

CONSTITUCIÓN DE LAS UNIDADES FUNCIONALES DE GESTIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS (UFGRC) EN EL SESCAM

MAYO 2013

INDICE

INTRODUCCION	pag. 2
OBJETIVOS DE LAS UNIDADES FUNCIONALES	pag. 4
ESTRUCTURA DE LAS UNIDADES	pag. 7
MÉTODO DE ACTUACIÓN	pag. 8
ANEXO I. LVSQ	pag. 10
ANEXO II. HIGIENE DE MANOS. 5 MOMENTOS OMS	pag. 11
ANEXO III. REGISTROS DE UPP Y CAÍDAS	pag. 12
ANEXO IV. CUADRO DE INDICADORES	pag. 18
ANEXO V. HERRAMIENTAS DE GESTIÓN DE RIESGOS	pag. 20
ANEXO VI. MODELO DE INFORME DE ANALISIS. UFGRC	pag. 36
ANEXO VII. MODELO DE REGLAMENTO INTERNO	pag. 37

CONSTITUCIÓN DE LAS UNIDADES FUNCIONALES DE GESTIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS

INTRODUCCIÓN

La actividad sanitaria por su complejidad y especiales características puede entrañar un riesgo porque existen elementos que pueden facilitar que se presenten sucesos no deseados con consecuencias adversas para los pacientes.

La experiencia demuestra que los efectos adversos afectan y afectarán al sistema sanitario a pesar de la dedicación y el buen hacer de los profesionales. Algunos de estos sucesos están asociados a la incertidumbre de la decisión clínica, a la introducción creciente de nuevas tecnologías y a la mayor utilización de los servicios sanitarios por la población.

La seguridad del paciente alude a uno de los aspectos considerados clave en la asistencia sanitaria: la calidad de cuidados y la seguridad clínica de las intervenciones sanitarias. La seguridad siempre ha estado presente entre los profesionales de la salud, pero actualmente ha trascendido del ámbito profesional para ser objeto de debate social, con creciente impacto mediático de los errores en el ámbito sanitario. En un estudio realizado en 2010 en pacientes atendidos en varios hospitales de nuestro Sistema Nacional de Salud, más de un 60% refieren visto u oído recientemente noticias sobre errores clínicos en prensa, radio o televisión. Algunas de estas noticias han generado gran impacto social (p.e. caso Ryan: fallecimiento de recién nacido tras la administración de una solución enteral por vía intravenosa).

Por otra parte, necesitamos también destacar que el impacto de estos eventos en el profesional de la salud ha adquirido poca relevancia en el debate público. No obstante, las investigaciones posteriores a la ocurrencia de eventos adversos demuestran que éstos dejan un efecto personal y profesional devastador en el personal involucrado. Por tanto, teniendo presentes las consecuencias devastadoras de estos eventos no sólo sobre el paciente, sino también sobre los profesionales como segundas víctimas y sobre la propia institución, a la que se le puede considerar, incluso, una tercera víctima, la seguridad del paciente debe tener un lugar prioritario en las estrategias sanitarias.

En el marco de la gestión de calidad, la seguridad del paciente constituye hoy en día, según todo lo expuesto, una de las dimensiones más relevantes y supone una prioridad en la asistencia sanitaria dentro del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Una asistencia que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia total de eventos adversos.

La relevancia de la seguridad del paciente en el SESCAM, situando al paciente en el centro de la política sanitaria, incide en aspectos esenciales tales como la instauración de buenas prácticas que disminuyan la probabilidad de aparición de eventos adversos, el fomento de la cultura de la seguridad del paciente entre los pacientes y entre los profesionales, la formación en la detección de errores, su registro sistemático y la generación de conocimiento útil y aprendizaje a partir del análisis de las causas, por parte de los profesionales, para prevenir errores procurando así una atención sanitaria más segura.

Por todo ello, se hace necesario profundizar en la estrategia ya planificada y proponer medidas organizativas que permitan un mayor conocimiento e identificación de los riesgos, una evaluación de los mismos y una aplicación de actuaciones para prevenir su aparición en sucesivas ocasiones, tratarlos y eliminarlos y, si no es posible esto último, minimizar sus consecuencias negativas tanto para el paciente, como para los profesionales y la propia organización sanitaria.

En este marco se propone la creación y desarrollo de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Clínicos (UFGRC), como organización funcional que vele por la seguridad del paciente y aporte conocimiento y propuestas para la mejora continua de la atención sanitaria. Estas UFGRC se crearán en cada una de las gerencias del SESCAM, tanto las Gerencias de Atención Integrada, como las Gerencias de los Complejos Hospitalarios de Albacete y Toledo, así como las Gerencias de Atención Primaria, también de Albacete y Toledo.

OBJETIVOS DE LAS UNIDADES FUNCIONALES

Los **objetivos** de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Clínicos son:

- Implementar las líneas estratégicas de la institución en seguridad del paciente:
 - Analizar la situación relativa a la seguridad del paciente.
 - Mejorar el conocimiento sobre seguridad del paciente.
 - Definir los recursos propios de seguridad del paciente.
 - Elaborar, desplegar y gestionar un plan de acciones en seguridad del paciente.
 - Promover la implantación de prácticas clínicas seguras, para su aplicación de forma homogénea y coordinada.
 - Fomentar la cultura de la seguridad del paciente entre profesionales y usuarios.
 - Recoger información sobre la aparición y magnitud de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente, fomentar su notificación, analizarlos y proponer acciones de mejora.

- Identificar, analizar y tratar los riesgos relacionados con la seguridad del paciente.

- Promover el cumplimiento de los objetivos anuales de seguridad del paciente:
 - Activación del Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente (SiNASP)
 - Implantación del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica (LVSQ) (Anexo I)
 - Mantenimiento de los proyectos de seguridad en las UCI's: Bacteriemia Zero y Neumonía Zero, y su seguimiento a través del sistema de registro ENVIN-HELICS (Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en UCI).
 - Prevención y Seguimiento de la Infección de la Herida Quirúrgica.
 - Seguridad en el uso de medicamentos. Promover las actuaciones que disminuyan la aparición de eventos adversos con motivo de las interacciones medicamentosas, o por la aparición de alergias medicamentosas, detectando eventos adversos de manera general y en concreto en las situaciones de riesgo por

medicamentos en el embarazo o relacionados con la edad, evitar errores en la dosificación por el conocimiento de las dosis máximas, tratar de mejorar la conciliación de la medicación, protocolizar el uso de medicamentos de alto riesgo, mejorar la situación de botiquines de urgencia y carros de parada,...

- Activación del programa de Higiene de Manos, siguiendo las guías de la estrategia multimodal de la OMS, a través de las indicaciones de higiene de manos en los cinco momentos (Anexo II) tanto para el ámbito hospitalario como para el ámbito ambulatorio.
 - Seguridad en los cuidados de enfermería: implantación de los procesos de prevención y tratamiento de las Úlceras Por Presión (UPP) y de las caídas, con sus correspondientes registros (Anexo III) que permitan la evaluación de los mismos.
 - Especialmente importante es la implantación de Prácticas Seguras Clínicas de eficacia demostrada, como recoge el primer conjunto de Prácticas Clínicas Seguras (WP5) que está siendo motivo de trabajo por la European Union Network for Patient Safety and Quality of Care (PaSQ), aunque hayan aparecido mencionadas con anterioridad, indicamos aquí las tres que están siendo motivo de difusión por PaSQ para el año 2013:
 - Conciliación de Medicación
 - Intervención multimodal para aumentar el cumplimiento de la higiene de las manos
 - Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica
- Evaluar internamente las acciones desarrolladas mediante indicadores específicos. Los indicadores que planteamos recoger son los que han sido consensuados por el Comité Técnico Asesor de Seguridad del Paciente del SNS. El cuadro de recogida de estos indicadores se presenta en el Anexo IV. Se dispone de la ficha individualizada de cada uno de estos indicadores que ponemos a disposición de la UFGRC. Son los siguientes:
- Sistema de Notificación y Aprendizaje de Incidentes relacionados con la SP (Sí/No)
 - Protocolo de Identificación de Pacientes (Sí/No)
 - Aplicación del proceso de Prevención y Tratamiento de Úlceras Por Presión (UPP); (Sí/No)
 - Aplicación del proceso de Prevención y Tratamiento de Caídas (Sí/No)
 - Sistema de medición de prevalencia de Infecciones Relacionadas con la Atención Sanitaria (IRAS); (Sí/No)

- Sistema prospectivo de medición de IRAS (Sí/No)
 - Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica (LVSQ) implantado (Sí/No)
 - Protocolo para medicamentos de alto riesgo (Sí/No)
 - Protocolo de conciliación de la medicación (Sí/No)
 - Aplicación del cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos en los Hospitales (Sí/No)
 - Plan de acción de Higiene de Manos (Sí/No)
 - % de camas con Preparados de Base Alcohólica (PBA) en la habitación
 - % Centros de Atención Primaria con PBA en envases de bolsillo para la atención domiciliaria
 - Nº de actividades formativas de Higiene de Manos en Hospital
 - Nº de Centros de Atención Primaria con actividades formativas de Higiene de Manos
 - % de camas con PBA en el punto de atención
 - Observación del cumplimiento de los 5 momentos de la Higiene de Manos según los criterios de la OMS, en Hospital (Sí/No)
 - Autoevaluación de Higiene de Manos según los criterios de la OMS, en Hospital (Sí/No)
 - Nº de actividades formativas sobre los 5 momentos de Higiene de Manos utilizando la herramienta de la OMS, en Hospital.
- Colaborar y compartir el conocimiento generado y las buenas prácticas en seguridad del paciente con el resto de Unidades Funcionales de Gestión de Riegos Clínicos del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, en los foros correspondientes o mediante la publicación científica o el uso de las nuevas tecnologías, con reuniones periódicas a través de videoconferencia.

ESTRUCTURA DE LAS UNIDADES FUNCIONALES DE GESTIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS

Para garantizar la visión multidisciplinar de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Clínicos (UFGRC) en su estructura deben incorporarse profesionales de distintas áreas de conocimiento (médica, enfermería, gestión), incluidos directivos.

Dicha estructura debe determinarla la Comisión Central de Calidad de la Gerencia.

La composición de la UFGRC será flexible, según la gerencia de que se trate, con un mínimo de 5 miembros y un máximo de 10 profesionales, que tendrán un perfil de liderazgo en la implantación, análisis y difusión de la seguridad del paciente.

El *responsable* de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Clínicos será el Coordinador de Calidad, Investigación y Docencia o el profesional integrado en esta estructura cuya función más directa se desarrolle en el ámbito de la calidad/seguridad del paciente de la gerencia, según designe el Director Gerente.

La composición de la *Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Clínicos* debe realizarse, preferentemente, según la priorización de profesionales siguiente, algunos de los perfiles pueden coincidir en el mismo profesional y los tres primeros deben formar parte obligada de la UFGRC:

- Calidad /Seguridad del Paciente (imprescindible)
- FEA/enfermería UCI, en las gerencias que tengan esta unidad, de los responsables de los proyectos BZ-NZ (imprescindible)
- Gestor del Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente, SiNASP del Hospital: puesto asignado por el Director Gerente (imprescindible)
- FEA/Enfermería Medicina Preventiva
- Técnico Salud atención primaria
- FEA Farmacia/Farmacología Clínica, Hospital o Atención Primaria
- FEA/Enfermería Urgencias
- FEA/enfermería de Servicio Quirúrgico
- FEA/enfermería de Servicio Médico
- Médico/Enfermería atención primaria
- FEA Anestesiología y Reanimación
- Reclamaciones/Atención al usuario/Comunicación
- Laboratorio/radiología
- Personal de mantenimiento

METODO DE ACTUACIÓN

La Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Clínicos trabaja en la mejora de la calidad asistencial mediante la aplicación de actuaciones en tres fases:

- Identificación de incidentes y eventos adversos
- Evaluación de los mismos y aprendizaje
- Actuaciones para prevenir y/o eliminar el riesgo y si no es posible reducirlo

1. Fuentes de datos para identificar incidentes y eventos adversos, en el marco de gestión de riesgos :

- Sistema de Notificación de Incidentes y Aprendizaje en Seguridad del Paciente (SINASP)
- Cualesquiera otros registros ya funcionantes en la gerencia: SENSAR (Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación), sistemas de comunicación para la Notificación de errores de medicación y de reacciones adversas a medicamentos del ISMP (Instituto para el uso seguro del medicamento),...
- Análisis del Sistema de Gestión de Reclamaciones y Sugerencias (SGRS), utilizado en las Unidades de Atención al Usuario.
- Datos extraídos del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos)
- Datos de registros de monitorización (caídas, UPP)
- Datos aportados por diferentes Comisiones Clínicas de la gerencia
- Informes proporcionados por los servicios/centros asistenciales de la gerencia

Los profesionales sanitarios implicados en la práctica asistencial son los idóneos para detectar potenciales incidentes y/o eventos adversos, pero han de contar con un sistema que les aporte información y conocimiento de la metodología para su análisis y mejora.

2. Evaluación y análisis de incidentes y eventos adversos:

Independientemente de la fuente de datos para identificar riesgos, incidentes y eventos adversos producidos o que podrían producirse, la siguiente fase es el análisis y evaluación de los mismos, y es esencial realizarlo de forma sistemática y con una metodología contrastada.

Las herramientas más utilizadas para el análisis y evaluación de los riesgos sanitarios son: El Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE), el análisis de barreras, el Análisis Causa-Raíz (ACR), el Protocolo de Londres o Sistema de Análisis de Incidentes Clínicos (SAIC), la Matriz de Riesgos (Severity Assessment Code-SAC) y las alertas de eventos centinelas. Una aproximación a estas herramientas se encuentra recogida en el anexo V.

3. Actuaciones para prevenir y/o eliminar el riesgo y si no es posible reducirlo:

Se realizará un informe (según modelo presentado en el Anexo VI) de cada situación detectada que resuma la evaluación y análisis de lo detectado, el resultado y las recomendaciones con el Plan de Acción. Este informe no debe contener información identificativa de las personas involucradas en el incidente y debe incluir la descripción del evento, su ubicación, la información necesaria para su análisis y las acciones correctivas llevadas a cabo.

La Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Clínicos debe elaborar un reglamento interno que regulará, entre otros, la composición y funciones, el procedimiento de trabajo, el procedimiento de elaboración de informes y la comunicación de los mismos, de acuerdo a las pautas presentadas en el Anexo VII.

Esta Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Clínicos estará adscrita a la Subdirección de Calidad, Investigación y Docencia de la Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad del SESCAM, personalizada en su Subdirectora: Fuencisla Martín Jurdado.

La Coordinación de estas Unidades Funcionales, a nivel de la Subdirección citada, será llevada a cabo por la Jefe de Sección: Fuencisla Iglesias Alonso, con quien se mantendrán reuniones mensuales por videoconferencia con los responsables de las unidades.

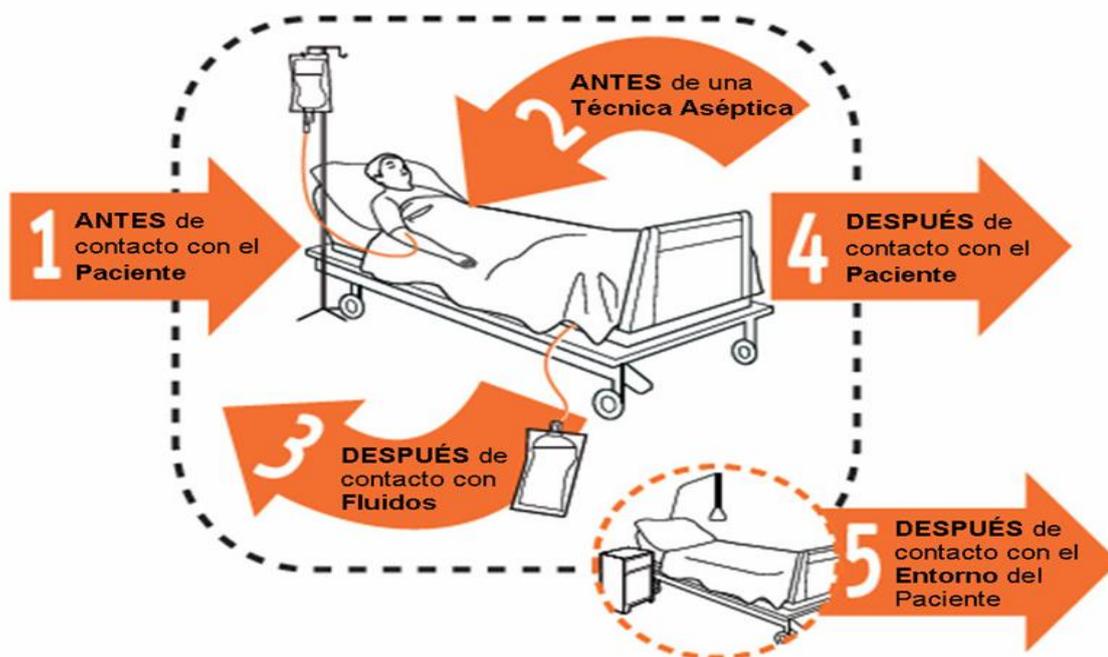
Del acta de constitución de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Clínicos, del reglamento interno de dicha unidad, como de los informes de conclusiones de la UFGRC, debe darse traslado a la Subdirección de Calidad, Investigación y Docencia de los Servicios Centrales del SESCAM, a la Coordinadora de las Unidades, Fuencisla Iglesias Alonso (caindo@sescam.jccm.es).

ANEXO I. Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica (LVSQ)



LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA SURGICAL SAFETY CHECKLIST		
ANTES DE LA INDUCCIÓN ANESTÉSICA	ANTES DE LA INCISIÓN EN PIEL	ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DE LA SALA
SIGN IN. INICIO DE SESIÓN	TIME OUT. PAUSA	SIGN OUT. CIERRE DE SESIÓN
<input type="checkbox"/> SE CONFIRMA RESPECTO AL PACIENTE <ul style="list-style-type: none"> • IDENTIDAD • LOCALIZACIÓN • PROCEDIMIENTO • CONSENTIMIENTO INFORMADO <hr/> <input type="checkbox"/> SE HA MARCADO LA LOCALIZACIÓN <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PULSIOXÍMETRO EN CORRECTO FUNCIONAMIENTO <input type="checkbox"/> COMPLETADA LA COMPROBACIÓN DE SEGURIDAD ANESTÉSICA <hr/> ¿TIENE EL PACIENTE? <ul style="list-style-type: none"> ALERGIAS CONOCIDAS: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ RIESGO DE ASPIRACIÓN/DIFICULTAD DE LA VÍA AÉREA <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ Y El equipo asistencial adecuado esta disponible. RIESGO DE UNA PERDIDA MAYOR DE 500CC DE SANGRE Ó 7CC POR KILO DE PESO EN NIÑOS <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ. Está preparado un plan que incluye los accesos intravenosos adecuados 	<input type="checkbox"/> CONFIRMACIÓN DE LA PRESENTACIÓN DE TODO EL EQUIPO POR SU NOMBRE Y PAPEL EN LA INTERVENCIÓN <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y LA ENFERMERA HAN CONFIRMADO DE FORMA VERBAL: <ul style="list-style-type: none"> • Identificación del paciente • localización • procedimiento ANTICIPACIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> EL CIRUJANO REVISAS: CUALES SON LOS PASOS CRÍTICOS O INESPERADOS, LA DURACIÓN DE LA INTERVENCIÓN Y LA POSIBILIDAD DE PÉRDIDA DE SANGRE <input type="checkbox"/> EL EQUIPO ANESTESISTA REVISAS SI EXISTEN EN EL PACIENTE PRECAUCIONES ESPECÍFICAS Y ELEMENTOS CRÍTICOS EN EL PLAN DE REANIMACIÓN. <input type="checkbox"/> EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISAS EL EQUIPAMIENTO Y LOS INDICADORES DE ESTERILIZACIÓN Y LA EXISTENCIA DE DUDAS CON RESPECTO AL INSTRUMENTAL <input type="checkbox"/> SI EXISTEN CUESTIONES O PRECAUCIONES QUE TOMAR. ¿SE HA DADO UNA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No procede ¿SE MUESTRAN LAS IMÁGENES RELEVANTES? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No procede 	ENFERMERA RESPONSABLE CONFIRMA DELANTE DE TODO EL EQUIPO Y DE FORMA VERBAL: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO <input type="checkbox"/> EL RECUENTO DE INSTRUMENTAL INCLUYENDO GASAS Y AGUJAS <input type="checkbox"/> ETIQUETADO E IDENTIFICACIÓN DE MUESTRAS BIOLÓGICAS <input type="checkbox"/> SI HAY ALGÚN PROBLEMA O SUCESO QUE DEBA SER ENVIADO Y/O DOCUMENTADO CON RESPECTO A INSTRUMENTAL O EQUIPO <input type="checkbox"/> TODO EL EQUIPO REPASA LA EXISTENCIA DE CUESTIONES O PREOCUPACIONES QUE PUEDAN SER CLAVES E INFLUIR EN LA RECUPERACIÓN Y EL MANEJO DEL PACIENTE <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Identificación Verificador/a </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Fecha: </div>

ANEXO II. Estrategia Multimodal de Higiene de Manos de la OMS. Los cinco momentos.



<p>1 ANTES DEL CONTACTO CON EL PACIENTE</p>	<p>¿CUÁNDO?: Higiene de manos antes de tocar al paciente, durante la aproximación final.</p> <p>EJEMPLOS: Examen clínico, ayuda al movimiento del paciente, toma de pulso, estrechado de manos.</p>
<p>2 ANTES DE TÉCNICA ASÉPTICA</p>	<p>¿CUÁNDO?: Higiene de manos inmediatamente antes de la técnica.</p> <p>EJEMPLOS: Higiene de la cavidad oral, aspiración de secreciones, cuidado de heridas/úlceras, inserción de catéteres, administración de medicación.</p>
<p>3 DESPUÉS DE CONTACTO CON FLUIDOS</p>	<p>¿CUÁNDO?: Higiene de manos inmediatamente después de una exposición a fluidos del paciente (aunque se estén usando guantes).</p> <p>EJEMPLOS: Higiene de la cavidad oral, aspiración de secreciones, extracción o manipulación de sangre, manejo de heces, bolsas de orina o residuos.</p>
<p>4 DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL PACIENTE</p>	<p>¿CUÁNDO?: Higiene de manos después de tocar al paciente, antes de salir de su entorno inmediato.</p> <p>EJEMPLOS: Examen clínico, ayuda al movimiento del paciente, toma de pulso, estrechado de manos.</p>
<p>5 DESPUÉS DE CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE</p>	<p>¿CUÁNDO?: Higiene de manos después de tocar cualquier objeto o mueble de su entorno, aunque no se haya tocado al paciente en sí.</p> <p>EJEMPLOS: Cambio de la ropa de cama, retirada de bandejas, ajuste de la velocidad del gotero.</p>

ANEXO III. Registros de Úlceras Por Presión (UPP) y Caídas

UPP TURRIANO

Exploraciones Físicas

EXPLORACIONES FÍSICAS PIEL Y FANERAS OJOS UROLOGIA BOCA

Insertar Borrar Detalles PAE

1	UPP 1º GRADO
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

VALORACION	TRATAMIENTO	VALORACION	TRATAMIENTO		
F. Prevista	27/12/2012	F. Realización	27/12/2012	Obs.	
EXUDADO					
F. Prevista	27/12/2012	F. Realización	27/12/2012	Obs.	
TIPO EXUDADO					
Valoración	<input type="checkbox"/> PURULENTO <input type="checkbox"/> SANGUINOLENTO <input type="checkbox"/> SEROSO <input type="checkbox"/> OTROS				
F. Prevista	27/12/2012	F. Realización	27/12/2012	Obs.	
LECHO HERIDA					
Valoración	<input type="checkbox"/> EPITALIZACION <input type="checkbox"/> GRANULACION <input type="checkbox"/> NECROTICO HUMEDO <input type="checkbox"/> NECROTICO SECO <input checked="" type="checkbox"/> INFLAMATORIO				
F. Prevista	27/12/2012	F. Realización	27/12/2012	Obs.	
PIEL PERILESIONAL					
Valoración	<input checked="" type="checkbox"/> SIN ALTERACIONES <input type="checkbox"/> CALOR <input type="checkbox"/> ERITEMA <input type="checkbox"/> MACERACION <input type="checkbox"/> DESCAMACION				
F. Prevista	27/12/2012	F. Realización	27/12/2012	Obs.	
FECHA					
F. Prevista	27/12/2012	F. Realización	27/12/2012	Obs.	
ETIOLOGIA					
F. Prevista	27/12/2012	F. Realización	27/12/2012	Obs.	
LOCALIZACION HERIDA POR PRESION					
F. Prevista	27/12/2012	F. Realización	27/12/2012	Obs.	
ORIGEN					
F. Prevista	27/12/2012	F. Realización	27/12/2012	Obs.	
ULCERA/QUEMADURA: GRADOS					
F. Prevista	27/12/2012	F. Realización	27/12/2012	Obs.	
TAMAÑO CM X CM					
F. Prevista	27/12/2012	F. Realización	27/12/2012	Obs.	
VOLUMEN CC					
F. Prevista	27/12/2012	F. Realización	27/12/2012	Obs.	
SIGNOS DE INFECCION					
Valoración	<input type="checkbox"/> EXUDADO PURULENTO <input type="checkbox"/> OLOR <input type="checkbox"/> DOLOR <input type="checkbox"/> EDEMA <input type="checkbox"/> ERITEMA <input type="checkbox"/> INDURACION <input type="checkbox"/> CALOR <input type="checkbox"/> NO EVOLUCION CICATRIZACION <input checked="" type="checkbox"/> NINGUNO				

VALORACION	TRATAMIENTO
ELIMINACION TEJIDO NECROTICO	
Valoración	<input type="checkbox"/> DESBRIDAMIENTO AUTOLITICO <input type="checkbox"/> DESBRIDAMIENTO ENZIMATICO <input type="checkbox"/> DESBRIDAMIENTO QUIRURGICO
F. Prevista	27/12/2012 F. Realización 27/12/2012
DISMINUCION CARGA BACTERIANA	
Valoración	<input checked="" type="checkbox"/> POVIDONA YODADA <input type="checkbox"/> CLORHEXIDINA <input type="checkbox"/> APOSITOS BACTERICIDAS <input type="checkbox"/> AGUA OXIGENADA <input type="checkbox"/> CLORURO BENZALCONIO <input type="checkbox"/> OTROS
F. Prevista	27/12/2012 F. Realización 27/12/2012
NIVEL OPTIMO HUMEDAD	
Valoración	<input type="checkbox"/> HIDROGEL <input type="checkbox"/> ALGINATO <input type="checkbox"/> PLATA <input checked="" type="checkbox"/> ESPUMA <input type="checkbox"/> SILICONA <input type="checkbox"/> COLAGENO <input type="checkbox"/> BIOACTIVOS <input type="checkbox"/> CARBON ACTIVO <input type="checkbox"/> APOSITOS VASELINADOS <input type="checkbox"/> PELICULA POLIURETANO <input type="checkbox"/> HIDROCOLOIDE <input type="checkbox"/> OTROS
F. Prevista	27/12/2012 F. Realización 27/12/2012

Planes de Cuidados

Patrón Funcional

PATRÓN 2: NUTRICIONAL METABOLICO

Diag. NANDA NOC NIC

Valoración
PATRON ALTERADO

Descripción	
Diagnósticos Nanda	
RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA	
Factores Relacionados / Factores de Riesgo	
Inmovilización física	
Factores mecánicos (Ej. fuerzas de cizallamiento, presión, sujeciones)	
Resultados NOC	Valoraciones NOC
Integridad tisular: piel y membranas mucosas	03 MODERADAMENTE COMPROMETIDA/O
Indicadores	
Piel intacta	
Intervenciones NIC	
Cuidados del paciente encamado	
Cambio de posición	
Prevención de las úlceras por presión	
Actividades	
Colocar al paciente sobre una cama / colchón terapéutico adecuado	
Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, de acuerdo con un programa esp...	
Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas	
Realizar ejercicios de margen de movimientos pasivos y / o activos	
Vigilar el estado de la piel	

CAÍDAS MAMBRINO XXI



 UPP: Valoración, Prevención y Tratamiento

Hora Fin | Responsable | Unidad de gestión | Ambito | Estado | Fecha

VALORACION	PREVENCION	TT ULCERAS 1	TT ULCERAS 2
Presencia de UPP al ingreso		No	
→ ESCALA BRADEN			
Percepción sensorial		3 Ligeramente limitada	
Exposición a la humedad		3 Ocasionalmente húmeda	
Actividad		3 Deambula ocasionalmente	
Movilidad		3 Ligeramente limitada	
Nutrición		3 Adecuada	
Riesgo de lesiones cutáneas		2 Problema potencial	
Total Puntos		17	
Reevaluación del riesgo de UPP		En 7 días	
Resultado Braden		Bajo riesgo	

VALORACION	PREVENCION	TT ULCERAS 1	TT ULCERAS 2
Cuidados de la piel		Higiene, secado e hidratación corporal	Inspección diaria de la piel (incluyendo occipucio) Uso de Acidos grasos hiperoxigenados en zonas de riesgo
Manejo de la presión		Dispositivos de alivio de la presión: taloneras Dispositivos de alivio de la presión: Apósitos Movilizaciones activas y/o pasivas: cabeza Movilizaciones activas y/o pasivas: MMIL, Movilizaciones activas y/o pasivas: MMSS, Movilizaciones activas y/o pasivas: pulsiones Movilizaciones activas y/o pasivas:, tronco,	
Cambios posturales			
Posición cambios posturales			
Nutrición		dieta hipercalorica dieta hiperproteica hidratación nutrición enterl nutrición parenteral suplementos nutricionales vigilancia de la alimentación	
Educación sanitaria al paciente y o familia		Prevención UPP: cambios posturales Prevención UPP: dispositivos de alivio de presión Prevención UPP: higiene y cuidado de la piel Prevención UPP: nutrición ehidratación Prevención UPP: transferencias y mov. activa y/o pasiva Señales de alarma	

VALORACION	PREVENCION	TT ULCERAS 1	TT ULCERAS 2
→ ULCERA 1			
Imagen 1	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	Examinar...  
Localización 1	<input type="radio"/>	Sacro	<input type="button" value="v"/>
Localización II 1	<input type="radio"/>	Derecha Izquierda Anterior Posterior Proximal Distal Central	<input type="button" value="v"/>
Origen	<input type="radio"/>	Intrahospitalario	<input type="button" value="v"/>
Grado 1	<input type="radio"/>	Estadio 1: Eritema Cutáneo	<input type="button" value="v"/>
Diámetro Mayor 1 (cm)		2	

VALORACION	PREVENCION	TT ULCERAS 1	TT ULCERAS 2
Tunelizacion 1		No	<input type="button" value="v"/>
Piel perilesional 1		Eritema Hipertrofica Inflamada Integra Macerada	
Cantidad exudado 1		Sin exudado	<input type="button" value="v"/>
Tipo exudado 1			<input type="button" value="v"/>
Zona sobreescarada 1		No	<input type="button" value="v"/>
Desbridamiento 1		No	<input type="button" value="v"/>
Complejidad 1			<input type="button" value="v"/>
Material de la Cura 1		Apósitos de hidrocoloide fino Hidrogel Apósitos de silicona Acidos hiperoxigenados Terapia por presión negativa tópica Acidos grasos hiperoxigenados Antibiótico local pomada	<input type="button" value="v"/>

CAÍDAS TURRIANO

PATRON FUNCIONAL PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

RIESGOS LABORALES Y ACCIDENTES

ACCIDENTES

Valoración

- NO ACCIDENTES
- CAIDAS
- TRAFICO
- QUEMADURAS
- CORTES
- LABORAL
- OTROS

RESBALÓN CON ALFOMBRA

Planes de Cuidados

Patrón Funcional

PATRON 1: PERCEPCIÓN Y MANEJO DE LA SALUD

Diag. NANDA NOC NIC

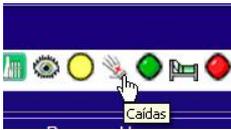
Valorar

Valoración

PATRON ALTERADO

Descripción	
Diagnósticos Nanda	
RIESGO DE CAÍDAS	
Factores Relacionados / Factores de Riesgo	
Dificultades visuales	
Uso de dispositivos de ayuda (Ej. andador, bastón)	
Resultados NOC	
Conocimiento: prevención de caídas	03 MODERADO/A
Conducta de prevención de caídas	02 RARAMENTE DEMOSTRADO
Indicadores	
Descripción del uso correcto de dispositivos de ayuda	
Descripción del uso y el propósito de los mecanismos de seguridad	
Uso de gafas oculares	
Colocación de barreras para evitar caídas	
Intervenciones NIC	
Prevención de caídas	
Manejo ambiental: seguridad	
Vigilancia: seguridad	
Actividades	
Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad	
Disponer una superficie antideslizante en la bañera o la ducha	
Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo	

CAÍDAS MAMBRINO XXI



-> ESTADO PREVIO PACIENTE	
Identificado como Paciente de riesgo	Sí
Conciencia	Confuso
Movilidad	Ayuda Parcial
Patología Asociada	Problemas de Visión
Fármacos Administrados	Psicofármacos
-> INFORMACION CAIDA	
Datos de la Caída	11/02/2013 dd/mm/yyyy 12:30 hh:mm
Situación del Paciente	Acompañado por Familiar
Lugar	Servicio
Otros lugares	
-> CAÍDA EN REPOSO	
Cama	
Camilla	
Silla - Sillón	
-> CAÍDA EN BIPEDESTACIÓN	
Tipo de actividad	En la Ducha
-> CAUSAS	
Motivación de la caída	Resbalón
-> CONSECUENCIAS	
Lesión	
Zona Afectada Contusión-Hematomas*	<ul style="list-style-type: none"> Abdomen Cara Cuello Cuero Cabelludo Espalda M.I.D. M.I.I.
Zona afectada Fracturas*	<ul style="list-style-type: none"> Cuello Cuero Cabelludo Espalda M.I.D. M.I.I. M.S.D. M.S.I.
-> MEDIDAS APLICADAS	
Medidas aplicadas	<ul style="list-style-type: none"> Cambio TT* Cura Medidas preventivas Quirofano Vendaje Vigilancia Yeso
Pruebas diagnosticas	Radiología
Observaciones	

Anexo IV. Cuadro de recogida de indicadores de Seguridad del Paciente

GERENCIA DE _____					
ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (SP), AÑO _____					
¿Utiliza algún sistema de Notificación y Aprendizaje de Incidentes relacionados con la SP en Hospitalización? Sí = 1 No = 0	¿Utiliza algún sistema de Notificación y Aprendizaje de Incidentes relacionados con la SP en Atención Primaria? Sí = 1 No = 0	¿Dispone de Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Clínicos (UFGRC) de Área, operativa? Sí = 1 No = 0	¿Dispone de Protocolo de Identificación de Pacientes en Hospitalización? Sí = 1 No = 0	¿Dispone de Protocolo de Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión (UPP) en Hospitalización? Sí = 1 No = 0	
Nº de pacientes dados de alta	Nº de pacientes dados de alta con valoración de riesgo de UPP	¿Dispone de Protocolo de Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión (UPP) en Hospitalización? Sí = 1 No = 0	Nº de pacientes con UPP no comunitaria	¿Dispone de un Sistema que mida PREVALENCIA de infecciones relacionadas con la Atención Sanitaria (IRAS), en Hospitalización? Sí = 1 No = 0	¿Dispone de un Sistema Prospectivo de medición de IRAS, en Hospitalización? Sí = 1 No = 0
¿Tiene implantada la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica (LVSQ), en el bloque quirúrgico? Sí = 1 No = 0	Nº de pacientes intervenidos de cirugía programada	Nº de pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado la LVSQ	¿Dispone de un protocolo actualizado para medicamentos de alto riesgo en Hospitalización? Sí = 1 No = 0	¿Dispone de un protocolo establecido para conciliar la medicación al alta de Hospitalización? Sí = 1 No = 0	¿Ha aplicado el cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos en los hospitales? Sí = 1 No = 0

GERENCIA DE _____									
PROGRAMA DE HIGIENE DE MANOS (HM), AÑO _____									
Nº Camas H. (incluido Urgencias / excluido Psiquiatría y UCI)	Nº Camas UCI (incluye UCI pediátrica y neonatal)	Estancias (excluidas Urgencias, Psiquiatría, H. día, zonas de quirófano)	Nº Centros de Salud (excluidos consultorios)	Nº Camas-H con PBA en algún lugar de la habitación (incluido Urgencias / excluido Psiq y UCI)	Nº Camas-H con PBA en el punto de atención (incluido Urgencias / excluido Psiq y UCI)	Nº Camas-UCI con PBA en el punto de atención (incluye UCI pediátrica y neonatal)	Nº Centros de Salud con PBA para todos los profesionales que realizan atención domiciliaria	¿Han realizado formación en HM en Hospital? Sí = 1 No= 0	Nº de Centros de Salud que han realizado formación en HM

Nº de litros de PBA entregados para hospitalización (excluidos Urgencias, Psiquiatría, H. día, zonas de quirófano)	Nº de litros de PBA entregados a los Centros de Salud	¿Han realizado observación de los 5 momentos (o alguno de ellos), en Hospital? Sí = 1 No= 0	¿Han realizado autoevaluación según los criterios de la OMS, en Hospital? Sí = 1 No= 0	¿Han realizado formación en los 5 momentos con herramienta de OMS, en Hospital? Sí = 1 No= 0

ANEXO V. Herramientas de gestión de riesgos

Independientemente de la fuente o sistema utilizado para la obtención de datos que faciliten identificar los riesgos, eventos adversos y errores producidos o que podrían producirse, y ante la información obtenida, la fase siguiente, en la gestión de los riesgos, consistirá en dar respuesta a algunas cuestiones como: ¿Por qué ocurrió? ¿Cuántas veces ocurrió? ¿Qué impacto ha tenido?

Por tanto, el segundo paso en el proceso de gestión de riesgos es el análisis de los mismos, y es fundamental realizarlo de forma sistemática y mediante una metodología contrastada.

Para este fin, en los últimos años se han comenzado a aplicar, en el ámbito sanitario, algunos instrumentos desde hace tiempo utilizados en otros sectores con actuaciones de posible riesgo como la aviación.

Las herramientas más utilizadas para el análisis y evaluación de los riesgos sanitarios son: El Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE), el análisis de barreras, el Análisis Causa-Raíz (ACR), el Protocolo de Londres o Sistema de Análisis de Incidentes Clínicos (SAIC), la Matriz de Riesgos (Severity Assessment Code - SAC) y las Alertas de Eventos Centinelas.

1. Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE)

El Análisis Modal de Fallos y Efectos, AMFE, (Failure Mode and Effects Analysis) es un método prospectivo y sistemático, para la identificación y prevención de problemas de seguridad antes de que ocurran.

El AMFE se puede definir como una herramienta dirigida al aseguramiento de la calidad mediante el análisis sistemático, para la identificación, evaluación y prevención de los posibles fallos y efectos que pueden aparecer en un producto/servicio o en un proceso, para priorizar las causas, sobre las que habrá que actuar para evitar que se presenten los posibles fallos y efectos.

Mediante esta metodología, se pretende, de manera prospectiva, examinar los posibles modos en que un proceso o producto puede fallar, establecer las prioridades donde se deben concentrar los esfuerzos y, a continuación, medir los resultados de los cambios aplicados al proceso o sistema.

Para ello incluye el análisis de las siguientes cuestiones:

- ¿Qué puede salir mal?
- ¿Cuál es la probabilidad de que esto ocurra?
- ¿Cuáles serían las consecuencias?
- ¿Por qué puede producirse este fallo?
- ¿Qué posibilidades hay de detectarlo?

Los **objetivos** concretos del AMFE son:

- Prevenir la aparición de eventos adversos mediante la detección precoz de los riesgos que los favorecen.
- Incrementar la cultura de seguridad, haciendo reflexionar sobre la prevención y minimización de riesgos.
- Facilitar el abordaje de proyectos de mejora por los equipos implicados en la mejora de la calidad y la seguridad.
- Contribuir a adoptar acciones correctoras y/o preventivas, de forma que se supriman las posibles causas del fallo del producto o del proceso.
- Valorar la eficacia de las acciones tomadas.

Sus **características principales** son:

- Se trata de un instrumento preventivo, es decir, sirve para anticiparse a la posibilidad de que ocurran fallos en los productos/ servicios o procesos, de forma que permite actuar con carácter preventivo ante los posibles problemas.
- Debido a la sistematización de la metodología utilizada en su aplicación, permite asegurar que todas las posibilidades de fallo han sido analizadas y consideradas.
- La realización de un AMFE requiere de la participación y trabajo en equipo, así como de la puesta en común del conocimiento de todas las partes y áreas afectadas.

En consecuencia se debe aplicar la metodología AMFE:

- Cuando se diseñan nuevos procesos.
- Cuando se cambian procesos o diseños actuales.
- Cuando se encuentran nuevas aplicaciones para los procesos o productos actuales.
- Cuando se proponen mejoras en los procesos o productos.

Existen variantes en el modo de llevar a cabo el análisis AMFE, pero en general los pasos a seguir son los siguientes:

Paso 1: Seleccionar un tema para revisar. El tema seleccionado preferentemente debe pertenecer a un área de alto riesgo o vulnerabilidad, que merezca la pena dedicar tiempo y recursos a su estudio. La selección de los temas se suele hacer a partir de una tormenta de ideas para calcular un índice de prioridad de riesgo (IPR) para cada tema.

Paso 2: Crear el equipo de trabajo. Se debe formar un equipo multidisciplinar que incluya un experto en contenidos, un facilitador y un jefe de equipo. Con una composición multidisciplinar se garantiza que se contemplan los distintos puntos de vista.

Paso 3: Describir gráficamente el proceso mediante un diagrama. Este paso es fundamental para facilitar la identificación de todos los pasos y partes del proceso y subprocesos.

Paso 4: Identificar los posibles modos de fallo en cada paso. Una tormenta de ideas puede ser un buen método para establecer los posibles modos de fallo.

Paso 5: Calcular el **índice de prioridad de riesgo (IPR)** para cada modo de fallo. A cada modo de fallo se le asigna un valor numérico en función de la gravedad del riesgo, las probabilidades de aparición y la capacidad para detectarlo. (Anexo II)

$$\text{IPR} = \text{IG} \times \text{IA} \times \text{ID}$$

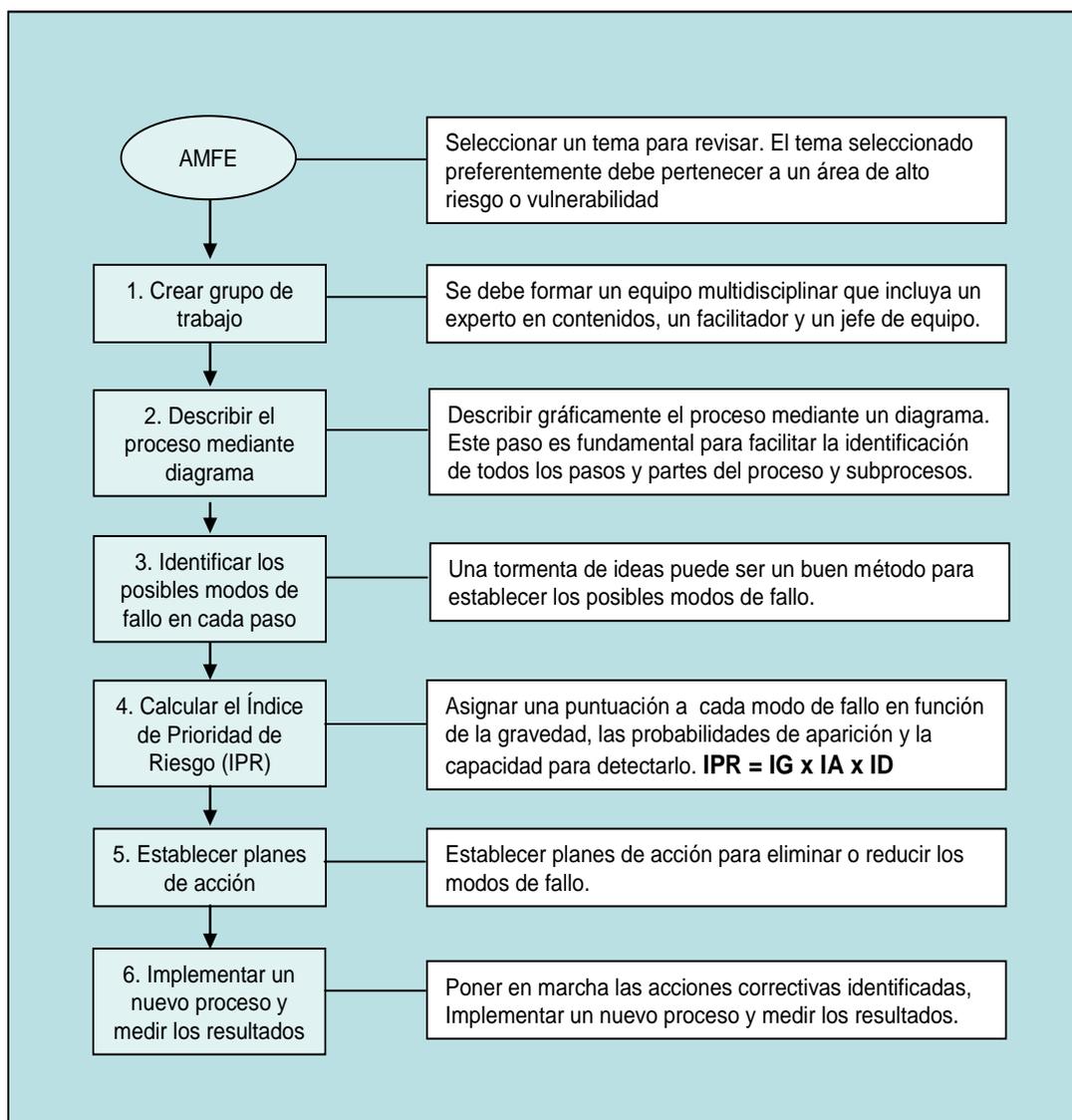
- **Índice de gravedad (IG):** Se valorará mediante la escala: Menor, moderado, mayor y catastrófico.
- **Índice de aparición (IA):** Mediante la escala: Remoto, infrecuente, ocasional, frecuente.
- **Índice de detección (ID):** Mediante la escala para evaluar la probabilidad de no detectar el fallo: Muy escasa, escasa, moderada, frecuente, elevada, muy elevada.

Las puntuaciones obtenidas en la valoración de cada uno de los tres índices, se multiplican para calcular el IPR. A continuación, el trabajo se centrará en aquellos fallos con nivel de riesgo más elevado de acuerdo al IPR calculado.

Paso 6: Establecer planes de acción para eliminar o reducir los modos de fallo.

Paso 7: Implementar un nuevo proceso y medir los resultados.

Como conclusión, el AMFE es una herramienta útil para la priorización de los problemas potenciales, definiendo, mediante un índice de prioridad de riesgo (IPR), la pauta a seguir en la búsqueda de actuaciones que optimicen el diseño de un servicio o su proceso de planificación para su obtención.



CRITERIOS PARA EL ANÁLISIS AMFE

IG = INDICE DE GRAVEDAD	Puntuación
Ínfima. No hay efecto o el defecto sería imperceptible por el usuario	1
Escasa. Casi imperceptible. El cliente podía notar el fallo o defecto. El defecto no afecta al resultado del producto o del proceso.	2-3
Baja. El cliente nota el fallo y le produce cierta incomodidad. Los clientes, externos e internos, más exigentes notificarían el fallo.	4-5
Moderada: Incidencia de gravedad baja. La mayoría de los clientes se enojan por el defecto y muchos se quejan	6-7
Alta. El fallo es crítico. Produce una alta insatisfacción en el cliente. Si es un producto hay que retirarlo y hacer una inspección al 100%	8-9
Muy alta. El fallo comporta problemas de seguridad y no se ajusta a los reglamentos y reglamentación en vigor.	10

IA = INDICE DE APARICIÓN	Puntuación
Remota. Es muy improbable que suceda este fallo. Nunca ha ocurrido en el pasado con procesos idénticos.	1
Escasa probabilidad de aparición. Muy pocos fallos en el pasado en procesos idénticos o fallos puntuales.	2-3
Moderada probabilidad de aparición. Defecto o fallo aparecido puntualmente. Algunos procesos similares han experimentado fallos esporádicos pero no en grandes proporciones.	4-5
Frecuente probabilidad de aparición. Procesos similares han tenido este fallo con cierta frecuencia.	6-7
Elevada probabilidad de aparición. Procesos similares en el pasado han tenido este fallo con bastante regularidad.	8-9
Muy alta. Con toda certeza aparecerá el error y de forma reiterada.	10

ID = INDICE DE DETECCIÓN	Puntuación
Muy alta probabilidad de detección. El defecto o fallo es una característica funcionalmente obvia y detectada inmediatamente por el operador.	1
Alta probabilidad de detección. Los controles actuales tienen una gran probabilidad de detectar el fallo antes de que llegue al usuario o cliente.	2-3
Moderada. Los controles habituales para este producto o servicio, pueden detectar el defecto, aunque no es detectable a simple vista.	4-5
Baja. Es posible que algunos fallos o defectos no sean detectados	6-7
Muy baja. Los controles actuales son claramente ineficaces para detectar una parte significativa de los fallos o defectos. El defecto es de naturaleza tal, que su detección es relativamente improbable mediante los procedimientos convencionales.	8-9
Certidumbre total, de que el defecto no será detectado y con toda probabilidad acabará llegando al cliente/usuario.	10

2. Análisis de barreras

El análisis de barreras es también un método prospectivo, igualmente para la identificación y prevención de problemas de seguridad antes de que ocurran.

Puede definirse como una técnica para determinar qué barreras podrían implementarse para mejorar la seguridad de los servicios, para prevenir eventos adversos.

Mediante esta metodología, se pretende, de manera prospectiva, enumerar las posibles barreras, entendiendo estas como: “los controles o medidas para prevenir daños y aumentar la seguridad del sistema”. Estas barreras pueden ser, consideradas de mayor a menor efectividad:

- Físicas: códigos de barras, accesos restringidos con lector de identidad, vasos sellados para medicamentos,...
- Naturales: verificación doble, con intervalo de tiempo y por 2 personas,...
- Acción humana: comprobar temperatura de agua antes de sumergir a un paciente,...
- Administrativas: procedimientos y protocolos, formación, doble firma,...

Este orden también es aplicable a la fiabilidad de las medidas. “En sanidad se tiene predisposición a confiar en las barreras humanas y administrativas para solucionar los problemas. Los motivos para ello no están claros pero es posible que, debido al predominio de la actividad humana en la sanidad, se ponga un peso indebido en la efectividad de estas medidas” (Plan Nacional de Seguridad del Paciente del NHS).

El formato que puede emplearse en esta técnica es el siguiente:

Proceso o procedimiento: (Indicar que actividad se va a analizar)						
RIESGO	¿Qué barreras existen?	Grado de impacto en SP	Barrera adicional (MEJORA)	Grado en que impacta en SP	Impacto en los costes	Responsable

3. Análisis Causa Raíz (ACR)

El Análisis Causa Raíz es una metodología para la investigación de las causas subyacentes y los factores del entorno que contribuyeron a que sucediera un evento indeseado y busca aportar información para el establecimiento de actuaciones y medidas de mejora necesarias.

Una causa raíz o causa origen, es la causa o causas que, si se tratan y/o eliminan, podrían prevenir o minimizarán las posibilidades de que vuelva a ocurrir un evento adverso. Aunque el término pueda implicar que hay una única causa raíz, normalmente existen con frecuencia una serie de aspectos en el EA que, si hubieran sido rectificadas, podrían haber prevenido que sucediera.

El análisis causa raíz es una técnica para emprender una investigación sistemática que examina más allá de las personas relacionadas con el EA y busca comprender las causas subyacentes y el contexto ambiental en el que ocurrió. El ACR se emplea generalmente para descubrir los errores latentes que subyacen en un evento centinela.

El enfoque es retrospectivo y multidisciplinar, y está diseñado para identificar la secuencia de eventos, aplicándose retrospectivamente al incidente. Esto permite que emerjan las verdaderas causas que lo produjeron para que se pueda aprender para el futuro y establecer acciones correctoras.

El objetivo principal del análisis es encontrar maneras de rediseñar los sistemas y procesos para reducir las probabilidades de error.

Para realizar un adecuado ACR de un evento adverso se deberían realizar las siguientes actuaciones:

- **Detectar o identificar el evento** adverso que se debe analizar, sobre la base de; severidad del daño para el paciente, potencial para aprender, los que han supuesto reclamaciones, denuncias patrimoniales, los que es posible disponer de información para realizar la investigación.
- **Selección del equipo.** Posiblemente, la principal fuente de soluciones a los problemas de seguridad del paciente radica en la experiencia del equipo. Reunir a las personas apropiadas para crear un equipo eficaz es un primer paso fundamental en el proceso ACR.

En el equipo se han de incluir dos figuras clave: El **facilitador**, persona experta en el proceso ACR, generalmente un miembro de la unidad de calidad o de gestión de riesgos, y el **líder**, experto en los asuntos relacionados con el evento a analizar.

El resto de los miembros será un equipo multidisciplinar que contará con profesionales que tengan experiencia de primera mano sobre cómo funciona realmente los aspectos relacionados con el incidente de seguridad que se está analizando, incluidos los peligros y obstáculos ocultos que pueden no ser evidentes para los restantes miembros del equipo.

- **Recopilar información** para el análisis causa raíz. Información sobre cuando sucedió el suceso; fecha, día semana, hora. Que servicios o áreas estuvieron involucrados. Información proveniente de la documentación clínica, de protocolos, vías clínicas, reglamentos de funcionamiento. Información también de las personas de la unidad o servicio donde ocurrió el incidente, incluso del paciente y sus familiares. Se trata de recopilar datos, no solo clínicos, sino también información a través de entrevistas, observación mediante visitas al lugar, etc. para intentar reconstruir todo lo que pasó.
- **Elaboración del mapa de los hechos.** A partir de la información recopilada el equipo intentará reconstruir la situación para describir la cadena de acontecimientos que causaron el incidente de seguridad. Para esta etapa resulta de gran utilidad la realización del diagrama de flujo del proceso con todas sus etapas y ver como se produjeron los hechos realmente cuando ocurrió el incidente.
- **Análisis de los factores y causas.** Tras las etapas anteriores se deben identificar las causas subyacentes. Para la identificación de las causas se pueden utilizar diversos métodos: El diagrama de causa-efecto o diagrama de Ishikawa, pero también se pueden utilizar otras técnicas como el grupo nominal y tormenta de ideas, entre las más utilizadas.
- De manera opcional se puede realizar un **análisis de las posibles barreras** que pueden prevenir daños, y preguntarnos qué barreras han fallado y porqué; barreras físicas, barreras naturales y barreras administrativas.
- **Desarrollo de soluciones y plan de acción.** Si se planifican acciones de mejora, debe quedar definido quién es el responsables de que se realice, cuando se va a desarrollar y como se va a evaluar su efectividad.
- **Elaboración del informe final.** El análisis causa raíz finaliza con la realización de un informe final por parte del líder y el facilitador, que se entregará a los responsables del centro. Debe ser sencillo y fácil de leer, no debería contener información identificativa de las personas involucradas en el incidente, haciendo referencia a sus consecuencias, la investigación, los resultados y las recomendaciones con el plan de acción.

4. Protocolo de Londres (Sistema de Análisis de Incidentes Clínicos, SAIC)

Esta herramienta, desarrollada por Taylor-Adams y Vincent, es una adaptación al sector sanitario del Modelo causal organizativos de accidentes propuesto por Reason, autor según el cual las decisiones en los más altos niveles de la estructura de gestión se transmiten a las unidades, dando lugar a tareas y condiciones ambientales (factores contribuyentes) que favorecen la realización de actos inseguros (problemas en la administración de cuidados) y la aparición de incidentes.

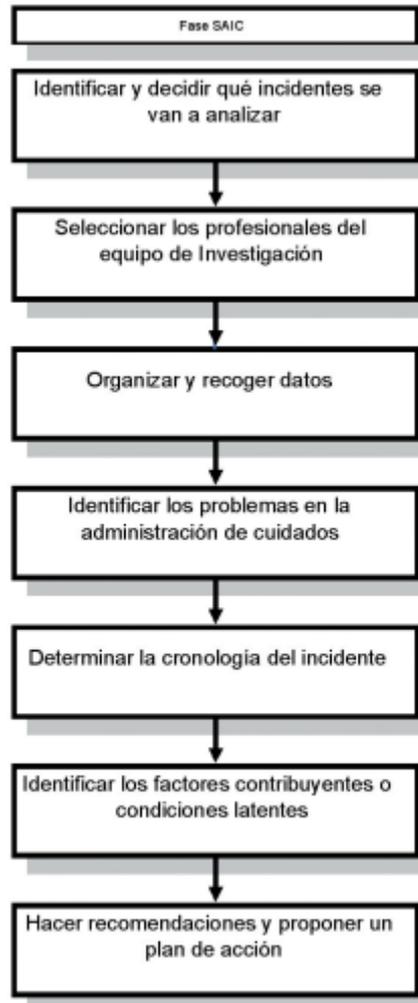
Este modelo es esencialmente una guía de cómo llevar a cabo una investigación a través de entrevistas, mediante un marco estructurado para recopilación y análisis de los datos y efectuar recomendaciones para el cambio que se puede aplicar en todos los ámbitos de la asistencia sanitaria.

El protocolo describe una investigación completa mucho más rápida y sencilla que el Análisis Causa-Raíz, según enfatizan los autores, que permite identificar los principales problemas y sobre todo los factores contribuyentes.

La decisión del tiempo a emplear dependerá de la seriedad del incidente, del potencial para aprender y de los recursos disponibles. El proceso puede ser realizado por un individuo o por un equipo y los pasos básicos están relativamente estandarizados y puede ser utilizado para analizar un incidente menor o un Evento Adverso serio.

Este protocolo cubre el proceso de investigación, análisis y recomendaciones. Su metodología tiene que desligarse de procedimientos disciplinarios. Reducir efectivamente los riesgos implica tener en cuenta todos los factores, partiendo de las situaciones latentes, cambiar el ambiente y comprender los factores contribuyentes que predisponen a ejecutar acciones inseguras, errores por acción u omisión de las personas que hacen que se sobrepasen las barreras defensivas del sistema y que aparezcan los eventos adversos. Esto jamás es posible en una organización cuya cultura anteponga las consideraciones disciplinarias. Para que la investigación de incidentes sea fructífera es necesario que se realice en un ambiente abierto y justo.

El diagrama de flujo de los distintos pasos a seguir en este Sistema de Análisis de Incidentes Clínicos (SAIC) se recoge a continuación:



5. Matriz de Riesgos

Se trata de una herramienta menos utilizada que el AMFE o el ACR en el sector sanitario. Su denominación original es Severity Assessment Code (SAC).

El análisis de un riesgo tiene básicamente dos dimensiones:

- La categorización del riesgo, que se refiere a su tipificación (riesgo para el paciente, para el visitante, para el trabajador sanitario, etc.)
- La clasificación del riesgo que nos permite ponderar de alguna manera el propio riesgo. Para ello hay que determinar la severidad, que es el impacto potencial que produciría la materialización del riesgo, y además, calcular la probabilidad de ocurrencia del mismo. Normalmente se abren varias categorías de severidad y de probabilidad, las distintas combinaciones entre las categorías de una y otra determinan el nivel de riesgo.

Para determinar el nivel de riesgo, se utiliza una matriz en la que se incluirán, por un lado, la clasificación del riesgo según su severidad (catastrófico, crítico, moderado, menor y mínimo), y por otro lado la clasificación del riesgo según su frecuencia (frecuente, probable, ocasional, poco frecuente y muy infrecuente).

Combinando ambas categorías se obtiene como resultado el nivel de riesgo que puede manifestarse mediante un valor cuantitativo o un valor cualitativo que permite obtener un determinado nivel de riesgo: riesgo extremo, riesgo alto, riesgo medio y bajo.

Matriz de Análisis de Riesgos

		Frecuente	Probable	Ocasional	Poco frecuente	Muy infrecuente
Catastrófico	7. El incidente contribuyó o causó la muerte del paciente	Extremo	Extremo	Extremo	Extremo	Alto
Crítico	6. El incidente comprometió la vida del paciente y se precisó intervención para mantener su vida	Extremo	Extremo	Alto	Alto	Moderado
	5. El incidente contribuyó o causó daño permanente al paciente	Extremo	Extremo	Alto	Alto	Moderado
Moderado	4. El incidente contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó intervención	Alto	Alto	Alto	Moderado	Moderado
	3. El incidente contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó o prolongó la hospitalización	Alto	Alto	Alto	Moderado	Moderado
Menor	2. El incidente alcanzó al paciente y no le causó daño, pero precisó monitorización y/o intervención para comprobar que no había sufrido daño	Moderado	Moderado	Moderado	Bajo	Bajo
Mínimo	1. El incidente llegó al paciente, pero no le causó daño	Moderado	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo

Clasificación	Sistema de análisis y gestión del incidente
SAC 1	Riesgo extremo: •Investigación del incidente mediante un ACR. •Notificar a los líderes de la organización.
SAC 2	Riesgo alto: -Investigación mediante versión simplificada de ACR o método similar -Notificar el evento a los líderes de la organización.
SAC 3	Riesgo medio y bajo: -Seguimiento con datos agregados
SAC 4	-Mecanismos para reducir su riesgo y determinar las responsabilidades para la mejora.

5. Alertas de Eventos Centinela

Un evento centinela se define como: *“Acontecimiento imprevisto que causa la muerte o un importante daño físico o psíquico o el riesgo de padecerlo”*. Entre estos daños importantes se incluye la pérdida de un miembro o de la función del mismo. La frase “o riesgo de padecerlo” hace referencia a cualquier variación del proceso que, en caso de repetirse, podría arrastrar a consecuencias graves”.

Cada vez que se produce un evento centinela, los responsables del centro a través de la unidad de gestión de riesgos debe efectuar un análisis minucioso de la causa o causas que lo produjeron, emprender acciones para eliminar, reducir y/o prevenir el riesgo y evaluar y controlar la eficacia de las mismas.

Algunos ejemplos típicos son:

- Suicidio en un centro sanitario.
- Muerte materna.
- Muerte en la sala de espera de urgencias.
- Informe anatomopatológico equivocado.
- Cirugía en lugar erróneo.
- Reacción hematológica post-transfusional.
- Olvido de gases o instrumental en una intervención quirúrgica.
- Estudio radiológico a una embarazada. Etc.

BIBLIOGRAFÍA

- Aranaz Andrés, JM. Acerca de las unidades de gestión de riesgos. Rev Calid Asist. 2009;24(3):93-94.
- Asunción Cañada Dorado et al. Mejora de la seguridad y evaluación de los resultados del proceso de anticoagulación oral implantado en un área de atención primaria. Rev. Calidad Asistencial, 2007;22(6)287-98.
- Culture report. European Union Network for Patient Safety. EUNetPAS. Report2010.
- FMEA – Failure Mode and Effects Analysis Infocentre. Disponible en <http://www.fmeainfocentre.com/>

- Gestión de riesgos para la seguridad del paciente. Norma UNE 179003. AENOR 2010.
- Joint Comisión Nacional Patient Safety Goals. 2013.
- Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations. Failure Mode and Effects Analysis in Health Care: Proactive Risk Reduction. USA, 2002.
- Kaiser Permanente. Failure Modes and Effects Analysis (FMEA). Team Instruction Guide. March 2002.
- Mira JJ, Guilabert M, Ortiz L et al. Noticias de prensa sobre errores clínicos y sensación de seguridad al acudir al hospital. Gaceta Sanitaria, 2010; 24 (1):33-39.
- Muiño Míguez, A. et al. Seguridad del Paciente. An. Med. Interna (Madrid). Vol. 24, nº 12; pp. 602-606, 2007.
- Pronovost, PJ. et al. Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academia medical center. Qual Saf Health Care. 2003; 12: 405-10.
- Rajaram Govindarajan et al. El análisis modal de fallos y efectos (AMFE) ayuda a aumentar la seguridad en radioterapia. Rev. Calidad Asistencial, 2007;22(6)299-309.
- Respectful management of serious clinical adverse events. Institute HealthCare Improvement (IHI) 2010.
- Ruiz-López, P. González Rodríguez-Salinas, C. Alcalde Escribano, J. Análisis de causas raíz. Una herramienta útil para la prevención de errores. Rev. Calidad Asistencial. 2005;20(2):71-8.
- Scott Hirschinger LE, Cox KR, Mc Coig M et al. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. Qual Saf Health Care 2009; 18: 325-330.
- Taylor-Adams S, Vincent C. System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Clin Risk. 2004;10:211-20.

- University of Michigan Health System Patient Safety Toolkit. "Improving Patient Safety in Hospitals: Turning Ideas into Action". Michigan. 2002.
- Vítolo, F. Análisis de Riesgos en Instituciones de Salud.
www.adecra.org.ar
- White AA, Waterman AD, McCotter P, Boyle DJ, Gallagher TH. Supporting health care workers after medical error: considerations for healthcare leaders - J Clinical of Outcomes Management 2008; 15(5): 240-247.

ANEXO VI. MODELO DE INFORME DE ANÁLISIS DE RIESGO

INFORME DE INCIDENTES/EVENTOS ADVERSOS ANALIZADOS POR LA UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS

Número de informe: XX/XXXX (Número consecutivo de secuencia/Año)

Fecha:

Incidente analizado:

Descripción del evento:

Ubicación del mismo (Área, Planta, Servicio,... donde ha sucedido):

Método de análisis utilizado:

Conclusiones del Análisis:

Acciones correctivas inmediatas llevadas a cabo:

Recomendaciones a incluir en el Plan de Acción de la Gerencia:

(*) Este informe no debe contener información identificativa de las personas involucradas en el incidente.

ANEXO VII. MODELO DE REGLAMENTO INTERNO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS (UFGRC)

ÍNDICE INDICATIVO

- 1) INTRODUCCIÓN / EXPOSICIÓN DE MOTIVOS
- 2) OBJETIVO DE LA UNIDAD
- 3) COMPOSICIÓN, ESTRUCTURA Y FUNCIONES
- 4) CONVOCATORIAS Y REUNIONES
- 5) FUNCIONAMIENTO
- 6) OBLIGACIONES
- 7) REGISTRO, DOCUMENTACIÓN, RETROALIMENTACIÓN

1) INTRODUCCIÓN / EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

En este apartado se hará referencia a datos relevantes relacionados con la Seguridad del Paciente de la Gerencia o en su defecto del entorno próximo o del ámbito de actuación.

2) OBJETIVO DE LA UNIDAD

Hay que exponer el fin general de la UFGRC y concretar los objetivos específicos que va a abordar a medio o largo plazo.

A modo de ejemplo los objetivos específicos pueden presentarse en esta forma:

- 1. Dar a conocer y difundir entre todos los profesionales del área una cultura de seguridad.*
- 2. Fomentar una cultura de notificación de incidentes por parte de los profesionales.*
- 3. Recoger, integrar y analizar la información procedente de registros de incidentes en los centros, con el fin de identificar situaciones de riesgo para los pacientes.*
- 4. Informar a los profesionales de las situaciones de riesgo detectadas con posibles áreas de mejora para evitar la aparición del mismo incidente.*

5. *Elaboración de consejos prácticos a los profesionales para la realización de prácticas seguras.*
6. *Formación de los profesionales en gestión de riesgos clínicos.*
7. *Realización de actividades informativas en materia de seguridad del paciente.*
8.

3) COMPOSICIÓN, ESTRUCTURA Y FUNCIONES

Se incluirá la composición de la UFGRC, detallando todos sus miembros, conforme a los perfiles que tienen (según la priorización propuesta en este documento).

Igualmente se describirá la estructura adaptada por la UFGRC en cuanto a los plenos de la Unidad o a la formación de grupos de trabajo específicos y su funcionamiento.

Se detallarán las funciones de la Unidad como conjunto y de los distintos miembros o grupos permanentes o circunstanciales de trabajo.

4) CONVOCATORIAS Y REUNIONES

Se indicará la periodicidad de las reuniones, indicando las situaciones de convocatorias ordinarias y de convocatorias extraordinarias; la manera de realizar las convocatorias en cuanto a forma, fechas, asistentes, orden del día, etc...

Se incluirá también la forma de dejar constancia (a través de actas o similares) de las reuniones mantenidas, de los compromisos alcanzados y de las tareas a desarrollar hasta la próxima reunión,...

5) FUNCIONAMIENTO

Se especificarán los distintos niveles de actuación de la Unidad, así como la sistemática de trabajo en las sesiones presenciales y entre dichas sesiones, identificando las herramientas de trabajo generales de trabajo y aquellas específicas en función del tema a tratar.

6) OBLIGACIONES

Se enumerarán las obligaciones de la Unidad como conjunto y de los distintos miembros o grupos de la misma.

7) REGISTRO, DOCUMENTACIÓN, RETROALIMENTACIÓN

Se dará cuenta en este apartado de la forma en que quedará registrada la actividad de la Unidad, de la documentación que debe elaborar (actas de reuniones, informes de actividad, memorias periódicas de actividad, recomendaciones,...) y de la forma de dar traslado de dicha documentación.