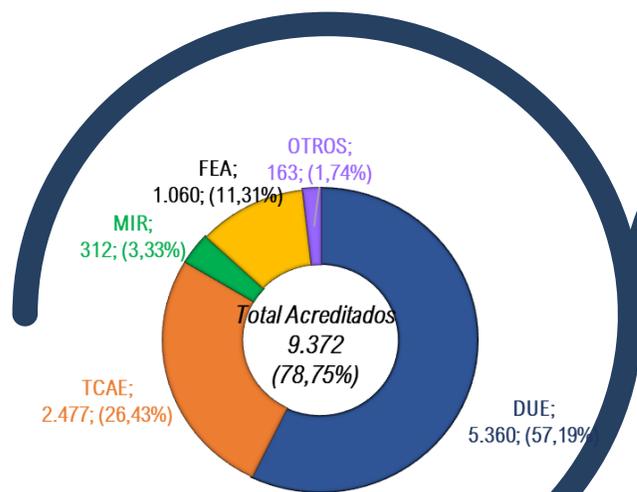
## Programa de Seguridad en los Pacientes Críticos. "Proyectos Zero"

## Módulos de Formación A fecha 31 Octubre 2023



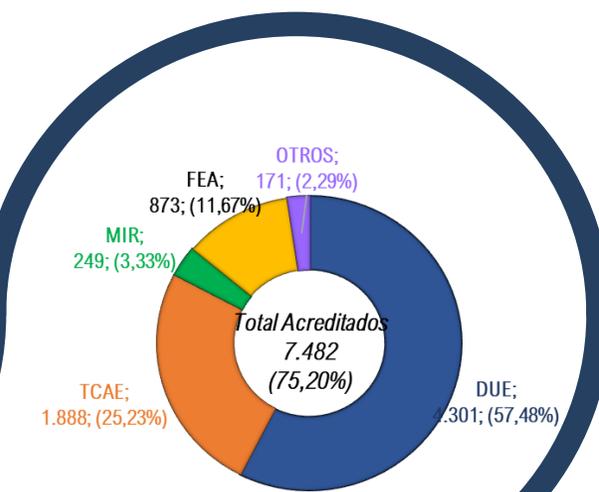


# TOTAL DE ALUMNOS CERTIFICADOS POR CATEGORÍAS PROFESIONALES



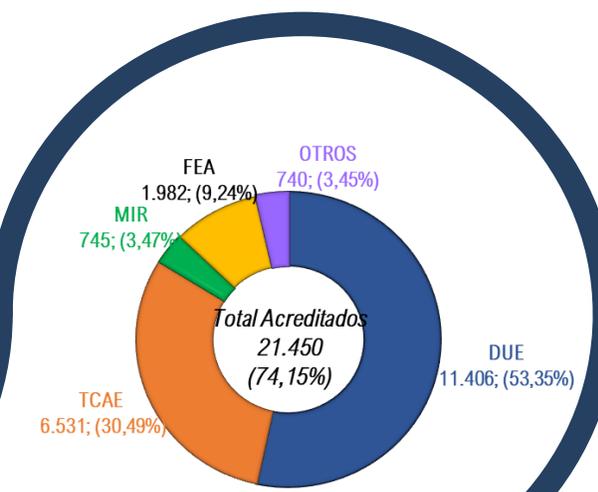
**Bacteriemia**

Formación 2022-31 octubre 2023



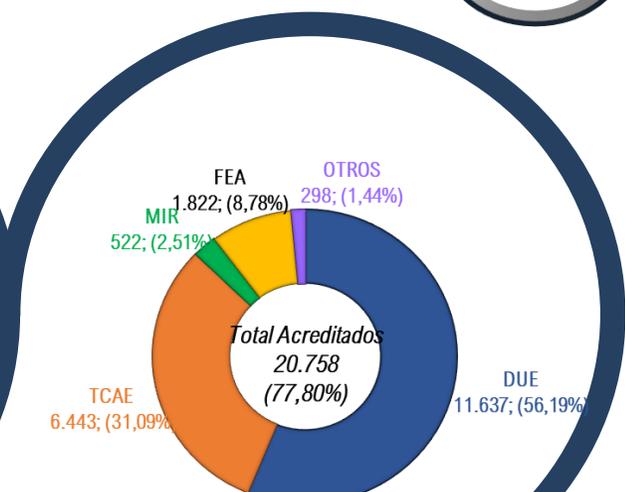
**NZ**

Formación 2022-31 octubre 2023



**ITU ZERO**

Formación 2018-31 octubre 2023



**RZ**

Formación 2014-31 octubre 2023



## P1 MINISTERIO DE SANIDAD

Selección por fechas  
CCAA  
Categorías  
Matriculados  
Certificados  
Gráfico

## P2 CC.AA.

Selección por fechas  
Hospitales  
Categorías  
Matriculados  
Certificados  
Gráfico

## P3 REFERENTES UCI

Selección por fechas  
Profesionales  
Categorías  
Matriculados  
Certificados  
Gráfico

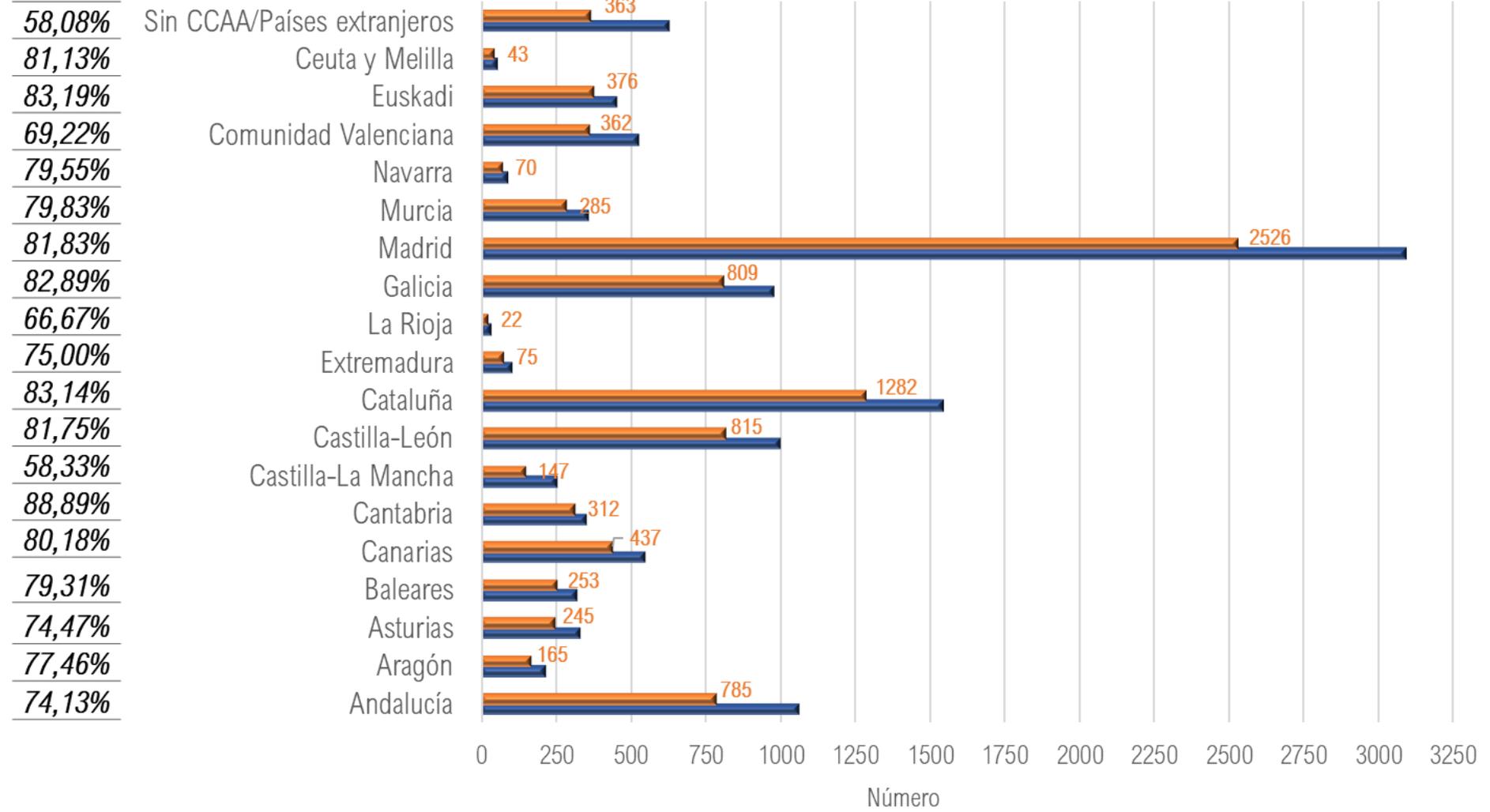


**Z  
Bacteriemia  
r  
o**

**Formación  
2022-31 octubre 2023**

% Alumnos aprobados de los matriculados

■ Alumnos certificados ■ Alumnos matriculados



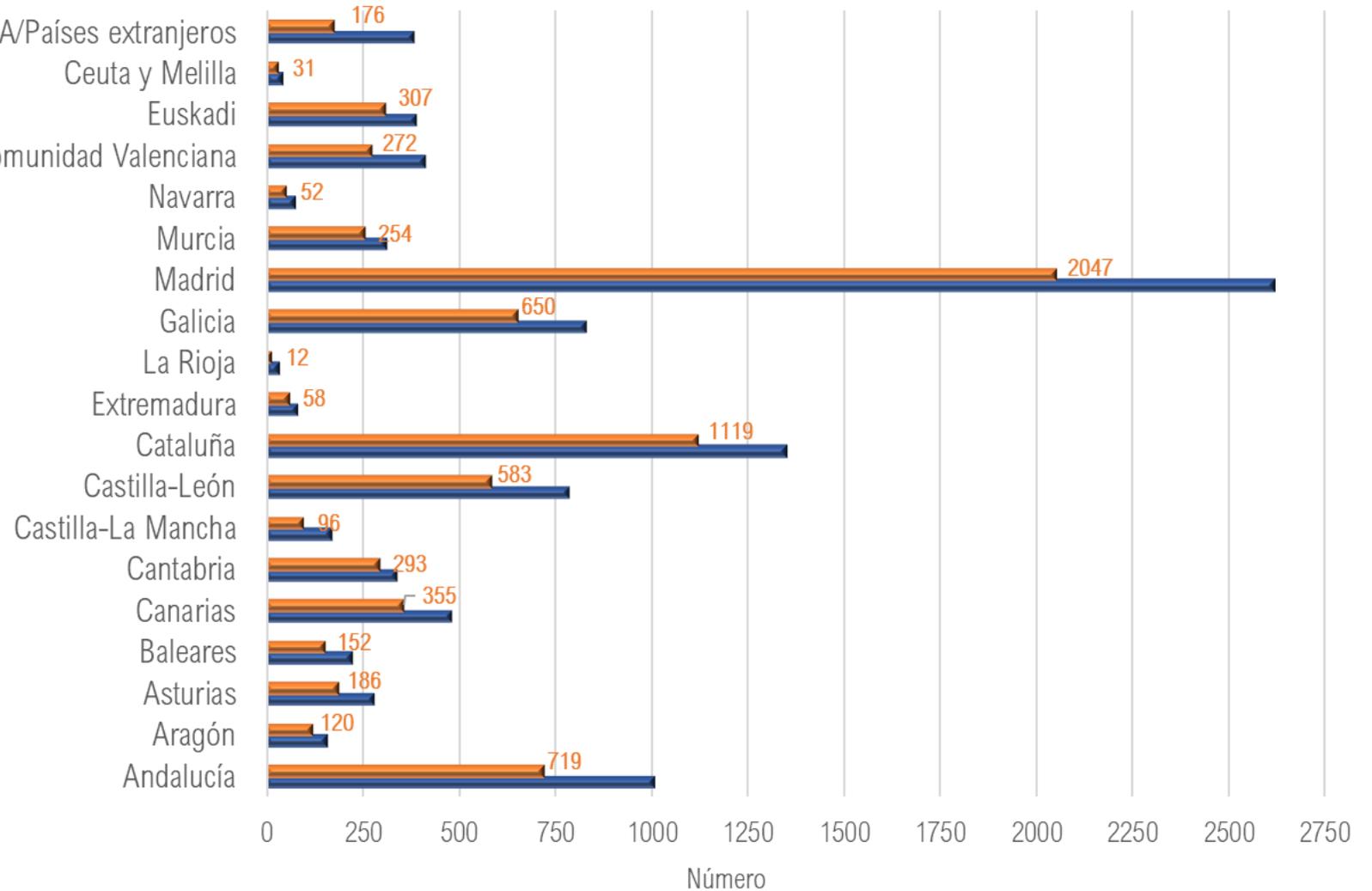


**Formación**  
2022-31 octubre 2023

% Alumnos aprobados de los matriculados

% Alumnos aprobados de los matriculados	CCAA/Países extranjeros
46,07%	Sin CCAA/Países extranjeros
75,61%	Ceuta y Melilla
78,92%	Euskadi
66,02%	Comunidad Valenciana
71,23%	Navarra
81,67%	Murcia
78,25%	Madrid
78,31%	Galicia
36,36%	La Rioja
71,60%	Extremadura
82,95%	Cataluña
74,46%	Castilla-León
56,80%	Castilla-La Mancha
86,94%	Cantabria
74,11%	Canarias
68,78%	Baleares
66,67%	Asturias
75,95%	Aragón
71.40%	Andalucía

Alumnos certificados Alumnos matriculados





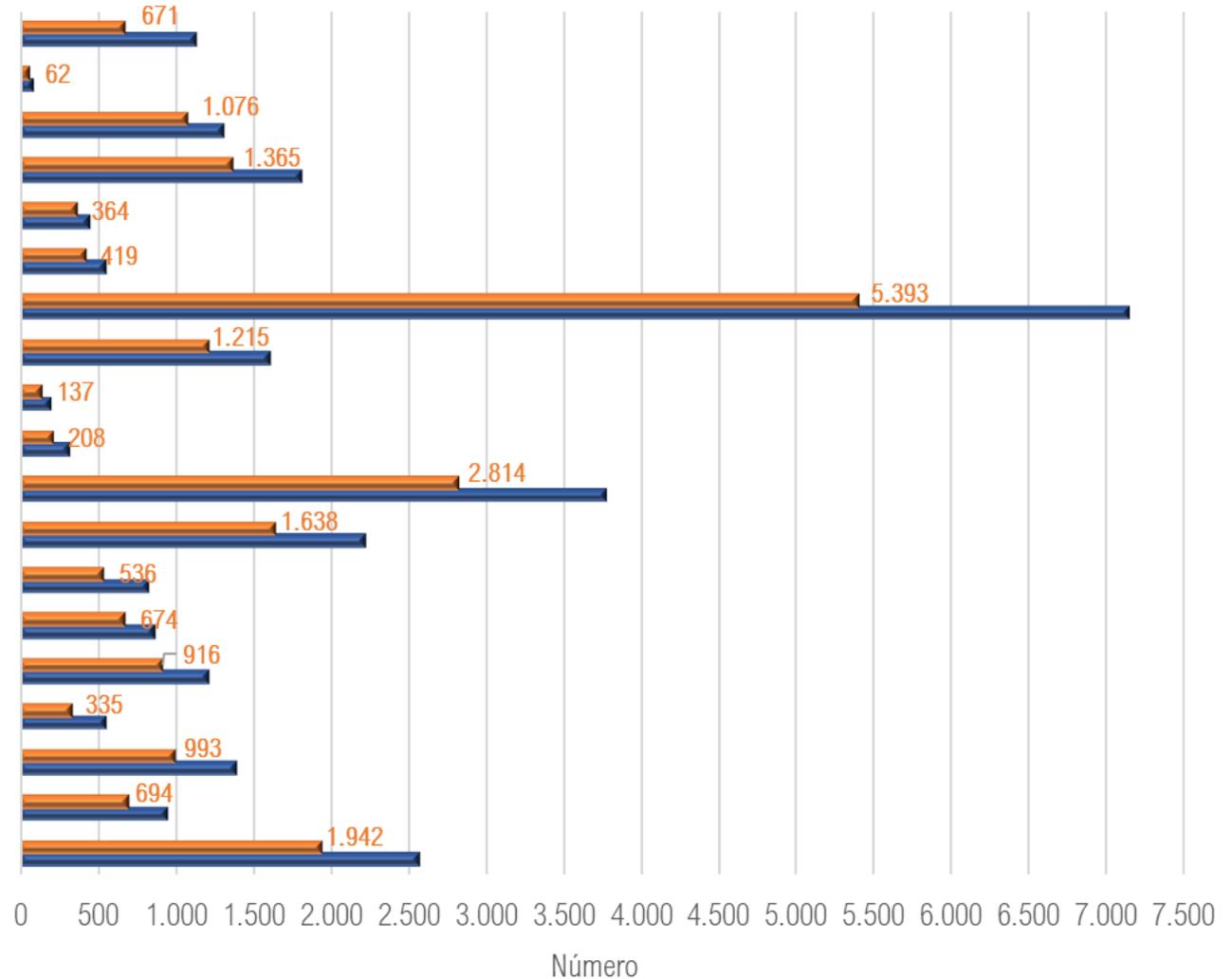
**Formación**  
2014-31 octubre 2023

% Alumnos aprobados de los matriculados

59,38%  
77,50%  
82,45%  
75,41%  
81,98%  
76,60%  
75,55%  
75,56%  
68,84%  
65,62%  
74,66%  
73,65%  
64,97%  
78,28%  
75,58%  
60,58%  
71,28%  
73,44%  
75,59%

Sin CCAA/Países extranjeros  
Ceuta y Melilla  
Euskadi  
Comunidad Valenciana  
Navarra  
Murcia  
Madrid  
Galicia  
La Rioja  
Extremadura  
Cataluña  
Castilla-León  
Castilla-La Mancha  
Cantabria  
Canarias  
Balears  
Asturias  
Aragón  
Andalucía

Alumnos certificados Alumnos matriculados





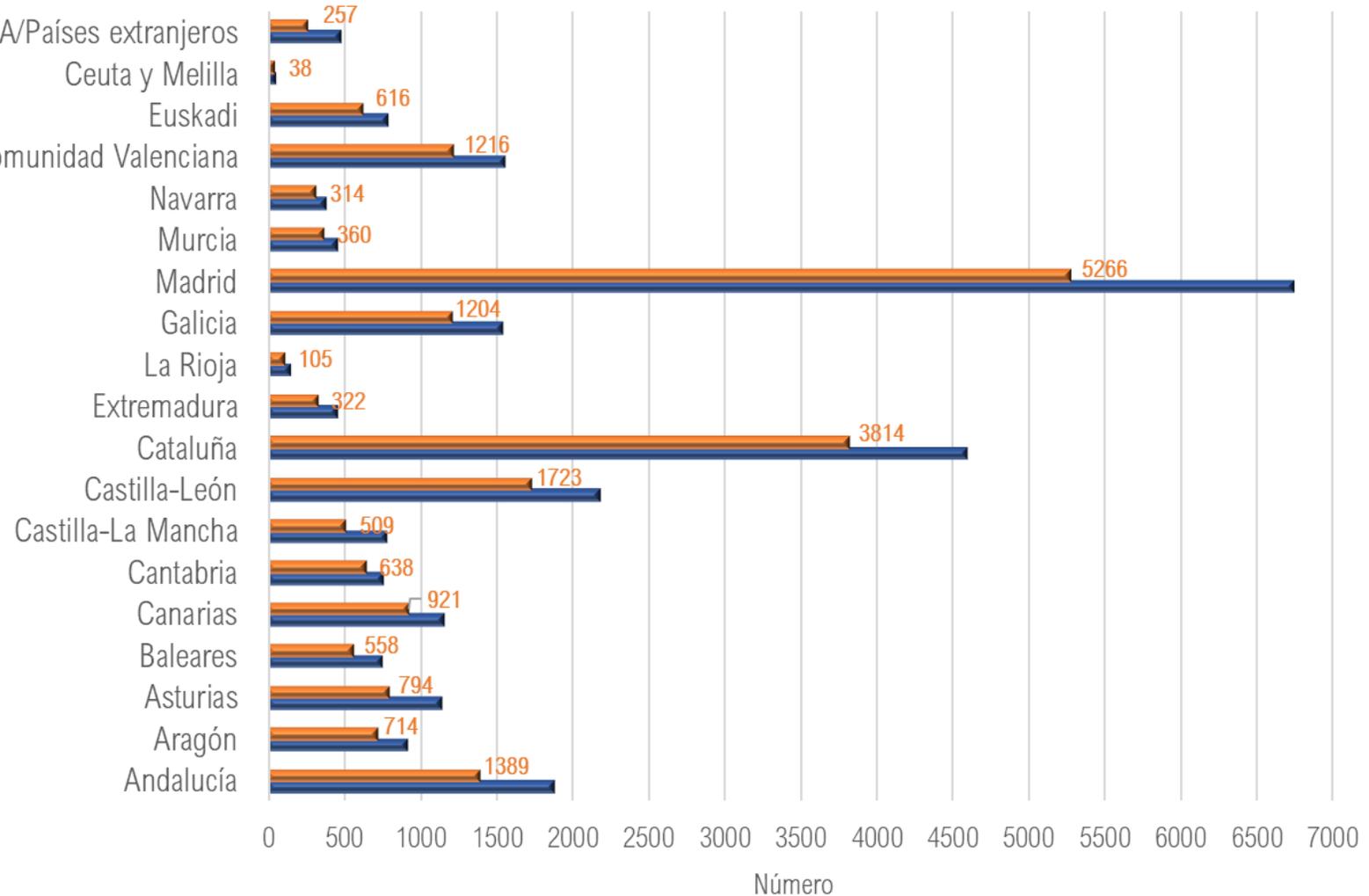
**ITU ZERO**

**Formación  
2018-31 octubre 2023**

% Alumnos aprobados de los matriculados

<u>54,11%</u>	Sin CCAA/Países extranjeros
<u>77,55%</u>	Ceuta y Melilla
<u>78,37%</u>	Euskadi
<u>78,20%</u>	Comunidad Valenciana
<u>83,73%</u>	Navarra
<u>79,30%</u>	Murcia
<u>78,18%</u>	Madrid
<u>78,23%</u>	Galicia
<u>72,41%</u>	La Rioja
<u>71,08%</u>	Extremadura
<u>83,18%</u>	Cataluña
<u>79,18%</u>	Castilla-León
<u>65,68%</u>	Castilla-La Mancha
<u>84,84%</u>	Cantabria
<u>79,67%</u>	Canarias
<u>74,80%</u>	Baleares
<u>69,65%</u>	Asturias
<u>78,38%</u>	Aragón
<u>74,16%</u>	Andalucía

■ Alumnos certificados ■ Alumnos matriculados





**MUCHAS GRACIAS...**