

RAQUEL FRANCH LLASAT; M<sup>a</sup> TERESA PEIG MARTÍ; JESSICA MORENO GALLEGO; INMACULADA MENASANCH MARTÍ; SANDRA ANENTO NOLLA; LLUISA BRULL GISBERT; M<sup>a</sup> TERESA ESCODA PELLISA

# Programa de seguridad en nuestra unidad

## RESUMEN

La seguridad del paciente ha sido definida, en sentido estricto, como la ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidos como consecuencia de la atención a la salud recibida. Se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de efectos adversos, ya que se trata de una actividad en la que convergen factores inherentes al sistema con actuaciones humanas.

A nivel político es una estrategia prioritaria del Sistema Nacional de Salud de España desarrollada en coordinación con la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS.

Las estimaciones sobre los riesgos asistenciales realizadas en el informe del «To Err is Human», en el que se afirma que entre 44.000 y 98.000 norteamericanos fallecían anualmente debido a fallos y errores cometidos en el sistema sanitario de los Estados Unidos de Norteamérica, fueron el punto de partida de cambios importantes a nivel nacional e internacional para mejorar la seguridad del paciente y reducir los riesgos asistenciales, dado que dicha cifra era superior a la que ocasionaban problemas de tumores de mama, accidentes de tráfico o infección por el VIH. **Palabras clave:** seguridad, gestión de riesgos, calidad asistencial.

## SUMMARY

The patient's safety has been defined, strictly speaking, as the absence of accidents, injuries or avoidable complications, produced as consequence of the attention to the received health. It is considered a priority in health assistance, every time a more complex activity, which entails potential risks and in which there is not a system capable of guaranteeing the absence of adverse effects, since it is an activity in which inherent factors of the system with human performances converge.

At a political level, it is a very important strategy of the National System of Health of Spain developed in coordination with the World Alliance for the Safety of the Patient of the WHO.

The estimations on the assisting risks carried out in the report of the «To Err is Human», in which it is stated, that between 44.000 and 98.000 North American people died annually due to failures and errors committed in the sanitary system of the United States of North America, were the preliminary point of important changes at national and international level to improve the safety of the patient and to reduce the assisting risks, since this number was superior to the one that caused problems of breast tumors, traffic accidents or HIV infection. **Keywords:** Safety, management of risks, assisting quality.

El objetivo es detectar cualquier incidente previsible que pueda causar daño al paciente o dé lugar a una mala praxis. Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los productos, con los procedimientos o con los sistemas.

En nuestra unidad de urología del Hospital de Tortosa Virgen de la Cinta se está trabajando desde 2006 en la gestión del riesgo de los pacientes ingresados, realizando estudios y diseñando e implementando acciones de mejora.

Actualmente, hemos diseñado un programa con el propósito de crear una cultura de seguridad, promover el liderazgo de todos los miembros del equipo, conocer el por qué de los errores, compartir soluciones dentro del grupo, buscar soluciones fáciles con coste efectivo, programar las tareas de gestión de riesgos, realizar evaluaciones periódicas, difundir los resultados dentro del servicio y mejorar nuestro trabajo diario.

## OBJETIVOS

- Instaurar el programa de seguridad en la unidad.
- Establecer un sistema de vigilancia sobre la magnitud y características de los riesgos.

- Aprender de los errores y reflexionar sobre cómo y por qué suceden.
- Formación e implicación de los profesionales en las medidas generales para establecer una cultura de seguridad.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El programa de seguridad consta de once variables:

1. Prevención de caídas.
2. Úlceras por presión.
3. Seguridad del medicamento.
4. Revisión del carro de paros.
5. Identificación de los pacientes.
6. Cirugía en el lugar erróneo.
7. Cumplimentación correcta de la documentación clínica.
8. Continuidad asistencial.
9. Prevención de la infección.
10. Calibrado de los aparatos y disponibilidad de material sanitario.
11. Correcta clasificación de los residuos.

Todos los miembros del equipo (enfermeras y auxiliares) lideran una tarea asignada, se responsabilizan de evaluar

periódicamente y difundir los resultados entre los miembros del grupo y buscar acciones de mejora.

Para integrar las tareas de gestión de riesgo a nuestro trabajo diario hemos elaborado una parrilla en la que consta el responsable, fecha y turno.

### 1. PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Detección de factores de riesgo al ingreso:

- a) Enfermos > 75 años.
- b) Tratamiento con psicotropos (haloperidol, tranxilium...).
- c) Síndrome vertiginoso.
- d) Confusión/ agitación.
- e) Incontinencia de urgencia (urología).
- f) Fragilidad física.
- g) Postoperatorio inmediato.
- h) Tratamiento (diuréticos, antihipertensivos e hipoglucemiantes).
- i) Desorientación.
- j) Alteración del equilibrio.

Se evalúa mensualmente en las hojas de acogida: el factor de riesgo y el registro de caídas (se anota en el libro de incidencias).

**Resultados:** primer semestre tres caídas (incidencia del 0,6%, el estándar del Servei Càtala de la Salut es del 1,2%).

### 2. ÚLCERAS POR PRESIÓN

Valoración de las úlceras: 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, 3<sup>er</sup> grado.

- Intrahospitalarias.
- Extrahospitalarias.

Factores de riesgo:

0. Movilidad.
  1. Estado mental.
  2. Nutrición.
  3. Actividad.
  4. Incontinencia.

Se evalúa semestralmente a todos los pacientes ingresados en el momento del corte.

**Resultados:** primer semestre 2007 > 1. UPP segundo grado extrahospitalaria.

### 3. SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO

Se revisa el control, conservación y los errores.

- 3.1. En el **control de los medicamentos** se revisa:
  - Colocación adecuada.
  - Adecuación de estocs.
  - Identificación del nombre genérico/comercial.
  - Caducidad.

Se evalúa mensualmente el segundo viernes de cada mes, en el turno de la tarde. La evaluación la realiza la enfermera de calidad.

- 3.2. En la **conservación del medicamento** se revisará:
  - Caducidad, orden y colocación de la medicación de la nevera.
  - Control de fármacos fotosensibles de la luz.

Evaluación mensual

**Resultados:** no se puede controlar la temperatura de la nevera y hay lapiceros de insulina de pacientes dados de alta.

- 3.3. **Errores de medicación:**

### Criterios de evaluación

- Dosis, medicamento, paciente, vía y tiempo correcto.
- Se revisan 30 historias clínicas trimestralmente.

A partir de un estudio realizado en 2006 sobre errores de medicación se han implantado 10 medidas correctoras.

**Resultados:** 2007: 3,5%.

En el Informe ENEAS 2005 se obtienen resultados sobre los efectos adversos relacionados con medicamentos del 3,48%.

### 4. REVISIÓN DEL CARRO DE PAROS

Se aplicarán los criterios de evaluación para el material y la medicación según protocolo.

- Revisar el carro cada quince días las enfermeras del turno de noche.
- Firmar, anotar las incidencias y observaciones.

**Resultados:** se evalúa semestralmente por la enfermera de calidad y la supervisora de la unidad.

### 5. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- Todos los pacientes tienen que llevar la pulsera identificativa legible.
- Identificación de los pacientes en el momento del ingreso.
- Registrar en la hoja de acogida de enfermería.

Se evalúa semestralmente mediante observación directa.

**Resultados:** 2007 > 97%.

Los pacientes que no van identificados son ingresos procedentes de urgencias.

El 20% de los pacientes ingresados no consta en el registro de enfermería y no se verifica el nombre.

### 6. CIRUGÍA EN EL LUGAR ERRÓNEO

Acciones:

- Marcar el lugar correcto de la intervención en la hoja de quirófano, al ingreso.
- Colocar el catéter venoso en el lado opuesto de la intervención.
- Registrar en la hoja de observaciones de enfermería.
- Aplicar protocolo de la piel (rasurar, pintar con antiséptico...) en el lugar correspondiente.
- Las enfermeras responsables de este indicador harán formación de que es un caso Centinela y a la vez irán anotando las disconformidades de la hoja quirúrgica para así analizar otras incidencias.

**Resultados:** apareció un casi-error en julio de 2008, se rasuró a un paciente equivocado antes de ir a quirófano.

### 7. CUMPLIMENTACIÓN CORRECTA DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

- Revisión de todas las historias clínicas de los pacientes ingresados en el momento del corte.
- Cumplimentación de los registros.

Se evalúa trimestralmente y los resultados oscilan del 82,8% a un 100%.

### 8. CONTINUIDAD ASISTENCIAL

#### 8.1. Altas de enfermería

**Resultados:** 2007 > 73,60%.

- 8.2. **Programa de urostomizados** para unificar criterios (hospital-primaria-enfermera de enlace) y hacer educación sanitaria (*Projecte Fundació Ferrán*).

### 8.3. Detección del riesgo social

- Valoración del sistema de soporte al alta:

Familia.

Requiere servicios sociales.

Se evalúa semestralmente.

**Resultados:** 2007 > 97,7%.

## 9. PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN

### 9.1. Preparación del paciente quirúrgico

- Cumplimentación del protocolo de preparación del paciente quirúrgico. Se evalúa semestralmente por la enfermera higienista.

**Resultados:** con un resultado del 95,8% en 2007 y un 99% en 2008.

### 9.2. Protocolos de aislamientos

*Criterios de evaluación:*

- Correcto aislamiento indicado.
- El profesional y la familia utilizan correctamente los materiales desechables indicados.
- Mantener las puertas cerradas.
- Lavado de manos según protocolo.
- Tratar los residuos de forma diferenciada.

Se evalúa semestralmente por la enfermera de control de infección, con unos resultados del 95,8%.

### 9.3. Hemocultivos

Revisión y formación continuada del protocolo.

Evaluación semestral por la enfermera de control de infección y el servicio de microbiología.

**Resultados:** es un indicador de proceso. En el año 2006 sobre una muestra de 53 hemocultivos el resultado de contaminación fue de un 11,3%, en cambio en el año 2007, después de revisar cómo hacemos la técnica, el resultado fue de un 3,4% (estándar recomendado).

### 9.2. Lavado de manos

*Acciones:*

- Uso de solución alcohólica en todas las habitaciones.
- Se realizó un taller anual a cargo del servicio de medicina preventiva y la comisión de la infección, con el objetivo de valorar de forma individualizada la técnica del lavado de manos y se obtuvieron unos resultados que tenemos que mejorar en 2009, ya que en un 60% de los profesionales la técnica era deficiente.

## 10. CALIBRAJE DE LOS APARATOS Y DISPONIBILIDAD DEL MATERIAL SANITARIO

### 10.1. Medidas correctoras

- Revisión del material de las habitaciones: toma de vacío, oxígeno, correcto montaje de los aspiradores, timbres y barandillas de seguridad.

*Acciones:*

- Pedir más material en el plan de necesidades de la unidad.
- Anotar si se deja material a las otras unidades.
- Recuperar el material prestado.

### 10.2. Servicio de electromedicina

- Desfibrilador: equipo de riesgo; se calibran semestralmente.

- Bombas de infusión, tensiómetros y electrocardiograma: se calibran anualmente.

**Resultados:** falta de material y aspiradores instalados incorrectamente.

## 11. CORRECTA CLASIFICACIÓN DE LOS RESIDUOS

La supervisión de la gestión de residuos se realiza según protocolos y se anotan las incidencias.

**Resultados:**

- La clasificación no se hace correctamente, se mezclan los residuos del grupo III con los del IV (derivados de sangre, agujas e infecciosos en los citostáticos), los contenedores de agujas muy llenos...
- Se mezclan los residuos del grupo I y II.

## CONCLUSIONES

La participación del equipo multidisciplinar en grupos de mejora nos implica directamente a trabajar en una asistencia más segura y así aumentar la calidad de cuidados que proporcionamos a nuestros pacientes. Haremos difusión de estas iniciativas para trabajar con más seguridad, esto nos permitirá identificar actitudes, conductas y errores de los que poder aprender. Se facilitará la comunicación de los riesgos mediante un sistema de alerta no punitivo hacia los profesionales.

Se ha conseguido establecer un sistema de vigilancia conjuntamente con el servicio de calidad, electromedicina, microbiología y la enfermera de control de infección para disminuir los riesgos y así aprender de nuestros errores y debatir con el resto del equipo el cómo y por qué suceden.

Al instaurar el programa de seguridad, se consigue que cada profesional se responsabilice de una tarea asignada; todos los miembros del grupo liderarán sus objetivos, y hacen difusión al resto de profesionales de los resultados obtenidos, buscando soluciones y mejorando así nuestro trabajo diario. ▼

## BIBLIOGRAFÍA

- Fernández Ferrín, Carmen; Garrido Abejar, Margarita; Santo Tomás Pérez, Magdalena; Serrano Parra, M<sup>a</sup> Dolores; «Enfermería Fundamental», *Máster de Enfermería*. Ed. Masson, Barcelona 2000.
- Centro de investigación para la seguridad clínica de los pacientes. «La seguridad del paciente a debate». Madrid, 15 y 16 de febrero de 2005.
- «Aprender de los errores médicos». *El País*. Edición del martes 21 de marzo de 2006.
- J. Delagneau, D. Cañis, A. El Boutaibi, J. Martí, M. Mendoza, Ll. Brull y J. Rebull. «Seguritat clínica dels pacients i efectes adversos en cirurgia». Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Mayo, 2006.
- «Los efectos adversos en la asistencia sanitaria».  
[www.europa.eu.int/health/ph](http://www.europa.eu.int/health/ph).
- «Por la seguridad del paciente». *Boletín Informativo de la Organización Panamericana de la Salud*.  
[www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora03nov04.htvc](http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora03nov04.htvc).
- «Palabras de la ministra de Sanidad y Consumo en la clausura de la jornada sobre la seguridad de pacientes». Madrid, febrero de 2005.
- «Importancia de la malnutrición por defecto entre los pacientes hospitalizados».  
[www.bvs.sld.cu/revistas/ali/vol13199/ali01199.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ali/vol13199/ali01199.htm)
- Gestión de calidad asistencial*. Escuela de Ciencias de la Salud.