

Salud Segura



Volumen 8, Número 1

1º trimestre
ENERO
MARZO

2020



NÚCLEO DE SEGURIDAD DEL ÁREA I MURCIA-OESTE



Edita:

Núcleo de Seguridad del Área I Murcia-Oeste
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
Ctra. Murcia-Cartagena, s/n. 30120 Murcia
Tel. 968920576 - 968369071
<http://www.murciasalud.es/saludsegura>
Arrinet: Áreas/Calidad/Seguridad del Paciente/Salud Segura

Comité editorial:

Carlos Albacete, Tomasa Alcaraz, M^oDolores Beteta, Antonia Ballesta, José Blanco, Cecilia Banacloche, Magina Blázquez, Mar Galindo, Beatriz Garrido, Julio López-Picazo, Juana M^a Marín, Virginia Pujalte, Soledad Sánchez, Pedro Soler, Inmaculada Vidal-Abarca.

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

EN ESTE NÚMERO:

- *Gracias, Pilar. Hola, Lola: Cambios en el Núcleo de Seguridad.*
Núcleo de seguridad.
- *¿La seguridad del paciente es calidad asistencial?*
Joaquín León.
- *Salvados por la campana el check-list quirúrgico*
Inmaculada Vidal-Abarca.
- *¿Sabes cómo activar una alerta por parada en la Arrixaca?*
Núcleo de seguridad.
- *Cultura de seguridad en las puertas de urgencia de la Arrixaca*
Julio López-Picazo, Antonia Martínez.

Gracias, Pilar. Hola, Lola: Cambios en el Núcleo de Seguridad

Núcleo de Seguridad.

¿DE QUÉ VA Y QUIEN ESTÁ EN EL NÚCLEO DE SEGURIDAD?

El Núcleo de Seguridad inició su actividad en 2012. Es una de las comisiones clínico-asistenciales del Área 1 Arrixaca que tiene como misión la mejora de la seguridad de los pacientes, fundamentalmente a través de identificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente, su análisis e implementación de acciones correctoras. Para ello:

- Realiza análisis cualitativos y cuantitativos de las notificaciones en SiNASP, tanto a modo individual como con datos agregados.
- Propone planes de mejora o planes de reducción de riesgo.
- Difunde información sobre el sistema a los profesionales del centro.
- Evalúa el funcionamiento del SiNASP y la aplicación de su protocolo



En los integrantes del Núcleo ha de haber al me-

nos cuatro gestores, un médico, un enfermero y un miembro del Equipo Directivo. Sin embargo, ya desde su inicio, ha contado con un mayor número de efectivos entre los que se cuentan profesionales de medicina, enfermería y farmacia de difetentes ambitos (intensivos, hospitalización,

urgencias, pediatría, atención primaria, consultas, medicina preventiva, atención al usuario o calidad asistencial, entre otros). A fecha de enero de 2020 somos 15 personas, cuyos nombres tienes más arriba, como comité editorial de esta revista.

CAMBIOS: UN HOLA Y UN ADIOS

Entre todas estas personas, el área de calidad de enfermería ha estado representada, desde el principio, por la que hasta 2019 fue su supervisora, Pilar Ferrer Bas, que recientemente ha sido reclamada para continuar su actividad en Servicios Centrales. Durante estos más de 2.500 días de trabajo en el Núcleo, Pilar ha gestionado de forma directa decenas de notificaciones en SiNASP, dirigido varios análisis de causa-raíz y sido parte vital de muchas intervenciones para mejorar la seguridad de los pacientes que atendemos. Por toda tu implicación, gran trabajo y dedicación, queremos darte públicamente las gracias.

¡Qué suerte han tenido en Habitamia!

Para sustituir a Pilar, desde el pasado mes de enero ocupa su lugar Lola Beteta, a quien damos la bienvenida. Su interés por el tema y su formación específica en seguridad del paciente serán claves para continuar con esta labor.

Cambios en el Núcleo de Seguridad.
A la izquierda, Pilar Ferrer. A la derecha, Lola Beteta.

¿La seguridad del paciente es calidad asistencial?

Joaquín León Molina
Enfermero documentalista. Geriatría.

La seguridad del paciente es una preocupación de los profesionales más antigua que la propia medicina y requiere de un aprendizaje continuo sobre la interacción de los diferentes componentes del sistema sanitario (3). El Juramento Hipocrático recoge ya los principios del buen hacer como sinónimo de calidad asistencial incluyendo la voluntad de “primum non nocere”, fundamento de la cultura de seguridad del paciente en las instituciones sanitarias. La bondad del desempeño médico está definida desde diferentes ángulos por la ética profesional médica, la calidad asistencial y la seguridad del paciente. La calidad asistencial englobaría la seguridad del paciente y la ética profesional médica, que implica un comportamiento profesional de excelencia (4).

Por otro lado, el término de calidad asistencial es muy amplio e incluye múltiples perspectivas y conceptos relacionados. En el corazón de la calidad de la asistencia nos encontramos con la seguridad (1, 2). Trataremos aquí de analizar la relación entre ambos conceptos.

habla de seguridad del paciente como una de las preocupaciones que los agentes del sistema consideran prioritarios para asegurar la calidad asistencial, y para conseguir una mayor eficiencia del desarrollo de su labor diaria (1).

Las dimensiones esenciales de la calidad asistencial son: efectividad, eficiencia, accesibilidad (oportunidad, equidad), atención centrada en el paciente y seguridad. La seguridad del paciente es el resultado de la interacción y el equilibrio permanente de múltiples actuaciones del sistema sanitario y de sus profesionales (8). Es una dimensión de la calidad cuya ausencia afectaría negativamente al resto de las dimensiones, un elemento vertebrador de las diferentes dimensiones de la calidad de los servicios sanitarios que, de forma transversal, interacciona recíprocamente con ellas y la hacen indistinguible de una asistencia sanitaria de calidad. La seguridad del paciente es la base sobre la que se construye el resto de dimensiones de la calidad (4).

Construir una cultura de seguridad requiere reconocer la seguridad del paciente como elemento de la calidad asistencial y, por tanto, integrado en la misión y objetivos de la organización, en sus indicadores y en la elaboración de proyectos y formas de trabajo. La gestión del riesgo es una de las cuatro dimensiones de la calidad asistencial, junto con la calidad científico-técnica, la utilización adecuada de recursos y la satisfacción del paciente. La correcta gestión del riesgo, además de mejorar la seguridad del paciente, reduce los costes y aumenta la calidad asistencial (6).

REVISIONES IDENTIFICADAS MÁS RECIENTES

- Una revisión (9) sobre la seguridad del paciente y la calidad de la atención proporciona una plataforma para la investigación futura so-



La seguridad asistencial surge de la interacción entre los componentes del sistema; no reside en una persona, un dispositivo o un departamento. Mejorar la seguridad depende de que se aprenda cómo emerge esta de las interacciones entre los componentes (4). En este sentido, la seguridad del paciente es un elemento articulador de las diferentes dimensiones de la calidad de los servicios sanitarios. La seguridad es la base sobre la que se construye el resto de dimensiones de la calidad. Su ausencia afectaría negativamente al resto de dimensiones y su mejora es una de las líneas estratégicas de actuación en el ámbito sanitario (5). Sin seguridad, no hay calidad. Así, el abordaje de la política específica de calidad asistencial a nivel del Sistema Nacional de Salud Español sitúa a la seguridad del paciente como uno de los elementos clave en la mejora de la calidad (2).

Construir una cultura de seguridad requiere reconocer la seguridad del paciente como un elemento de la calidad asistencial y por tanto integrada en la misión y objetivos de la organización, contemplándola en sus indicadores y en la elaboración de proyectos y formas de trabajo (7). En el ámbito profesional sanitario se

Bases de datos	Web of Science - PubMed
Términos de búsqueda	Calidad Asistencial (Quality of Care) & Seguridad del Paciente (Patient Safety)
Tipo de documento	Revisiones
Periodo analizado	2015 - 2019
Documentos identificados	91
Documentos Utilizados	14 (15%)

bre la denuncia de irregularidades en la atención médica, en un momento en que los responsables de formular políticas son cada vez más conscientes de su papel para garantizar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención.

- Un documento sobre Seguridad del paciente (5), calidad asistencial y ética profesional destaca que todas las estrategias de modernización deben tener como objetivo la mejora de la calidad asistencial. En ese contexto, un componente fundamental de la calidad lo constituye la seguridad del paciente.
- En una revisión sobre políticas y estrategias nacionales para mejorar la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente (10) se resalta la importancia de alinear políticas, organizaciones, métodos, capacidades y recursos para institucionalizar la mejora de la calidad y las prácticas de seguridad del paciente en los sistemas de salud.
- Los antecedentes de una revisión (11) sobre la ocurrencia, los tipos, las consecuencias y la prevención de los eventos adversos en el hospi-

tal son los eventos adversos y como estos afectan la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

- Los resultados de una revisión sobre la relación entre el agotamiento de los residentes y la calidad de la asistencia sanitaria relacionada con la seguridad y la aceptabilidad (12) sugieren una relación entre la seguridad del paciente y el agotamiento.
- En la introducción de un trabajo sobre avances en el apoyo a la decisión clínica (13) se comenta como dichos avances continúan evolucionando para apoyar los objetivos de los médicos, los responsables de formular políticas, los pacientes y las organizaciones profesionales para mejorar la práctica clínica, la seguridad del paciente y la calidad de la atención.
- Para los autores de una revisión sobre formación médica y evaluación de la capacitación basados en competencias (14), en última instancia, las modificaciones al plan de estudios o incluso el consenso para un estándar internacional, incluido un plan de estudios nacional de simulación estandarizado, pueden aumentar potencialmente la calidad y la eficiencia de la capacitación, lo que podría tener un impacto directo en la seguridad del paciente y la calidad de la atención.
- Una revisión sobre observación para la evaluación del desempeño clínico (15) concluye que las observaciones son útiles para mejorar la prestación de servicios de salud a través de la identificación de fallos y debilidades clínicas que afectan la calidad y la seguridad: las observaciones de información integrales, sutiles y sensibles proporcionadas pueden complementar los métodos tradicionales de evaluación de la calidad e informar intervenciones específicas para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención.
- Una revisión sobre diagnóstico de enfermería y riesgo de sangrado como indicador de calidad de la atención para la seguridad del paciente

(16) concluye que la implementación del indicador de calidad asistencial asociado al diagnóstico de enfermería mejoró el proceso de comunicación, la monitorización y el cuidado de enfermería a pacientes con riesgo de sangrado.

- Una revisión sobre interacciones enfermera-tecnología y seguridad del paciente (17) concluye que las enfermeras son las usuarias finales de la mayoría de la tecnología en las unidades de cuidados intensivos, y las formas en que interactúan con la tecnología afectan la calidad de la atención y la seguridad del paciente.
- Una revisión sobre el efecto del empoderamiento estructural de las enfermeras sobre los resultados de calidad en los hospitales (18) concluye que las enfermeras que tienen acceso a estructuras de empoderamiento afectan positivamente los resultados de calidad, es decir calidad, efectividad, seguridad, eficiencia y centrado en el paciente de la atención al paciente en los hospitales.
- Una revisión sobre estructura de atención de enfermería preoperatoria (19) concluye que una enfermera preoperatoria es un coordinador especializado de atención al paciente, y los propósitos principales de este rol son satisfacer las necesidades del paciente y de la familia individualmente y prepararlos para el procedimiento programado y la recuperación postoperatoria. La enfermería preoperatoria puede impactar positivamente la satisfacción del paciente y el proveedor, la seguridad del paciente, la calidad de la atención y el ahorro de costos.
- Otras revisiones estudian la gestión de recursos humanos basada en competencias en enfermería (20) y las características del entorno de trabajo de las enfermeras del hospital y resultados de seguridad del paciente (21).

COMENTARIOS Y FRASES REVELADORAS DE LA BIBLIOGRAFÍA

La seguridad del paciente, basada en el principio de ante todo no dañar, es la dimensión más importante de la calidad asistencial, pero nunca un objetivo último, sino un **vehículo para obtener la calidad** (6).

La ética médica, la calidad asistencial y la seguridad del paciente en la práctica cotidiana **son como el caldo para hacer la paella: no se ven, se intuyen; pero son piezas clave de la excelencia** (4).

No puede haber calidad asistencial ni cultura de seguridad del paciente sin que los profesionales actúen bajo una **ética médica responsable** (4).

La Seguridad del Paciente es un espacio común de trabajo para gestores, profesionales y pacientes. **Algo que además de preocuparnos, nos debe de ocupar. Es un síntoma de dos síndromes: el síndrome de la calidad y el síndrome de la responsabilidad profesional** (8).

Hacer buena medicina basada en la formación, los conocimientos y principios éticos y legales **implica añadir a la práctica clínica elementos de gestión clínica, calidad y seguridad asistencial** (6).

ALGUNAS CONTROVERSIAS

La relación entre actuaciones dirigidas a la calidad en general y la seguridad del paciente en particular no siempre es nítida. La búsqueda de la calidad supone acciones de mejora orientadas a elevar el nivel de la atención; la seguridad, por contra, incluiría todas las actuaciones dirigidas a garantizar el suelo o la base de la actividad asistencial (8).

Una revisión identificó muchas relaciones no significativas e inconsistentes entre seguridad del paciente y calidad de la atención (22).

CONCLUSIÓN

La seguridad del paciente es un componente importante de la calidad asistencial: **sin seguridad no hay calidad. Es una base necesaria para la calidad. Sin embargo, la seguridad por sí sola no garantiza dinámicas de mejora continua que nos acerquen a la excelencia.** Para ello es necesario recurrir al resto de dimensiones de la calidad asistencial, como son la efectividad, la eficiencia, la atención centrada en el paciente y la accesibilidad.

ENLACES DE INTERÉS

- Agency for Healthcare Research & Quality: (<http://www.ahrq.gov/>)
- Asociación Española de Gestión de Riesgos Sanitarios: (<http://www.aegris.org/>)
- European Union Network for Patient Safety and Quality of Care. (<http://www.pasq.eu/>)
- Fundación Avedis Donabedian: <http://www.fadq.org/>)
- National Patient Safety Agency: (<http://www.npsa.nhs.uk/>)
- Observatorio para la seguridad del paciente de la Junta de Andalucía: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud: (<http://www.who.int/patientsafety/es/>)
- Plan de calidad para el SNS Del Ministerio de Sanidad: (<https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pncalidad.htm>)
- Seguridad del paciente del MSSSI <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/presentacion/>
- Sociedad Española de Calidad Asistencial: (<http://www.calidadasistencial.es/>)
- The Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organisations. (<http://www.jointcommission.org/>)

BIBLIOGRAFÍA

1. Salud SCD. Calidad y Seguridad del Paciente 2019 [visitado 02/02/2019]. Accesible en: <http://www.scsalud.es/calidad-y-seguridad-del-paciente>.
2. Aranaz JM, Moya C. [Patient safety and health care quality]. Rev Calid Asist. 2011; 26(6): 331-2. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22033385>
3. Discapacidad BSldyl. Seguridad del paciente, clave en la calidad asistencial 2019 [visitado 04/12/2019]. Accesible en: https://www.balancesociosanitario.com/Seguridad-del-paciente-clave-en-la-calidad-asistencial_a4927.html.
4. Astier Peña MP, Maderuelo Fernandez JA. Calidad asistencial y seguridad del paciente desde la perspectiva de la ética médica. In: Titulo de Expro Medico en etica medica [Internet]. Accesible en: https://www.ffomc.org/CursosCampus/Experto_Etica_Medica/U16_CALIDAD%20ASISTENCIAL%20Y%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE.pdf.
5. Romero MP, González RB, Calvo MSR, et al. A segurança do paciente, qualidade do atendimento e ética dos sistemas de saúde. Revista Bioética. 2018; 26(3): 333-42. Accesible en: <Go to ISI>://SCIELO:S1983-80422018000300333
6. Escobar Pérez B, Lobo López MM, Sala Turrens J. Calidad asistencial, seguridad del paciente e ineficiencia: estudio de campo en un hospital de primer nivel. Revista del Instituto Internacional de Costos. 2009; 2009(5). Accesible en: <http://hdl.handle.net/11441/34780>
7. Muiño Miguez A, Jiménez Muñoz AB, Pinilla Llorente B, et al. [Patient safety and quality of care]. Rev Clin Esp. 2007; 207(9): 456-7. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17915168>.
8. Igualdad MdSSSe. Calidad asistencial y seguridad del paciente. Conceptos esenciales. 2019. In: Seguridad del paciente y prevención de Eventos Adversos relacionados con la asistencia sanitaria [Internet]. Accesible en: <https://cursos.seguridadelpaciente.es/courses/cur002/01/01-contenidos.pdf>.
9. Blenkinsopp J, Snowden N, Mannion R, et al. Whistleblowing over patient safety and care quality: a review of the literature. J Health Organ Manag. 2019; 33(6): 737-56. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31625824>
10. El-Jardali F, Fadlallah R. A review of national policies and strategies to improve quality of health care and patient safety: a case study from Lebanon and Jordan. BMC Health Serv Res. 2017; 17(1): 568. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28814341>
11. Schwendimann R, Blatter C, Dhaini S, et al. The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events - a scoping review. BMC Health Serv Res. 2018; 18(1): 521. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29973258>
12. Dewa CS, Loong D, Bonato S, et al. The relationship between resident burnout and safety-related and acceptability-related quality of healthcare: a systematic literature review. BMC Med Educ. 2017; 17(1): 195. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29121895>
13. Jenders RA. Advances in Clinical Decision Support: Highlights of Practice and the Literature 2015-2016. Yearb Med Inform. 2017; 26(1): 125-32. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29063552>
14. Garofalo M, Aggarwal R. Competency-Based Medical Education and Assessment of Training: Review of Selected National Obstetrics and Gynaecology Curricula. J Obstet Gynaecol Can. 2017; 39(7): 534-44.e1. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28532631>
15. Yanes AF, McElroy LM, Abecassis ZA, et al. Observation for assessment of clinician performance: a narrative review. BMJ Qual Saf. 2016; 25(1): 46-55. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26424762>
16. Lucena AF, Laurent M, Reich R, et al. Nursing diagnosis risk for bleeding as an indicator of quality of care for patient safety. Diagnostico de enfermagem risco de sangramento como indicador de qualidade assistencial a segurança de pacientes. Rev Gaucha Enferm. 2019; 40(spe): e20180322. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31038603>
17. Ruppel H, Funk M. Nurse-Technology Interactions and Patient Safety. Crit Care Nurs Clin North Am. 2018; 30(2): 203-13. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29724439>
18. Goedhart NS, van Oostveen CJ, Vermeulen H. The effect of structural empowerment of nurses on quality outcomes in hospitals: a scoping review. J Nurs Manag. 2017; 25(3): 194-206. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28078745>
19. Turunen E, Miettinen M, Setälä L, et al. An integrative review of a preoperative nursing care structure. J Clin Nurs. 2017; 26(7-8): 915-30. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27325370>
20. Gunawan J, Aunguroch Y, Fisher ML. Competence-based human resource management in nursing: A literature review. Nurs Forum. 2019; 54(1): 91-101. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30380154>
21. Lee SE, Scott LD. Hospital Nurses' Work Environment Characteristics and Patient Safety Outcomes: A Literature Review. West J Nurs Res. 2018; 40(1): 121-45. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27586440>
22. Lee SE, Scott LD, Dahinten VS, et al. Safety Culture, Patient Safety, and Quality of Care Outcomes: A Literature Review. West J Nurs Res. 2019; 41(2): 279-304. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29243563>
23. La Regina M, Guarneri F, Romano E, et al. What Quality and Safety of Care for Patients Admitted to Clinically Inappropriate Wards: a Systematic Review. J Gen Intern Med. 2019; 34(7): 1314-21. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31011980>

Salvados por la campaña el check-list quirúrgico.

Inmaculada Vidal-Abarca.
Médico de la Unidad de Calidad Asistencial.

Una de las incidencias de seguridad notificadas el año 2019 en SiNASP confirmó lo que ya sabíamos:

“Usar bien el check-list en toda cirugía reduce la incidencia de eventos adversos que ponen en riesgo la vida de los pacientes. Se evitan así complicaciones y muertes”.

En el caso que nos ocupa el uso correcto del check-list ha servido para evitar un error en el sitio de intervención. Antes de la inducción de la anestesia (primera fase del check-list), se detectó un fallo: se iba a realizar una lobectomía a un paciente con cáncer de pulmón, en cuyo parte quirúrgico se había indicado realizarla en el pulmón equivocado. Sin embargo, en la solicitud de intervención programa (inclusión en la lista de espera) la lateralidad estaba bien indicada. **La aplicación correcta del LVQ evitó que se produjese un daño irreparable al paciente al intervenir el pulmón sano por error.**

Como ya sabéis el uso del check-list o lista de verificación quirúrgica (LVQ), es una medida sencilla propuesta en el año 2009 por la OMS, dentro del programa “CIRUGIA SEGURA SALVA VIDAS”. Esta medida

no ocupa más que unos pocos minutos y ha demostrado reducir significativamente, la tasa de complicaciones, de mortalidad y de infección de la herida quirúrgica.

Desde la Unidad de Calidad Asistencial se está monitorizando el uso correcto de la LVQ en la actividad quirúrgica programada y urgente desde hace años. En el último corte, correspondiente al cuarto trimestre del 2019, se ha observado una franca mejoría en la cumplimentación: se ha usado de forma correcta la LVQ en el 84% de las cirugías en lugar del 69% observado en el año 2018. Sin embargo, el uso es mucho más habitual en las intervenciones programadas que en las urgentes: 96% en cirugía con ingreso (94% en el 2018) frente al 55% de uso en cirugía urgente (32% en el 2018).

A pesar de estos buenos datos, y aun notándose mejoría en 2019, lo cierto es que, en el último trimestre del 2019, a 650 pacientes de nuestro hospital se les ha operado sin aplicar la LVQ, especialmente si la cirugía ha sido urgente. Aún existe pues un amplia capacidad de mejora. Por eso, desde el núcleo de seguridad y la OMS os queremos recordar que **el check-list debe hacerse SIEMPRE y SIN EXCUSAS en TODAS las intervenciones.**



**Evita muertes y complicaciones. No pases y actúa:
¡Ni una cirugía más sin Check-List!**

¿Sabes cómo activar una alerta por parada en la Arrixaca?

Núcleo de Seguridad

En la Arrixaca contamos, desde el año pasado con un sistema de alerta ante una parada cardiorrespiratoria (PCR) basado en la difusión del mensaje mediante el sistema de telefonía y los "buscas". Tienes el texto completo disponible en Arrinet/Calidad/Diseño/Procedimientos y manuales clínicos/.

El sistema de alerta por PCR consiste en marcar, desde un teléfono del hospital fijo o busca, el número:

- **2211** (bloque hospital general),
- **2212** (maternal),
- **2213** (infantil),
- **2214** (hospital de día)
- **2215** (otras localizaciones).

No contestará nadie: una locución te invitará a decir el lugar exacto de la PCR tras oír una señal (pitido). **Lo único que hay que hacer es esperar al pitido, decir alto y claro el lugar de la parada, colgar sin esperar respuesta, y continuar ayudando en el soporte vital del enfermo.** El sistema se encargará de avisar a su vez a los profesionales que han de acudir para el soporte avanzado y traslado del paciente.

¿QUÉ TAL HACEMOS ESTO EN LA ARRIXACA?

Sin embargo, últimamente hemos estado teniendo problemas en la recepción del mensaje y su posterior transmisión. Unas veces porque simplemente llamamos sin una parada real ("a ver qué pasa") sin avisar antes a los receptores, lo que genera falsas activaciones. Otras, porque no esperamos al pitido o queremos hablar con una persona para estar seguros de que el mensaje se recibe. En estos casos los compañeros que reciben la alerta no saben donde acudir.

Por eso, recuerda:

- No hagas simulacros por tu cuenta. El área de calidad de enfermería los tiene programados para este año en todas las unidades.
- No esperes hablar con nadie. El sistema es automático y dirigirá tu llamada al personal idóneo para ayudarte según donde estés.
- Espera al pitido. Después indica claramente dónde está el enfermo, y cuelga.

Por si os sirve de ayuda, hemos elaborado unos carteles que, colocados cerca de los teléfonos de la Unidad donde trabajas, pueden servir de ayuda a la persona que activa este sistema de alerta. Si no lo tienes ya, imprime el de tu lugar de trabajo.

Uso correcto del Teléfono de Parada desde el Hospital General:



1. **Marcar** el **2211**
2. **Escuchar** el siguiente **mensaje**:
*"Alerta parada hospital general.
Indique planta y cama"*
3. **Oír** un **pitido**.
4. **Hablar**. Ahora es el momento de hablar. Si lo haces antes del pitido, tu mensaje no se grabará correctamente.
5. **Colgar** el teléfono **sin esperar respuesta**.
6. **Ayudar** en la reanimación del paciente.

Uso correcto del Teléfono de Parada desde el Hospital Maternal:



1. **Marcar** el **2212**
2. **Escuchar** el siguiente **mensaje**:
*"Alerta parada hospital maternal.
Indique planta y cama"*
3. **Oír** un **pitido**.
4. **Hablar**. Ahora es el momento de hablar. Si lo haces antes del pitido, tu mensaje no se grabará correctamente.
5. **Colgar** el teléfono **sin esperar respuesta**.
6. **Ayudar** en la reanimación del paciente.

Uso correcto del Teléfono de Parada desde el Hospital Infantil:



1. **Marcar** el **2213**
2. **Escuchar** el siguiente **mensaje**:
*"Alerta parada hospital infantil.
Indique planta y cama"*
3. **Oír** un **pitido**.
4. **Hablar**. Ahora es el momento de hablar. Si lo haces antes del pitido, tu mensaje no se grabará correctamente.
5. **Colgar** el teléfono **sin esperar respuesta**.
6. **Ayudar** en la reanimación del paciente.

Uso correcto del Teléfono de Parada desde el Hospital de Día:



1. **Marcar** el **2214**
2. **Escuchar** el siguiente **mensaje**:
*"Alerta parada: Indique **lugar exacto** (zona, planta, consulta o habitación)"*
3. **Oír** un **pitido**.
4. **Hablar**. Ahora es el momento de hablar. Si lo haces antes del pitido, tu mensaje no se grabará correctamente.
5. **Colgar** el teléfono **sin esperar respuesta**.
6. **Ayudar** en la reanimación del paciente.

Uso correcto del Teléfono de Parada desde otras zonas (Policlínico...):



1. **Marcar** el **2215**
2. **Escuchar** el siguiente **mensaje**:
*"Alerta parada: Indique **lugar exacto** (zona, planta, consulta o habitación)"*
3. **Oír** un **pitido**.
4. **Hablar**. Ahora es el momento de hablar. Si lo haces antes del pitido, tu mensaje no se grabará correctamente.
5. **Colgar** el teléfono **sin esperar respuesta**.
6. **Ayudar** en la reanimación del paciente.

Cultura de seguridad en las puertas de urgencia de la Arrixaca

Julio López-Picazo Ferrer
 Antonia Martínez Muñoz
 Unidad de Calidad Asistencial

PORQUÉ, CÓMO, CUÁNDO Y DÓNDE MEDIMOS CULTURA DE SEGURIDAD

La existencia de una adecuada cultura de seguridad en los profesionales es uno de los rasgos críticos para avanzar en la seguridad del paciente en una organización. Es esencial para minimizar errores y efectos adversos, y su medición necesaria para diseñar actividades que la mejoren. Por eso la Unidad de Calidad Asistencial (UCA) lo hace cada año desde 2012, en toda la Arrixaca o en áreas determinadas (en [Arrinet/Calidad/Seguridad del paciente/Cultura de seguridad/](#) puedes encontrar más información).

El instrumento de medida y de recogida de la información que utilizamos sirve para identificar los aspectos en que habría que incidir para mejorar la cultura de seguridad, y poder monitorizar su evolución. Se trata de una herramienta válida y fiable, que adapta al contexto español la encuesta original de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos. Proporciona información sobre la percepción de 12 dimensiones de la cultura de seguridad, que hace posible describir el clima de seguridad e identificar sus fortalezas y debilidades,

En esta ocasión dirigimos la encuesta a los profesionales sanitarios fijos, interinos, sustitutos o eventuales que trabajan o reciben formación como residentes durante mayo de 2019 en las puertas de Urgencia del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, adscrita al Servicio Murciano

		Media	Mediana	Desviación	%≥8
Puerta	Urgencias Infantil	7,5	8,0	1,37	53%
	Urgencias General	6,8	7,0	1,74	33%
Profesión	Auxiliar de Enfermería	5,8	7,0	1,86	11%
	Residente	6,3	6,5	1,92	62%
	Enfermera (plantilla)	7,3	7,0	1,37	19%
	Médico (plantilla)	7,5	8,0	1,45	30%
Sexo	Hombre	7,1	7,0	1,62	36%
	Mujer	6,9	7,0	1,72	38%
Edad	≤ 50 años	7,1	7,0	1,57	42%
	> 50 años	6,7	7,0	1,87	31%
GLOBAL		7,0	7,0	1,68	38%

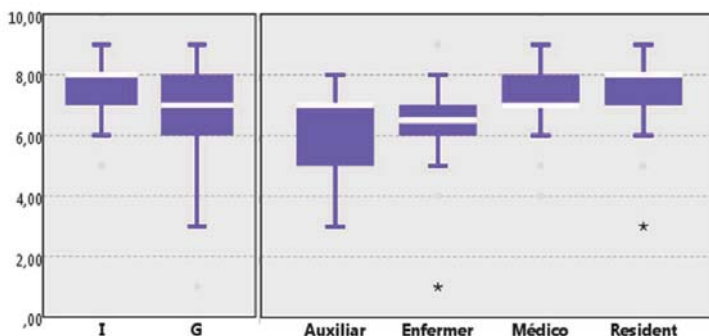


Figura 1. Percepción del clima de seguridad en urgencias en una escala de 0 a 10. %>8: proporción de puntuaciones excelentes (8 ó más puntos). I: puerta de urgencias de infantil; G: ídem del general.

de Salud. Según datos facilitados por su Subdirección de Recursos Humanos, suman un total de 603 personas. La encuesta se ha realizado de forma telefónica durante septiembre de 2019, hasta alcanzar una muestra de 100 profesionales. Para conseguirlo, se intentó contactar con

219 profesionales, lográndose en 123 ocasiones (56,2%). La tasa de respuesta tras el contacto es elevada (80,5%), lo que arroja una tasa de respuesta global del 45,2%, sin diferencias por puerta de urgencias, edad, género ni categoría profesional.

RESULTADOS PRINCIPALES ¿QUÉ APRENDIMOS CON ESTA ENCUESTA?

PERCEPCIÓN DEL CLIMA DE SEGURIDAD EN URGENCIAS

Fue de 7,0 puntos sobre 10. Aunque parece alta, es inferior a mediciones de años anteriores en otros ámbitos del hospital. **Auxiliares y residentes ofrecen menor puntuación** (Fig. 1).

FORTALEZAS Y DEBILIDADES EN CULTURA DE SEGURIDAD

Para priorizar acciones de mejora podemos clasificar las 12 dimensiones medidas sobre cultura de seguridad en 4 grupos, según representen fortalezas, debilidades o valores intermedios. Esto nos sirve para representar una matriz (Fig. 2) que visualiza gráficamente la situación de cada una de ellas (mejor cuanto más arriba y a la izquierda se sitúe). Las diferencias entre la puerta de infantil y la del general se resumen en la Fig. 3.

Dimensiones. Fortalezas y puntos fuertes

- Al igual que en otros ámbitos del hospital, **el trabajo en equipo es una fortaleza**. En Urgencias Infantil, el “aprendizaje organizacional y la mejora continua” representa también un punto fuerte.
- Médicos y auxiliares, además, tienen como fortaleza las “expectativas y acciones del jefe/supervisor de la unidad/servicio que favorecen la seguridad”. En éstas últimas, el “aprendizaje organizacional mejora continua” es también un punto fuerte.

Dimensiones. Debilidades y áreas de mejora

- La **dotación de personal** es la dimensión peor percibida, suponiendo una debilidad para todos los estratos. El “apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente” es también una clara área de mejora. En

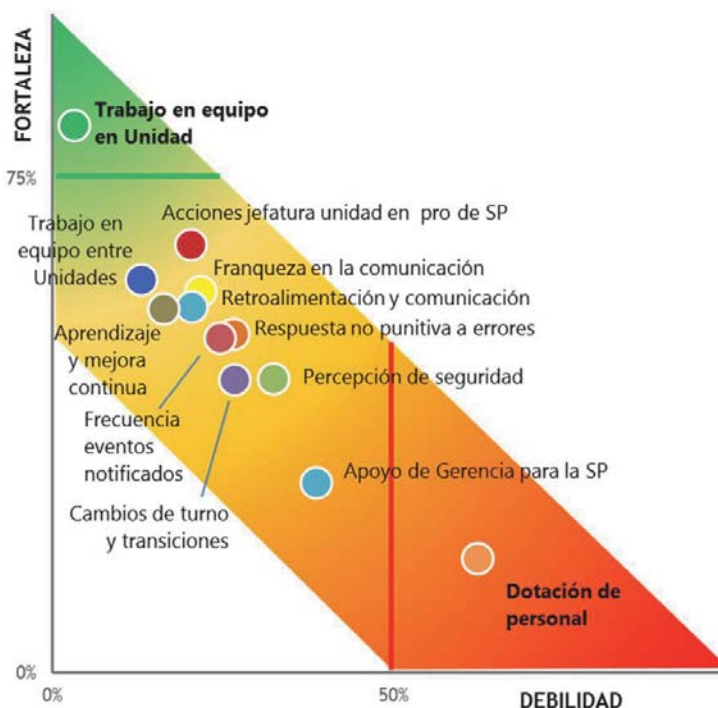


Figura 2. Fortalezas y debilidades en cultura de seguridad en urgencias. Matriz de priorización donde las dimensiones evaluadas se sitúan en diferentes posiciones según los resultados de la encuesta, mejor cuanto más arriba y a la izquierda

urgencias del general, también lo es la percepción de seguridad.

- En los residentes se detectan más áreas de mejora que en el resto de profesionales. Destacan aquí las “expectativas y acciones del jefe que favorecen la seguridad”, con datos muy diferentes al resto de profesionales, en especial los médicos, y que pueden comprometer la seguridad.

		URGENCIAS GENERAL		URGENCIAS INFANTIL	
		Respuestas negativas	Respuestas positivas	Respuestas negativas	Respuestas positivas
D01	Frecuencia de eventos notificados	27%	48%	29%	65%
D02	Percepción de seguridad	33%	43%	30%	50%
D03	Expectativas y acciones del jefe/supervisor de la unidad/servicio que favorecen la seguridad	22%	64%	16%	66%
D04	Aprendizaje organizacional mejora continua	17%	52%	9%	69%
D05	Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio	3%	81%	5%	89%
D06	Franqueza en la comunicación	23%	56%	18%	62%
D07	Retroalimentación y comunicación	22%	52%	6%	66%
D08	Respuesta no punitiva	25%	50%	24%	53%
D09	Dotación de personal	64%	20%	59%	7%
D10	Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente	36%	29%	47%	28%
D11	Trabajo en equipo entre unidades/servicios	23%	48%	11%	66%
D12	Problemas en cambios de turno y transición entre servicios	30%	45%	18%	36%

Figura 3. Fortalezas y debilidades en cultura de seguridad en urgencias. Resultados según la puerta.

Ítems. Puntos fuertes y áreas de mejora

Se han detectado puntos fuertes y áreas de mejora en nuestra cultura de seguridad, que resumimos en la Fig. 4. Estos están desigualmente distribuidos en los diferentes estratos contemplados en el estudio (para saber más, ver informe completo en Arrinet).

PUNTOS FUERTES	ÁREAS DE MEJORA
<ul style="list-style-type: none"> • El personal no teme preguntar sobre lo que parece hecho de forma incorrecta • En esta unidad nos tratamos todos con respeto • Cuando alguien está sobrecargado, encuentra ayuda en los compañeros • El personal se apoya mutuamente • Cuando hay mucho trabajo, colaboran todos como equipo para terminarlo • El jefe no pasa por alto los problemas de SP que ocurren habitualmente. • Cuando se detecta un fallo se ponen medidas para que no ocurra de nuevo • No suele ser incómodo tener que trabajar con personal de otras unidades • El jefe tiene en cuenta las sugerencias del personal para mejorar la SP • Si se ve algo que puede afectar a la SP, se habla de ello con total libertad • El jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la SP • Si compañeros o jefes se enteran de un error, no se utiliza en contra de quien lo cometió. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se trabaja bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa • A veces, no se da la mejor atención porque la jornada laboral es agotadora • Las unidades tienen problemas para trabajar de forma coordinada para dar la mejor atención • La gerencia sólo parece interesarse por SP cuando ya ha ocurrido algo • No hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo • En los cambios de turno se pierde información importante del paciente • Se aumenta el ritmo de trabajo si es necesario, aunque implique sacrificar la SP • Si aumenta la presión, el jefe quiere <u>mas rápido</u>, aunque se ponga en riesgo la SP • No se producen más fallos por casualidad

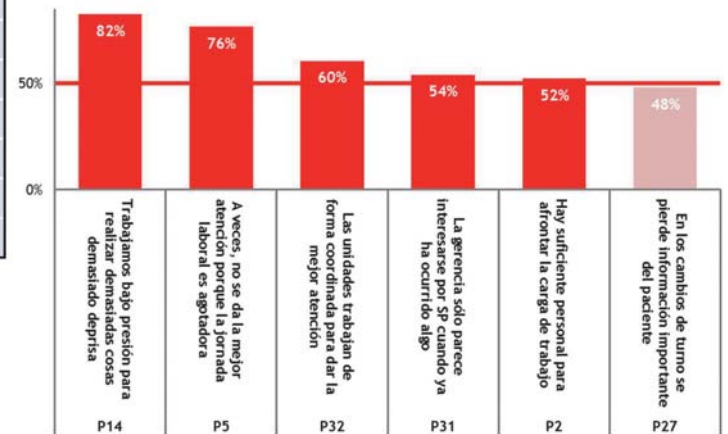


Figura 4. Puntos fuertes y áreas de mejora en cultura de seguridad en urgencias. En el gráfico se representan éstas últimas.

Y AHORA, ¿QUÉ?

- 1 Deben fijarse de nuevo objetivos y metas anuales explícitas en SP e incorporar su análisis sistemático en las comisiones de seguridad, a fin de generar dinámicas de mejora.
- 2 Debe insistirse en las medidas para mejorar la cultura de seguridad, como por ejemplo la realización periódica de rondas de seguridad y el fomento en el uso de SINASP.
- 3 Bajo el liderazgo del equipo directivo, debe impulsarse más la cultura de seguridad, emprendiendo acciones proactivas y no sólo reactivas.
- 4 Debe fomentarse la elaboración de procesos y procedimientos asistenciales que impliquen a diferentes unidades y servicios. En éstas, la atención a la seguridad ha de ser constante y explícita.

Puedes consultar el informe detallado en:

[Arrinet/Calidad/Seguridad del paciente/Cultura de seguridad/.](#)

La cultura es un saber del que no tiene uno que acordarse. Fluye espontáneamente.

Diógenes
Filósofo griego (412-323 AC)

