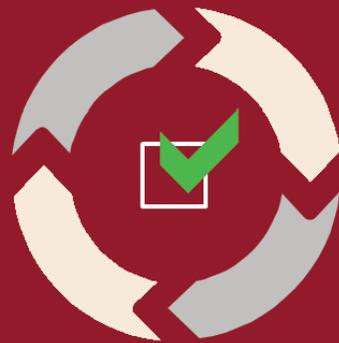


Salud Segura



NÚCLEO DE SEGURIDAD DEL ÁREA I MURCIA-OESTE

Edita:

Núcleo de Seguridad del Área I Murcia-Oeste
Hospital Clínico Universitario V. Arrixaca- Ctra. Murcia-Cartagena, s/n.
30120 Murcia.
Tel.: 968381064 - 986369701
<http://www.murciasalud.es/saludsegura> - También en Arrinet/Calidad
saludsegura.area1.sms@carm.es

Comité editorial:

Pablo de la Cruz, Pilar Ferrer, Catalina García, Beatriz Garrido, Juan A Gómez Company, Julio López-Picazo, Virginia Pujalte, Soledad Sánchez, Nuria Tomás.

Coordinador de edición: Julio López-Picazo Ferrer

Suscripción: Envío gratuito. **Solicitudes:** saludsegura.area1.sms@carm.es

e-ISSN: 2340-1915 Salud Segura. D.L. MU 446-2013



Volumen 1, Número 2. JULIO 2013

En este número:

- *La culpa la tuvo ése: un gran problema en cultura de seguridad.*
Núcleo de seguridad del Área I Murcia -Oeste
- *Instalación de un sistema gestor de colas en urgencias.*
Dr. Juan A Gómez Company. Servicio de Urgencias Hospital General.
- *Jeringas para administración oral.*
D. Pablo de la Cruz. Farmacéutico. Servicio de farmacia.
- *Misión: identificar al paciente para evitar errores.*
D^a. Pilar Ferrer. Supervisora del área de calidad de enfermería
- *SiNASP sirve: errores transfusionales.*
Dra. Nuria Tomás. Unidad de Calidad Asistencial
- *Prescripción electrónica para la transfusión de hemocomponentes.*
Dra. Consuelo Funes. Hematóloga. Banco de sangre.

La culpa la tuvo ése: un gran problema en cultura de seguridad

Ni las cosas pasan porque sí, ni es cierto que los buenos profesionales nunca se equivocan. La atención a la salud es una actividad compleja donde todos cometemos errores, y quizá uno de los más comunes sea sobrestimar nuestra capacidad de hacer siempre lo correcto en condiciones en que la presión, el cansancio, el estrés, la falta de recursos óptimos y, por qué no, los problemas personales son circunstancias frecuentes. En este contexto, lo más práctico es pensar que los errores sucederán antes o después y dirigir nuestros esfuerzos a que se produzcan menos y con mínimas consecuencias.

En nuestro entorno, la idea de que las personas son la causa principal de los errores está desgraciadamente muy extendida. Equivale a pensar que las personas se equivocan porque son despistadas, indolentes, malos profesionales o poco inteligentes y por ello se convierten en la causa principal de que aparezcan sucesos adversos. La conducta lógica para evitarlos entonces es siempre “a toro pasado”, cuando las cosas ya han sucedido, y su modo es identificar al “culpable”, emprender acciones disciplinarias o echarlo si es posible, y si no intentar formarlos. En este estado de cosas, cuando un profesional comete un error o se encuentra con un suceso adverso, intentará ocultarlo para no perder “prestigio” ante los compañeros y/o no ser “castigado”. Si el error lo comete otro, no lo “denunciará” e intentará que “los trapos sucios se laven en casa”. lamentablemente, sabemos que los resultados de esta actitud no mejoran nada o casi nada la frecuencia ni la gravedad de los sucesos adversos.

Otra actitud bien distinta es considerar que las personas cometen errores

simplemente porque son personas. Sin embargo, esto no nos deja indefensos. Los errores que aparecerán son previsibles y consecuencia de condiciones o fallos latentes existentes en el entorno asistencial. La estrategia de prevención se centra ahora en analizar los errores (los que han sucedido y los que puedan suceder) y aprender sobre ellos identificándolos, buscando sus causas en el sistema y cambiando éste en función de todo ello. El sistema ha de dotarse de barreras y mecanismos de protección y seguridad con la finalidad de que no ocurran daños para los pacientes. La experiencia nos indica que es un proceso complejo, pero mucho más positivo que el anterior.

“La vergüenza de confesar el primer error, hace cometer muchos otros”

Jean de la Fontaine (1621-1695).
Poeta y fabulista. Miembro de la Academia Francesa

Conseguir cambiar la cultura de ocultación de errores o de simple reacción frente a los que sucedan por otra en la que los errores no sean considerados fallos personales, sino consecuencia de la interacción de múltiples factores

y oportunidades para mejorar el sistema y evitar el daño, es el primer paso para mejorar la seguridad del paciente. Lo más importante cuando surge un problema no es “¿Quién?”, sino “¿Qué ocurrió?”, “¿Cómo?”, “¿Cuándo?”, “¿Por qué?”, “¿Cómo se podría haber evitado?” y “¿Qué puede hacerse para que no vuelva a ocurrir?”.

Este cambio cultural es la prevención primordial de la aparición de efectos adversos relacionados con la asistencia y un requisito irrenunciable para la calidad y la sostenibilidad por los sistemas sanitarios del siglo XXI.

Considera la seguridad como componente esencial de la calidad de tu trabajo y una prioridad del sistema, de modo que hacer las cosas bien sea lo “natural”. Cambia tu chip. Únete a nosotros.

Instalación de un sistema gestor de colas en urgencias



Dr. Juan A. Gómez Company. Servicio de Urgencias Hosp. Gral.

Desde hace años, nuestro Servicio de Urgencias dispone de un sistema para llamar a los pacientes en las distintas salas de espera y que acudan a los distintos lugares donde pueden ser atendidos. Hasta ahora, esta llamada se realizaba por megafonía utilizando el nombre y apellidos del paciente, lo que incumplía claramente la Ley Orgánica de Protección de Datos. Además, si el paciente no escuchaba la llamada correctamente se veía obligado a saturar los sistemas

de información para preguntar.

Hace aproximadamente un año, se emprendió un proyecto piloto con la empresa Ikusi para pilotar esta tarea en un Servicio de Urgencias de un Hospital de Tercer nivel. El reto era hacer algo mejor que lo existente en otros lugares. Efectivamente, en cualquier sistema de llamada el gestor de colas ofrece un número a cada paciente según orden de llegada, y así es avisado. Por contra, en nuestro proyecto la prioridad de llamada se establece por la gravedad que presenta en paciente, y no por su hora de llegada.

Cuando el paciente acude a Urgencias, da sus datos administrativos en el Servicio de Admisión. Allí se le entrega un “código aleatorio” compuesto por una letra y tres números, que el paciente o familiares guardan hasta el alta. Posteriormente es sometido a Triage y clasificado según gravedad, pasando después a la sala de espera correspondiente para ser llamado según este criterio. Si la gravedad del paciente no permite este procedimiento, una vez en la sala de críticos del Servicio, el personal auxiliar se encarga de recoger el código y hacerlo llegar después a los familiares.

Urgencias 09-07-2013 09:05
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

E G R. Su número es:
A281

Conservar su número hasta la salida y recuerde que está usted en un servicio de Urgencias y que debe guardar silencio.

A907 + Reconocimiento 10
A935 + Reconocimiento 12
A938 + Reconocimiento 1
A939 + Reconocimiento 1
A940 + Reconocimiento 0
A941 + Reconocimiento 1
A942 + Reconocimiento 0

Los números que aparecen en las pantallas no son correlativos, ni siguen un orden.

Reconocimiento 0
Reconocimiento 1
Reconocimiento 2
Reconocimiento 3
Reconocimiento 4
Reconocimiento 5
Reconocimiento 6
Reconocimiento 7
Reconocimiento 8
Reconocimiento 9
Reconocimiento 10
Reconocimiento 11
Reconocimiento 12
Reconocimiento 14
Reconocimiento 15

Elementos del gestor de colas: Aplicativo de llamadas disponible desde Selene, formato del ticket y código que se entrega al paciente, e imagen de una pantalla informativa

Como resultado, a cada paciente se le asigna un código que se añade a la Estación Clínica Selene de forma automatizada. Desde ella puede llamarse al paciente haciendo clic en un icono. La llamada, además de realizarse por megafonía (componente acústico), se muestra en 6 pantallas de 32 pulgadas (componente visual) distribuidas en las salas de espera, que también muestran un historial de llamadas que el paciente puede consultar o comprobar en caso de duda.

Cada vez que se realiza una llamada, queda constancia en Selene (hecho que antes no quedaba registrado). Así podemos conocer los tiempos de atención y trabajar sobre los distintos “pasos” del enfermo para mejorar su asistencia, garantizando su intimidad y aumentando su seguridad y rapidez de atención. Esperamos en breve extender este sistema a otros ámbitos del hospital.

Jeringas para administración oral



D. Pablo de la Cruz.
Farmacéutico. Servicio
de farmacia.

El uso de jeringas orales para preparar y administrar los medicamentos líquidos por vía oral o por sonda nasogástrica es una práctica prioritaria de seguridad recomendada por la Organización Mundial de la Salud y otros organismos expertos en seguridad del paciente. Esta simple medida evita la administración equivocada de los medicamentos orales líquidos por vía intravenosa. El error puede ocurrir cuando los pacientes tienen accesos intravenosos y estos medicamentos se

acondicionan en jeringas parenterales con cono luer o luer-lock, que permiten conectarse a éstos e inyectar equivocadamente el medicamento oral por vía intravenosa. De hecho, y aunque afortunadamente todavía no en nuestro hospital, en el Sistema de Notificación y Aprendizaje español se han recibido comunicaciones de errores de administración errónea de medicamentos orales líquidos por vía intravenosa.

Por contra, está bien conocido y documentado que el uso de jeringas específicas con cono diferente al cono luer o luer-lock impide la posibilidad de conexión con los catéteres o puertos intravenosos. Este tipo de jeringas son específicas para administración oral y su aspecto es el de la figura. Están disponibles en la Arrixaca y su uso es cada vez mayor, aunque somos conscientes de que todavía hay unidades o profesionales que no las utilizan, bien porque las desconocen o bien porque piensan que ese tipo de error nunca les va a suceder a ellos. En estos casos debemos recordar que desgraciadamente, este tipo de errores se siguen produciendo con demasiada frecuencia.

Por ello, como recomendación práctica de seguridad hay que recordar que la



Jeringa para administración de medicamentos por vía oral o enteral

utilización sistemática de jeringas orales para la preparación y administración de líquidos orales/enterales es una estrategia de reducción de riesgos eficaz y económica que debe ser empleado en todos los centros sanitarios. Si en tu unidad no dispones aún de ellas, solícialas de inmediato. Si las tienes, utilízalas siempre. Ayúdanos a hacer de nuestro hospital un lugar más seguro para los pacientes.

Las acciones clave dirigidas a implantar y promover esta práctica son:

- Proporcionar jeringas orales a todas las unidades y exigir su utilización.
- Revisar las conexiones de los equipos y jeringas disponibles.
- Dispensar los medicamentos orales líquidos en jeringas orales desde el Servicio de Farmacia.
- Aumentar el conocimiento y la concienciación frente a los riesgos.
- Recordar otras prácticas seguras en la administración de medicamentos.

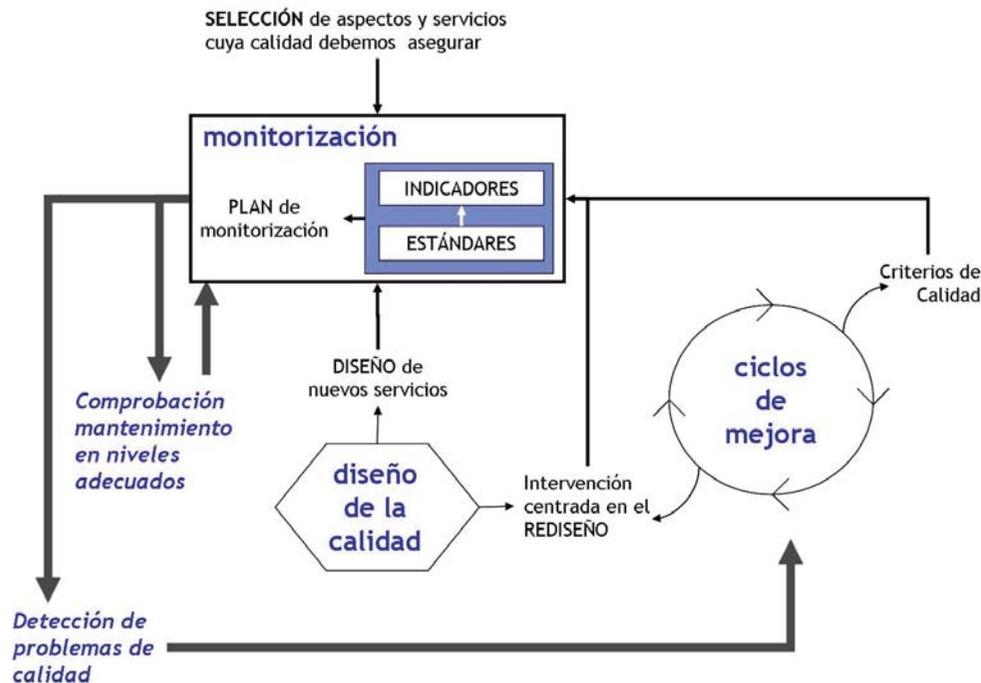
Misión: identificar al paciente para evitar errores



Dª Pilar Ferrer. Supervisora de área de calidad de enfermería

Es sabido que la identificación de los pacientes mediante pulsera disminuye los errores asociados a la inadecuada identificación de los pacientes más o menos a la mitad. Por eso, hace ya cuatro años que nuestro hospital inició la andadura para mejorar la identificación de los pacientes a los que prestamos asistencia y la seguridad transfusional.

Para alcanzar el éxito del que ahora nos sentimos orgullosos como organización, profesionales y potenciales usuarios fue necesaria la colaboración de todos y muchas intervenciones según la metodología de gestión de la calidad.



La primera fase, el “Diseño” del procedimiento de identificación, se llevó a cabo por un equipo multidisciplinar de personas de distintos estamentos y servicios implicados en la correcta identificación del paciente mediante pulsera identificativa, y en su mantenimiento durante la permanencia en el hospital. Este equipo mantuvo reuniones programadas con responsables del Servicio de Admisión y las Direcciones Médica y de Enfermería, con el objetivo de revisar circuitos y ajustar circuitos a la nueva normativa. El producto final fue un “Procedimiento Inicial” que incluía a todas las unidades implicadas: el Servicio de Admisión como emisor de la pulsera para pacientes programados y de urgencias, y las unidades de hospitalización como receptoras de estos pacientes y responsables de mantener la identificación.

El despliegue de este procedimiento comenzó por el servicio de admisión:

- Se instalaron máquinas expendedoras de pulseras identificativas en urgencias y en admisión de pacientes programados, tanto en el Hospital General como en el Maternal e Infantil, y se formó al personal en su correcto manejo.
- Se editaron notas informativas abreviadas que se debían adjuntar, en cada historia clínica, al ingreso del paciente portador de pulsera.
- Se informó al personal responsable de la emisión de la pulsera acerca de la relevancia de proveer de pulsera identificativa a los pacientes.

- La información suministrada es siempre completa para todos los implicados, tanto para Admisión como a las unidades de hospitalización, con el fin de evitar desinformaciones o malas interpretaciones.
- Información a los profesionales del Servicio de Informática y al personal de la empresa responsable de la historia clínica electrónica,

Además, en las unidades de hospitalización se programaron reuniones con los supervisores para informar sobre normativa y la necesidad de identificar al paciente mediante pulsera como primera barrera de seguridad. Se les hizo llegar toda la documentación del hospital, y el “Procedimiento de identificación inequívoca del paciente en los hospitales públicos de la región de Murcia” de la Consejería de Sanidad.

Una vez implantado, se monitorizó su seguimiento con el objetivo de detectar y corregir problemas, y conocer posibles incidencias. Sirvió para rediseñar circuito en el Hospital Maternal y para modificar y adaptar mejor las pulseras y resto del material al tamaño de los pequeñines en el Hospital Infantil.

Realizadas estas modificaciones, se amplió el uso de la pulsera a los pacientes asistidos en la puerta de urgencias del Hospital General.

En la actualidad, como sabéis, seguimos realizando monitorizaciones para mejorar la seguridad manteniendo la identificación inequívoca en el hospital. Sus resultados han mejorado sensiblemente desde el inicio, en especial en la UCI del Hospital General. En cuanto a oportunidades de mejora, en Re-

animación estamos trabajando para equiparar sus resultados al resto. En el entorno hospitalario la pulsera identificativa supone más seguridad para todos. Vela porque todos los pacientes la porten en todo momento mientras permanezcan ingresados o estén en el área de urgencias. Sin vuestra profesionalidad e implicación este sistema no funcionaría con los altos estándares de calidad que muestra en las sucesivas monitorizaciones.

Aprovechamos para informar que se está ampliando la identificación mediante pulsera a las personas que acuden al hospital de día. Entretanto, asegúrate de que sus datos de filiación se corresponden con los de su DNI, Tarjeta Sanitaria, Historia Clínica, etc. tanto aquí como en el resto de dependencias del hospital (consultas, exploraciones) y de atención primaria.



SiNASP sirve.

Errores transfusionales.

Los 3 eventos notificados en SiNASP en nuestro hospital relacionados con transfusión de hemoderivados tienen como nexo común errores en la identificación de los pacientes.

El primer caso sucedió en planta. La transfusión se administró a la persona equivocada por no comprobar e identificar correctamente al paciente a pie de cama en el momento de la administración. No hubo consecuencias fatales al tratarse del mismo grupo.

El segundo, en el área de hemodiálisis. Se intercambian las pulseras transfusionales de 2 pacientes, aunque se les administra el hemocomponente correcto al ser identificados por nombre y no por el código transfusional. Uno de los pacientes se da cuenta durante la administración. No tuvo consecuencias, aunque pudiera haberlas tenido al no seguirse el procedimiento vigente.

El tercero tuvo lugar en zona quirúrgica. A pesar de respetarse el procedimiento, el anestesta se percató de que las bolsas que llegan no concuerdan ni en nombre ni en número de historia, por lo que fueron devueltas. El incidente tampoco llegó al paciente.

Aunque estos pacientes tuvieron suerte, se intervino para asegurar que:

- Los procedimientos vigentes sean conocidos, de seguimiento obligatorio, disponibles y visibles en cada control de planta de enfermería.
- Los pacientes estén correctamente identificados mediante pulsera gene-

ral y transfusional, instaurando el doble chequeo.

Sabemos que la seguridad transfusional aumenta si seguimos sistemáticamente el **protocolo aprobado**.

Está disponible en ARRINET (Sección: Área del Profesional → Manuales y Protocolos → Médicos → Manual de transfusión, y en Sección: Áreas → Enfermería → Guías y Protocolos). Asegurate de que lo conoces.

Al enviar la muestra, recuerda que tanto la pulsera transfusional como el tubo se identifican a pie de cama tras preguntar el nombre completo y comprobarlo con la pulsera del hospital. Tras verificar todos los datos a pie de cama, escribir nombre, apellidos, número de Historia Clínica y fecha en la pulsera transfusional.

Antes de comenzar la transfusión, comprueba que el nombre y apellidos, pulsera, grupo y N° de muestra que figuran en los impresos y en la etiqueta de la bolsa coinciden con los del paciente (preguntándole). Comprueba también que el número de la unidad y el grupo que figuran en la documentación coinciden con los de la bolsa.



Prescripción electrónica para la transfusión de hemocomponentes



Dra. Consuelo Funes.
Hematóloga. Banco de sangre.

La práctica transfusional segura es de vital importancia y se basa en la administración del producto adecuado en el momento adecuado al paciente adecuado. Sin ir más lejos, la reacción hemolítica aguda por incompatibilidad ABO es potencialmente mortal y se produce habitualmente por errores administrativos, incorrecta comprobación de datos del paciente y/o de los hemoderivados, confusión en las muestras al no hacer la extracción a pie de cama, etc.

Para mejorar la seguridad se está poniendo en marcha la petición electrónica transfusional en nuestro Hospital. Ya iniciada la 5º centro del Pabellón General, la idea es ir extendiéndola paulatinamente al resto de las plantas de hospitalización, una vez comprobada la idoneidad de las infraestructuras y procedimientos y recursos implicados.

El procedimiento se lleva a cabo mediante petición a través de Selene, “una tablet” y un lector informático para los códigos de la pulsera hospitalaria y de la pulsera transfusional del paciente. La información pertinente es enviada al programa informático de Banco de Sangre (e-delphin) mediante conexión wi-fi. A fin de minimizar errores, la rotulación de la muestra y la comprobación de datos de las pulseras debe hacerse a pie de cama.

Además, cuando el facultativo realice la petición en el Selene, el programa le recordará la necesidad de contar con el consentimiento informado del paciente o su representante legal, para lo que existe un modelo acreditado ya disponible en Arrinet.

