

Salud Segura



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, Antonia Ballesta, Cecilia Banacloche, Magina Blázquez, Pilar Ferrer, Pedro García, Beatriz Garrido, Julio López-Picazo, Juana M^a Marín, Virginia Pujalte, Susana Reyes, Soledad Sánchez, Pedro Soler.

Coordinador de edición: Julio López-Picazo Ferrer

Suscripción: Envío gratuito. **Solicitudes:** saludsegura.area1.sms@carm.es
e-ISSN: 2340-1915 Salud Segura. D.L. MU 446-2013

Volumen 6, Número 2

2º trimestre
ABRIL
JUNIO

2018



EN ESTE NÚMERO:

- *"Automedicación" en pacientes ingresados y seguridad del paciente.*
Pilar Ferrer Bas
- *Autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos en la Arrixaca.*
Beatriz Garrido Corro
- *Bivalirudina, los riesgos de un anticoagulante intravenoso cuando su uso es poco frecuente*
Carlos Albacete Moreno
- *¿Avanzamos en cultura de seguridad? Resultados de la encuesta 2017*
Ana Belén Moreno, Julio López-Picazo
- *El ratón de Leape: enfermería y seguridad del paciente.*
Joaquín León, Julio López-Picazo

"Automedicación" en pacientes ingresados y seguridad del paciente

Pilar Ferrer Bas
Supervisora de Área de Calidad de Enfermería

Como sabéis el Núcleo de Seguridad del Área 1 - Arrixaca gestiona las notificaciones en SINASP de los incidentes y eventos adversos que los profesionales realizan. Entre ellas, los problemas relacionados con el uso seguro de medicamentos ocupan un lugar destacado. Por eso, durante los últimos meses se ha realizado un estudio cualitativo y posteriormente un Análisis Causa Raíz (ACR) que conciernen a la prescripción farmacológica. Durante el desarrollo del mismo, se realizaron diferentes intervenciones para disminuir el riesgo de que se produzcan incidentes relacionados con el proceso de Prescripción-Validación-Dispensación-Administración-Registro de los medicamentos.

Una de las incidencias detectadas y que se debía resolver es la automedicación de los pacientes ingresados. Es costumbre en la Arrixaca que algunos medicamentos que los pacientes están tomando antes del ingreso y que continúan siendo prescritos durante el mismo sean aportados por éste en caso de que el servicio de farmacia no disponga de ellos

Si permitimos que la administración de estos medicamentos que los pacientes traen de casa sea dejada en sus manos o en la de sus acompañantes, existe un riesgo incrementado para la seguridad del paciente, como pueden ser la aparición de interacciones más o menos graves o la duplicidad de dosis al ser dispensados y administrados desde el hospital fármacos equivalentes.



Por eso, y con el fin de evitar estas consecuencias negativas para el paciente, y garantizar la dosis, la frecuencia y la vía de administración de toda la medicación prescrita electrónicamente, os recordamos que debe ser custodiada y dispensada por el personal de enfermería, aunque sea el paciente quien aporte los medicamentos que ya tomaba antes del ingreso.

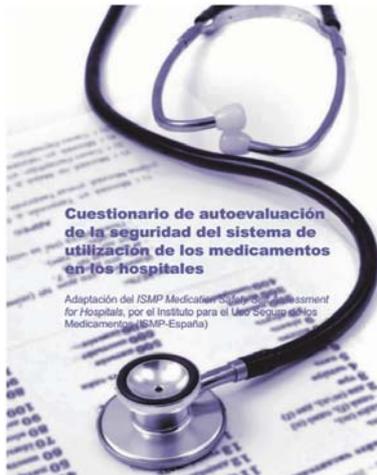
El recordatorio de la medida se justifica por sus consecuencias potenciales. Hay que considerar además que prima tanto la seguridad del paciente como la responsabilidad sobre la administración de los fármacos prescritos en el sistema electrónico del HCUVA, que durante el ingreso del paciente compete directamente a enfermería.

Autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos en la Arrixaca

Beatriz Garrido Corro
Farmacéutica

El cuestionario de AUTOEVALUACIÓN de la Seguridad del sistema de utilización de medicamentos en los Hospitales, disponible en <http://apps.ismp-espana.org/>, es una herramienta para la mejora de la calidad que fue desarrollada originariamente por el Institute for Safe Medication Practices (ISMP) en EEUU. El Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos, delegación española del ISMP, con el apoyo y financiación de la Agencia de Calidad del SNS y la colaboración técnica de un grupo de expertos de varios hospitales españoles adaptó este cuestionario en el año 2007 para su utilización en nuestro país. El HCUVA fue uno de los Centros piloto participantes para el desarrollo de este proyecto.

El cuestionario permite evaluar la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos, identificar cuáles son sus puntos de riesgo y las oportunidades de mejora, y es también muy útil para valorar cuál es la situación basal de un hospital con respecto a la seguridad y objetivar los progresos que se realicen en cada área.



Consta de 232 puntos de evaluación que representan medidas concretas destinadas a prevenir los errores de medicación. Estos puntos de evaluación no pretenden ser los estándares mínimos de seguridad para los hospitales. De hecho, algunos de los puntos recogidos son prácticas innovadoras, que se recomienda introducir porque se dispone de evidencia que demuestra su eficacia en la reducción de errores de medicación.

Está estructurado en 10 apartados que se corresponden con cada uno de los elementos clave que más inciden en la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos y se enumeran a continuación. Estos elementos a su vez incluyen uno o más criterios esenciales.

- I. Información sobre los pacientes
- II. Información de los medicamentos
- III. Comunicación de las prescripciones y de otro tipo de información sobre la medicación
- IV. Etiquetado, envasado y nombre de los medicamentos
- V. Estandarización, almacenamiento y distribución de los medicamentos
- VI. Adquisición, utilización y seguimiento de los dispositivos para la administración de los medicamentos
- VII. Factores del entorno
- VIII. Competencia y formación del personal
- IX. Educación al paciente
- X. Programas de calidad y gestión de riesgos

Cada punto de evaluación debe ser valorado con respecto a su implantación en el hospital utilizando un baremo con 5 posibilidades. No todos los puntos tienen asignado el mismo valor, sino que éste depende de su eficacia para evitar los errores.

A	No se ha realizado ninguna iniciativa para implantar este punto.
B	Este punto se ha debatido para su posible implantación, pero no se ha implantado.
C	Este punto se ha implantado parcialmente en algunas o todas las áreas de la institución.
D	Este punto se ha implantado completamente en algunas áreas de la institución.
E	Este punto se ha implantado completamente en toda la institución.

Los ítems de evaluación con una valoración más alta presentan las siguientes características:
Se dispone de evidencia científica de que la práctica es efectiva para reducir errores de medicación graves.
Constituye un tipo de barrera efectiva en la reducción de errores.
Es eficaz para resolver varios problemas o tipos de errores de medicación al mismo tiempo.
Previene errores con medicamentos de alto riesgo o en pacientes de alto riesgo.
Simplifica procedimientos complejos proclives a errores.
No se sustenta en la memoria o en la vigilancia de los profesionales.

RESULTADOS OBTENIDOS: 10 AÑOS DE ISMP EN LA ARRIXACA

Tras la cumplimentación del primer cuestionario en el año 2007, se analizaron aquellos criterios esenciales que obtuvieron peor puntuación y se realizó una estrategia de mejora para aquellos que se encontraban por debajo del 40% (ver Figura 1).

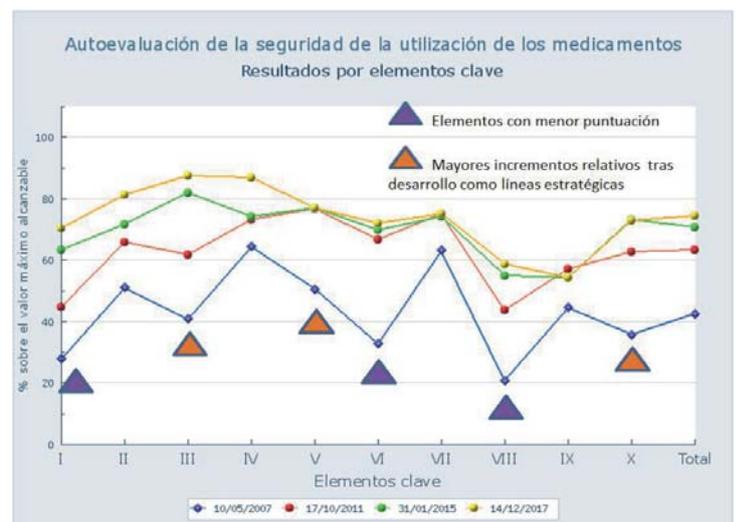


Figura 1. Datos Arrixaca Agregados. Resultados por elementos clave y evolución temporal

Como indica la gráfica, en el periodo de tiempo comprendido entre 2007 y 2017, en la Arrixaca se ha incrementado a todos los niveles el grado de implantación de prácticas seguras de medicamentos. Esto respalda absolutamente la utilización del cuestionario como herramienta proactiva de mejora.

III. Comunicación con las prescripciones y de otro tipo de información sobre la medicación

OBJETIVO 1. Implantación de la prescripción electrónica asistida (PEA) en todos los ámbitos Hospitalarios con seguimiento y atención farmacéutica especializada en áreas específicas

OBJETIVO 2. Implantación desde el servicio de Farmacia de un nuevo módulo para la fabricación de mezclas intravenosas integrado con la prescripción electrónica asistida.

V. Estandarización, almacenamiento y distribución

OBJETIVO 1. Tras la elaboración en 2015 de un procedimiento de utilización segura de los Sistemas de Distribución Automática de medicamentos (SAD), la Arrixaca ha formado parte de un Proyecto Nacional colaborativo de mejora de su seguridad. Así, durante 2016 se ha implantado la PEA en 2 de los 7 SAD (versión Profile), ubicados en la Unidad de Corta Estancia (UCE) y la Unidad de Pre-hospitalización del Servicio de Urgencias. Se ha habilitado además la opción de los datos clínicos asociados a un medicamento tanto para estaciones con y sin PEA (por ejemplo, una ALERTA que aparecerá en la pantalla de la estación, ante un cambio en la presentación de un medicamento de riesgo cuando éste se vaya a retirar del SAD).

OBJETIVO 2. Implantación desde el Servicio de Farmacia de un nuevo sistema de dispensación urgente de medicamentos (mejora en el circuito de dispensación: función IRMP). En todas las unidades de hospitalización y urgencias, siempre que disponga del tratamiento en PEA, se permite dispensar la medicación on-line para una cama individualmente.

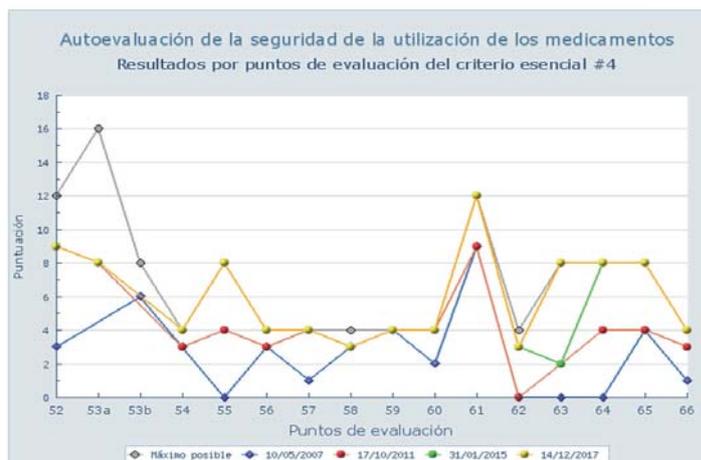
Figura 2. Resultados por puntos de evaluación: Sistema de prescripción electrónica asistida (PEA)

X. Programas de calidad y gestión de riesgos

OBJETIVO 1. Actuaciones del Núcleo de Seguridad y grupo de trabajo de SINASP:

- Reuniones mensuales del grupo de trabajo
- Análisis Causa-Raíz de incidentes notificados categorizados como SAC1
- Desarrollo de los proyectos iniciados en 2015 relacionados con la adhesión de la Arrixaca al proyecto europeo WP5 PASQ.
- Intervención multimodal para mejorar la higiene de las manos.
- Mejora de la seguridad quirúrgica mediante "checklists".
- Escala de alerta temprana en pediatría.
- Edición de Boletines informativos de seguridad: SALUD SEGURA

Merece la pena comentar la línea estratégica que ha obtenido una mejor evolución para todos los ítems definidos. Se trata del CRITERIO ESENCIAL número 4, relacionado con la automatización de los procesos de prescripción y administración de medicamentos (ver Figura 2).



Desde la plataforma WEB del cuestionario del ISMP, es posible además realizar una comparación de nuestros valores con otros hospitales de características demográficas similares que mostramos a continuación (Figura 3).



Figura 3. Datos comparativos. La Arrixaca frente a otros Hospitales de las mismas características.

Este cuestionario está considerado como un instrumento de trabajo muy útil para orientar y planificar las prácticas que conviene implantar para avanzar en la prevención de errores de medicación, así como para evaluar las mejoras conseguidas, por lo que se recomienda cumplimentar con una periodicidad bianual como parte de las actividades de mejora continua de la seguridad de los medicamentos en los hospitales. Es por ello, que desde el año 2011 es de obligada

complimentación dentro del apartado de Seguridad del Paciente incluido en el Acuerdo de Gestión para Hospitales del SMS.

Las líneas de actuación futuras irán encaminadas a mejorar las prácticas que se derivan de los elementos clave I (información sobre los pacientes), VI (adquisición, utilización y seguimientos de los dispositivos para la administración de medicamento), VIII (competencia y formación del personal) y IX (educación al paciente).



Bivalirudina, los riesgos de un anticoagulante intravenoso cuando su uso es poco frecuente

Carlos Albacete Moreno
Facultativo UCI general

*Una notificación en SiNASP
propicia un cambio en el sistema
para evitar el error humano*

¿QUÉ ES LA BIVALIRUDINA?

La Bivalirudina es un anticoagulante intravenoso, derivado de la hirudina, que actúa inhibiendo la trombina. Está indicado en situaciones que contraindican la anticoagulación sistémica con heparina sódica o con heparina de bajo peso molecular, como es el caso de la trombopenia inducida por heparina secundaria a anticuerpos antifactor IV plaquetario. También está indicada en el contexto del síndrome coronario agudo durante la coronariografía. La dosis inicial en perfusión para anticoagulación sistémica, con función renal normal, es de 0,15 mg/kg/h, con ajustes posteriores según coagulación.

¿QUÉ PASO EN LA ARRIXACA?

Se notifica en el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) el caso de un sangrado generalizado, sobre todo digestivo, por sobredosificación de bivalirudina en paciente con trombopenia inducida con heparina y necesidad de antiacoagulación sistémica. Haciendo un análisis de las causas y factores contribuyentes del incidente, se identifica la administración de una dosis 10 veces

superior a la habitual, por lo que se suspende el fármaco de manera puntual y la situación se controla.

¿QUÉ CONTRIBUYÓ A QUE PASARA?

La programación de toda la medicación en la UCI General se hace a través de una aplicación informática llamada ICCA. Dicha aplicación permite incluir fármacos en perfusión programados en dosis/peso. La bivalirudina no estaba incluida en el programa por ser un fármaco de reciente incorporación, y cada vez que se prescribía se incluía de manera manual

Como se observa en la figura 1, en el modo manual sólo se prescribe velocidad de infusión, y no dosis/peso de fármaco.

Solución base:	Salino 0.9%
Volumen base:	50 ml
Aditivo (1)	
Aditivos:	Bivalirudina
Cantidad:	250
Unidades:	miligramos
Volumen total:	50 ml
Velocidad admin:	0,3 ml/h
Frecuencia:	Continuo
Inicio:	25/07/2017 11:45
Detener:	22/08/2017 22:25
Ámbito prof:	Médico

Figura 1.
Prescripción en ICCA, modo manual.
No se prescribe la dosis según peso (sólo se indica la velocidad de infusión).

En el caso notificado se pasó accidentalmente de una velocidad de infusión de 1 ml/h a 10 ml/h, 10 veces superior a la dosis prescrita (Fig 2 y 3).

El Salino 0.9%+Bivalirudina		10	1	1
Volumen admin		10	1	1
Velocidad admin		1	1	10
Acción				
F. camb. sistema				

Figura 2.
Error en la administración. Se pasa de 1 ml/h a 10 ml/h.

PTTA	107,8
Ratio PTTA	3,77
Tiempo protrombina	43,1
Acti. Protromb	20
INR	3,73
Fibrinógeno	549

Figura 3.
PTTA alargado a 107, 8 seg tras sobredosificación

ACCIONES PARA EVITAR QUE VUELVA A OCURRIR

Identificado el problema, se habla con el servicio técnico del programa ICCA y se incluye como fármaco en el sistema, reduciendo así la posibilidad de error humano (Fig 4 y 5).

Este incidente evidencia la necesidad de incorporar barreras en el sistema para mejorar la seguridad del paciente, tales como la introducción de los fármacos en sistemas de prescripción electrónica válidos y la comprobación de las actuaciones sanitarias.

Figura 5.
Perfusión en dosis/peso de fármaco definitiva

PERFUSION Simple	
Aditivos	★ Bivalirudina
Formulación	★ Bivalirudina (Perf)
Cantidad añadida	★ 250 mg
Dosis/Peso	0,02 mg/kg/h
Dosis máxima/Peso	
Concentración	★ 5 mg/ml
Usar dosis según el peso	★ Si
Solución base	★ Salino 0.9%
Volumen Base	★ 50 ml
Velocidad administración	0,3 ml/h
Frecuencia máx admin.	
Volumen total	50 ml
Peso	80,000 kg - Admisión
Lugar Líquido	
Frecuencia	★ Continuo
Inicio	★ 22/08/2017 22:24
Detener	★ 15/09/2017 12:12
Instrucciones	
Comentarios	
Ámbito profesional	Médico

Figura 4.
Cambio de la perfusión a dosis/peso de fármaco

El Bivalirudina 250 mg/ 50 ml...	0,02 (2,4)
Dosis/peso	0,02
Volumen admin	2,4
Velocidad admin	0,3
Acción	
Volumen bolo	
Dosis admin. bolo	
F. camb. sistema	20/08/2017

¿Avanzamos en cultura de seguridad? Resultados de la encuesta 2017

Moreno AB, Lopez-Picazo J.
Unidad de Calidad Asistencial

*"Caminante, no hay camino.
Se hace camino al andar"*

Antonio Machado, poeta (1875-1939)

questionarios largos, las 150 entrevistas se repartieron aleatoriamente en 2 grupos (A y B). A cada grupo se le realizó 21 preguntas diferentes relativas a las 12 dimensiones evaluadas. Además, se practicó las 3 preguntas adicionales mencionadas previamente a la totalidad de la muestra. En definitiva, cada grupo contestó a 24 cuestiones. La respuesta ha sido excelente (90,9%), especialmente en facultativos (94,1%).

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. Según el National Quality Forum, la cultura sobre seguridad sería esencial para minimizar errores y efectos adversos, y su medición necesaria para diseñar actividades que la mejoren. Por eso, y desde el 2012, eso hace la Unidad de Calidad Asistencial.

El instrumento de medida y de recogida de la información utilizado es 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, realizado mediante una cooperación entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia. Puede ser utilizada para medir este aspecto de la cultura de las organizaciones, identificar los aspectos en que habría que incidir para mejorarla, y poder monitorizar su evolución.

La encuesta se ha dirigido a los profesionales sanitarios fijos, interinos, sustitutos o eventuales que trabajaban o recibían formación como residentes durante noviembre de 2017, un total de 4.284 personas. La encuesta se ha realizado de forma telefónica hasta alcanzar una muestra de 150 profesionales. Para reducir la fatiga en la respuesta, propia de los

VALORACIÓN GLOBAL MEDIA DEL GRADO DE SEGURIDAD

La pregunta final pide calificar de cero a diez el grado de seguridad del paciente en el servicio/unidad donde trabaja el profesional. Las puntuaciones son altas (mediana, 8) y concordantes, con elevada proporción de calificaciones excelentes.

		Media	Mediana	Desviación	% ≥8 (exceles)
Sexo	Hombre	7,24	8	1,36	42,6%
	Mujer	7,58	8	1,61	65,0%
Edad	≤ 50 años	7,35	8	1,60	52,6%
	> 50 años	7,73	8	1,42	67,3%
Categoría profesional	Facultativo sanitario	7,44	8	1,54	62,7%
	Enfermería	7,18	8	1,61	51,0%
	Auxiliar sanitario	7,84	8	1,43	60,4%
GLOBAL		7,74	8	1,45	58,0%

Figura 1.
Valoración global del grado de seguridad en el servicio/unidad donde se trabaja.
Escala de Likert de 11 ítems (0-10)

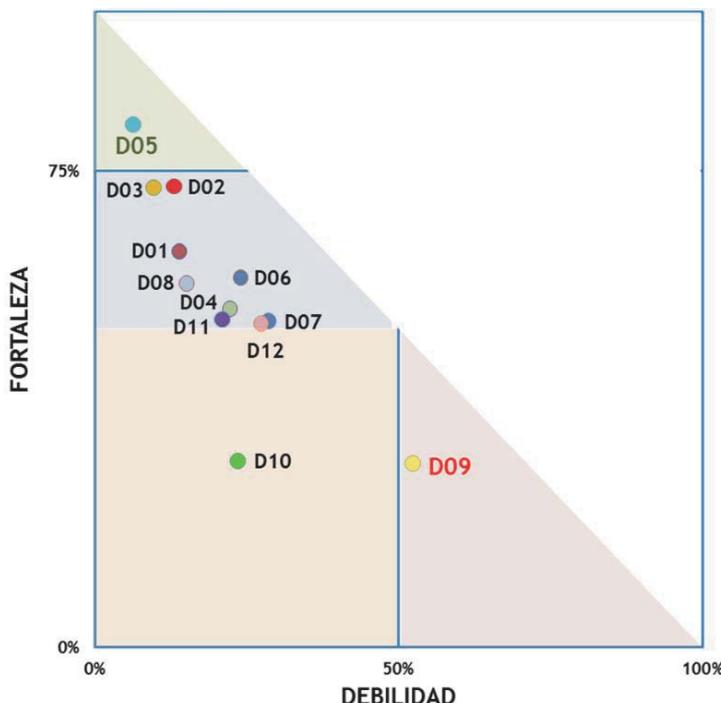
FORTALEZAS, DEBILIDADES Y RIESGOS

La encuesta se interesa por 12 aspectos relacionados con la cultura de seguridad, que podemos clasificar en 4 grupos según representen fortalezas (respuestas positivas superiores al 75%), debilidades (respuestas negativas superiores al 50%) o valores intermedios: riesgo moderado (respuestas positivas 50-75%) o elevado (resto) y representarlas en una matriz donde la situación es mejor cuanto más arriba y a la izquierda.

	Respuestas negativas	Respuestas positivas
D01 Frecuencia de eventos notificados	13,9%	62,3%
D02 Percepción de seguridad	13,0%	72,6%
D03 Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad	9,7%	72,3%
D04 Aprendizaje organizacional mejora continua	22,2%	53,3%
D05 Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio	6,3%	82,3%
D06 Franqueza en la comunicación	24,0%	58,2%
D07 Retroalimentación y comunicación	28,6%	51,3%
D08 Respuesta no punitiva	15,1%	57,3%
D09 Dotación de personal	52,3%	29,0%
D10 Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente	23,6%	29,3%
D11 Trabajo en equipo entre unidades/servicios	21,0%	51,7%
D12 Problemas en cambios de turno y transición entre servicios	27,3%	51,0%

Figura 2.

Resultado de las dimensiones valoradas en la encuesta. Valores numéricos y representación gráfica. En verde, fortalezas. En rojo, debilidades. La posición relativa de las dimensiones en el gráfico es mejor cuanto más arriba y a la izquierda.



Aunque, como era de esperar, no se aprecian grandes cambios en el clima de seguridad desde 2016, hay que destacar la evolución favorable en dimensiones como el **trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio**, que se mantiene en niveles excelentes desde 2015, o la **Percepción de seguridad, la frecuencia de eventos notificados) o la retroalimen-**

tación y comunicación, ya que entendemos que reflejan el fruto más directo de las actividades en seguridad que se realizan a través del Núcleo, la UCA, el Área de Calidad de Enfermería y los referentes de calidad y seguridad de servicios, equipos y unidades. En el otro extremo, es aun claramente necesario avanzar en expectativas

y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad y, sobre todo, en el apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente, que obtiene valores francamente mejorables. La dotación de personal se confirma como una debilidad mantenida del sistema.

Respecto a las preguntas que integran cada dimensión, también se detectan debilidades y fortalezas que podemos destacar. Ambas se recogen en la tabla 1, aunque se han encontrado diferencias entre los estratos utilizados (edad, género, categoría profesional).

SINASP Y SALUD SEGURA.

El 44,0% de los encuestados conoce SINASP (IC95% $\pm 7,9\%$), lo que representa 20 puntos menos que en 2016. De entre los estratos analizados, los hombres ($p < 0,05$) y los facultativos son los que más lo conocen ($p < 0,001$). Los auxiliares sanitarios los que menos ($p < 0,001$). Las personas que conocen SINASP puntúan peor el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad (7,6 frente a 7,3), aunque no es significativo.

Respecto a la revista SALUD SEGURA, el 42,7% de los encuestados la conoce (IC95% $\pm 7,9\%$). Esta cifra supone 31 puntos menos que el año

previo. Al contrario que en caso anterior, las personas que conocen Salud Segura puntúan mejor el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad que las que no (7,6 vs. 7,4), aunque tampoco es significativo.

PUNTOS FUERTES	ÁREAS DE MEJORA
<ul style="list-style-type: none"> • Jefe de servicio/unidad preocupado por los problemas de SP que ocurren • Trato respetuoso • No problemas relacionados con la SP en la unidad • Los fallos en SP originan medidas para evitar repeticiones • No uso punitivo de los errores • Libertad para hablar afectación negativa de la atención al paciente • Colaboración en equipo • En el servicio/unidad se discute cómo evitar que un error vuelva a ocurrir • Apoyo mutuo entre el personal • Ayuda de los compañeros ante sobrecarga • Comodidad al trabajar con otras unidades • Procedimientos para evitar errores 	<ul style="list-style-type: none"> • Información de errores ocurridos • Trabajo bajo presión • Dotación de personal • Jornada laboral agotadora • Información sobre actuaciones frente a incidentes

Tabla 1. Puntos fuertes y áreas de mejora. Preguntas individuales de la encuesta donde se han obtenido más de un 75% de respuestas positivas (punto fuerte), o de un 50% de respuestas indeseadas (área de mejora)



CONCLUSIONES

- Excelente tasa de respuesta global (90,9%), especialmente en facultativos (94,1%).
- La valoración media de la seguridad se mantiene igual que el año previo (7,7 puntos sobre 10), aunque el porcentaje de puntuaciones excelentes disminuye (> 8 : 58,0%).
- No se aprecian grandes cambios en el clima de seguridad, aunque la evolución es favorable en dimensiones como D05 (Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio), D02 (Percepción de seguridad), D01 (Frecuencia de eventos notificados) o D07 (Retroalimentación y comunicación).
- Es necesario avanzar en D03 (Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad) y, sobre todo, en D10 (Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente).
- Sólo la dimensión "trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio" consigue el nivel excelente ($> 75\%$), mantenido desde 2015. En el otro extremo, la "dotación de personal" es una debilidad del sistema ($> 50\%$) y el "apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente" es francamente mejorable.
- Se han detectado puntos fuertes y áreas de mejora en nuestra cultura de seguridad, que están desigualmente distribuidos por sexo, edad y categoría profesional.

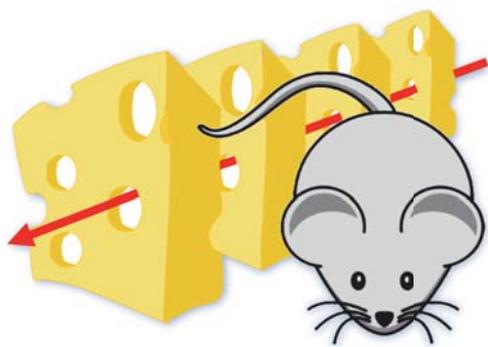
- El grado de conocimiento de SINASP y de Salud Segura desciende a niveles de 2015, especialmente entre las mujeres y la categoría de auxiliares en el primer caso, sin diferencias por estratos en cuanto a la revista.

¿QUÉ HACER ENTONCES?

- 1) Se han fijado de nuevo indicadores, objetivos y metas 2018 explícitas en SP. Se incorpora 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.
- 3) Bajo el liderazgo del equipo directivo, debe impulsarse más la cultura de seguridad, emprendiendo acciones proactivas y no sólo reactivas. Destaca la creación de seguridad del paciente quirúrgico y la de IRAS-PROA, con la participación activa de la dirección.
- 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.

NOTIFICA
www.sinasp.es

Aprender de los errores contribuye a hacer tu entorno de trabajo más seguro para los pacientes



El ratón de Leape

Enfermería y seguridad del paciente

*El ratón de Leape es una sección de **SALUD SEGURA** donde bosquejamos el estado de la cuestión en temas relativos a seguridad del paciente, o comentamos artículos recientes. La idea es que sirva como base para autoevaluar nuestras actuaciones y saber qué hacer para mejorar.*

Utilizamos artículos o conclusiones (principalmente metanálisis y revisiones sistemáticas) que pueden ser recuperados o solicitados a la Biblioteca Virtual MurciaSalud, a la que todos tenemos acceso gratuito. Usamos preferentemente las bases de datos PubMed y Cochrane filtrando por tipo de documento y limitando el periodo a los últimos 3 ó 5 años, según los casos. Para la búsqueda tecleamos los términos pertinentes (Inglés/castellano) con los booleanos AND, OR, NOT.

Hoy hablamos del acercamiento del profesional de enfermería a la seguridad del paciente

León Molina J¹, López-Picazo Ferr, JJ²

¹Enfermero Documentalista.

²Médico. Unidad de Calidad Asistencial.

Enfermería ejerce una función fundamental en la garantía de la seguridad del paciente al asistirle directa y permanentemente, constituyendo la categoría más numerosa de profesionales sanitarios (1). Exige habilidades prácticas el desarrollo de procesos complejos del pensamiento para conjugar conocimiento y dar un cuidado oportuno de calidad y seguridad (2, 3). El ambiente en el que se presta el cuidado es un elemento decisivo en el aumento o disminución del riesgo para los pacientes (4).

La lectura de trabajos publicados es un buen observatorio para localizar los puntos críticos que relacionan enfermería y seguridad del paciente. Por eso realizamos una revisión bibliográfica sobre la relación de la actividad de enfermería y la seguridad del paciente identificando términos, palabras clave, descriptores, áreas de trabajo, taxonomías, etc. en las palabras clave y contenido de los documentos revisados.

Se realizó una búsqueda bibliográfica de revisiones con menos de 5 años de antigüedad en las bases de datos Web Of Science (WOS), PubMed, Biblioteca Cochrane Plus y Lilacs en noviembre 2017. Los descriptores fueron Enfermería y Seguridad paciente. Se identificaron 1.236 documentos, 47 de ellos en español de los que se eliminaron 3 duplicados y se seleccionaron más pertinentes 33. En el documento final se han utilizado 18 referencias.

HALLAZGOS MÁS SIGNIFICATIVOS

De esta revisión se deduce que cuando enfermería investiga o trabaja, para mejorar la seguridad del paciente toma como referencia un limitado número de términos en sus publicaciones, que se detallan en la tabla 1.. Entre ellos el más frecuente es "Seguridad: eventos adversos (errores), administración de medicamentos, detección de errores, declaración, prevención, consecuencias".

En Martínez Castillo (2) se buscó resultados que permitieran identificar el punto de vista de los estudiantes de enfermería sobre el desarrollo de

temática/dominios	referencias	% docs.
Seguridad: eventos adversos (errores), administración de medicamentos, detección de errores, declaración, prevención, consecuencias	(1, 3-10, 12-18)	89%
Formación (pre grado y continuada) / investigación	(1-4, 6-13, 15, 17, 18)	83%
Enfermería: acciones y actuaciones de enfermería; cuidado (gestión de cuidados)	(2-10, 13-18)	78%
Enfermería: enfermería profesión, desarrollo profesional	(1-6, 9-13, 16-18)	78%
Calidad: calidad asistencial (gestión de la calidad, ciclo de mejora, indicadores)	(2, 3, 7-11, 13, 17, 18)	56%
Paciente: entorno y necesidades (incluido higiene, alimentación, protección, familia, etc.)	(1, 3-5, 7, 11, 13, 16-18)	56%
Estructura: estructura/infraestructura (del sistema y de las instituciones), recursos; equipos directivos y liderazgo; organización e instituciones	(3, 4, 8-10, 13, 16, 17)	44%
Conocimiento: evidencia y bibliografía; gestión del conocimiento; pensamiento. Guías de Práctica Clínica, Vías y Protocolos.	(2, 4, 7, 10, 13, 16)	33%
Enfermería: competencias, habilidades, proceso asistencial	(6, 8, 10, 13, 16, 18)	33%
Enfermería: equipo (equipo multi profesional, multidisciplinar, etc.)	(1, 7, 13, 16, 18)	28%
Enfermería: taxonomías, diagnósticos, lenguaje normalizado	(3, 7, 13, 17, 18)	28%
Enfermería: técnicas, tecnología cuidados complejos	(4, 5, 11-13)	28%
Legislación: ética (principios), legislación y normativas	(7, 8, 10, 11, 16)	28%
Información: registro, informes, etc.; comunicación interpersonal (con pacientes y con equipo)	(4, 7, 18)	17%

Tabla 1. Enfermería y seguridad del paciente. Términos más utilizados

habilidades utilizando estrategias sustentadas en simulación. Los estudiantes lo consideraron una experiencia muy enriquecedora ya que se aprende sin poner en riesgo a pacientes reales. En otro estudio (1) identificaron características relacionadas a la interrupción que sufren los enfermeros en su práctica profesional y que favorece los errores en la salud.

El objetivo de una revisión (5) fue analizar la importancia de la higiene y su relación con la comodidad según la teoría de Kolcaba. Los resultados apoyan la necesidad de que el profesional de enfermería asegure la satisfacción de las necesidades de higiene de los pacientes para

proporcionar seguridad, comodidad y bienestar.

En otra revisión (6) se investiga cómo el término seguridad es abordado en el escenario del cuidado de enfermería. "La enfermería desempeña un papel crucial en la promoción de la seguridad del paciente por presentarse de forma más constante y directa en el cuidado al paciente. En contrapartida, si dicho cuidado no es realizado con calidad, puede ser generador de errores y comprometer la seguridad del cuidado".

Una revisión analiza el Informe de Cuidados como herramienta de enfermería para posibilitar la continuidad de cuidados interniveles (7). Lo que supondría mejoras en satisfacción, calidad y seguridad.

Un trabajo (8) aborda la producción bibliográfica existente sobre la aplicación de programas o medidas en materia de seguridad del paciente, como la lista de verificación, la estrategia de higiene de manos, e proyecto bacteriemia Zero o el uso de pulsera identificativa de pacientes.

Los objetivos de una Revisión sistemática sobre recomendaciones de seguridad del paciente para centros sociosanitarios (9) se centraron en la búsqueda de recomendaciones sobre seguridad del paciente en diferentes contextos sociosanitarios y el logro de una atención más segura.

Pérez Beltrán (10) pretende conocer si es medible la cultura de seguridad del paciente en las organizaciones sanitarias, si se ha realizado, cómo se ha medido y qué aspectos se han tenido en cuenta. Esta medida ayuda a identificar problemas, proponer y evaluar iniciativas de mejora.

Una revisión bibliográfica (11) sobre el proceso de transición de la unidad de cuidados intensivos a hospitalización evidencia la importancia de tener

en cuenta las perspectivas de pacientes, familiares y enfermería para poder llevar a cabo una planificación óptima del proceso de transición del paciente desde la UCI a planta que garantice su seguridad.

En un trabajo sobre el rol de las enfermeras en la notificación de reacciones adversas medicamentosas (12) se concluye que "los principales factores que influyen en la infra notificación son la falta de conocimientos y desmotivación de los profesionales".

En una revisión sobre la percepción de la cultura de la seguridad por personal de enfermería (13) el objetivo fue identificar las áreas de fortaleza y oportunidad de mejora continua. Los puntos fuertes fueron el aprendizaje organizacional y trabajo en equipo en la unidad/servicio, la dotación de personal, la respuesta no punitiva a los errores, el apoyo de la gerencia del hospital, la percepción de seguridad, problemas en los cambios de turno/servicio y la franqueza en la comunicación.

Una investigación sobre la cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Colombia (15) concluye que la caracterización de la cultura de seguridad del paciente permitió evidenciar los valores y creencias de un recurso humano valioso e indispensable en el cuidado de la salud de las personas. Los aspectos que destacan como relevantes son la comunicación oportuna, efectiva y de calidad dentro de los miembros del equipo de salud para la identificación de oportunidades de mejora en la correcta atención del paciente. El enfermero es responsable del control de esos aspectos, por lo que una mejor calidad de vida a pacientes/usuarios puede ser proporcionada por intervenciones de enfermería seguras, eficaces y de calidad.

Un trabajo (4) sobre entorno laboral y seguridad del paciente analiza la

relación entre el síndrome de Burnout de Enfermería con la calidad de los cuidados para la seguridad. Observan que la percepción de la seguridad de los cuidados por parte de los profesionales está relacionada con el entorno laboral: dotación y adecuación de recursos, relaciones enfermera-médico, habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de sus responsables, fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad y participación de la enfermera en cuestiones del hospital.

En el estudio sobre eventos adversos y cuidados de enfermería desde la experiencia del profesional (3) y que tuvo como objetivo conocer los aspectos significativos que surgen de las enfermeras acerca de la experiencia de haber sido responsables de un evento adverso en salud se identificaron aspectos relevantes respecto a la necesidad de fortalecer el sistema de recursos humanos y su selección, surgiendo la dotación de personal, la carga de trabajo, el trabajo en equipo y la formación permanente como aspectos significativos para las enfermeras.

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES

La seguridad debe ser parte del patrimonio cultural de las instituciones sanitarias, un valor que impregne el trabajo diario en el sistema sanitario. La primera medida para mejorar la seguridad del paciente es la creación de una cultura que convierta las normas en hábitos.

La seguridad del paciente supone un conjunto de normas, procedimientos, instrumentos y métodos basados en evidencias científicas destinados a minimizar el riesgo de daño sobre agregado y de eventos adversos en la atención de la salud.

Factores como interrupciones en el momento de la prestación del cuidado, la falta de información, un equipamiento obsoleto, la ausencia

de sistemas de identificación de peligros y la falta de personal, entre otros, pueden llevar a la producción de errores.

Corresponde al enfermero hacer operativa la resolución de los problemas de salud y la atención de las demandas de cuidados de enfermería, y así, asegurar la calidad y seguridad de la asistencia.

La utilización del diagnóstico de enfermería y la adopción de lenguajes estandarizados favorece el desarrollo de la seguridad del paciente.

Gestionar el cuidado de forma rutinaria sin valorar correcta y completamente al paciente puede afectar la atención individualizada y ocasionar alteraciones en la integridad, seguridad y satisfacción.

A la vista de los resultados, aunque se identifican problemas de seguridad como la carga de trabajo, los recursos humanos, la reestructuración de camas, la complejidad de las necesidades de los pacientes, la tecnología, etc... no son éstos todos los problemas para la seguridad del paciente. Además están la cultura, la declaración de eventos adversos y situaciones críticas y nuestra propia filosofía de y conciencia de profesionales en los cuidados que prestamos dentro de un ciclo de mejora.

BIBLIOGRAFÍA

1. Monteiro C, Machado Avelar AF, Goncalves Pedreira MdL. Interruptions of nurses' activities and patient safety: an integrative literature review. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*. 2015; 23(1): 169-79. Accesible en: <Go to ISI>://WOS:000351540900023.
2. Martínez-Castillo F, Matus-Miranda R. Skills development with high-fidelity clinical simulation: Perspective of the nursing students Desarrollo de habilidades con simulación clínica de alta fidelidad. *Perspectiva de los estudiantes de enfermería. Enfermería universitaria*. 2015; 12(2): 93-8. Accesible en: <Go to ISI>://SCIELO:S1665-70632015000200093
3. Umpiérrez AF, Fort ZF, Tomás VC. Adverse events in health and nursing care: patient safety from the standpoint of the professional's experience. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2015; 24(2): 310-5. Accesible en: <Go to ISI>://SCIELO:S0104-07072015000200310

4. Escobar-Aguilar G, Gomez-García T, Ignacio-García E, et al. Work environment and patient safety: data comparison between Seneca and RN4CAST projects. *Enfermería clínica*. 2013; 23(3): 103-13. Accesible en: <Go to ISI>://MEDLINE:23647740
5. Carraval Carrascal M, Montenegro Ramírez JD. Hygiene: basic care that promotes comfort in critically ill patients Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. *Enfermería Global*. 2015; 14(40): 340-50. Accesible en: <Go to ISI>://SCIELO:S1695-61412015000400015
6. Lima FdSS, Souza NPG, Freire de Vasconcelos P, et al. Implications of patient safety in the practice of nursing care Implicaciones de la seguridad del paciente en la práctica del cuidado de enfermería. *Enfermería Global*. 2014; 13(35): 293-309. Accesible en: <Go to ISI>://SCIELO:S1695-61412014000300017
7. Martínez Vidal LE, Cantero González ML. Report of nursing cares: a review of the current situation Informe de cuidados en enfermería: revisión de su situación actual. *Enfermería Global*. 2013; 12(32): 336-45. Accesible en: <Go to ISI>://SCIELO:S1695-61412013000400020
8. Estepa del Arbol M, Moyano Espadero MC, Pérez Blancas C, et al. Effectiveness of patient safety programs Eficacia de los programas de seguridad del paciente. *Enfermería Nefrológica*. 2016; 19(1): 63-75. Accesible en: <Go to ISI>://SCIELO:S2254-28842016000100008
9. Reyes-Alcazar V, Cambil Martín J, Herrera-Usagre M, et al. Recommendations on the safety of patients for socio-health centers: Systematic review. *Medicina Clínica*. 2013; 141(9): 397-405. Accesible en: <Go to ISI>://WOS:000326415800006
10. Perez Beltran A, Ruiz Frias Gil S, Lopez Ruiz M, et al. The measurement of patient safety culture: a literature review. *Revista de enfermería (Barcelona, Spain)*. 2013; 36(9): 50-5. Accesible en: <Go to ISI>://MEDLINE:2425420
11. Vazquez Calatayud M, Portillo MC. The transition process from the intensive care unit to the ward: a review of the literature. *Enfermería intensiva*. 2013; 24(2): 72-88. Accesible en: <Go to ISI>://MEDLINE:23375829
12. Zurita-Garaicoechea A, Reis-Carvalho J, Ripa-Aisa L, et al. Nursing role in reporting adverse drug reactions. *Enfermería Clínica*. 2015; 25(5): 239-44. Accesible en: <Go to ISI>://WOS:000421589900004
13. Castañeda-Hidalgo H, Garza Hernández R, González Salinas JF, et al. PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES POR PERSONAL DE ENFERMERÍA. *Ciencia y enfermería*. 2013; 19(2): 77-88. Accesible en: <Go to ISI>://SCIELO:S0717-95532013000200008
14. Pérez Madrazo K, Díaz Marín D, Lorenzo Velásquez BM, et al. Theory and nursing care- the articulation for the safety of the diabetic pregnant woman Teoría y cuidados de enfermería. Una articulación para la seguridad de la gestante diabética. *Revista Cubana de Enfermería*. 2012; 28(3): 243-452. Accesible en: <Go to ISI>://SCIELO:S0864-03192012000300008
15. Gómez Ramírez O, Arenas Gutiérrez W, González Vega L, et al. PATIENT SAFETY CULTURE OF NURSING STAFF IN BOGOTÁ, COLOMBIA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR PERSONAL DE ENFERMERÍA EN BOGOTÁ, COLOMBIA. *Ciencia y enfermería: Revista Iberoamericana de Investigación*. 2011; 17(3): 97-111. Accesible en: <Go to ISI>://SCIELO:S0717-95532011000300009
16. Urbina Laza O. Nursing competences for patient' safety Competencias de Enfermería para la seguridad del paciente. *Revista Cubana de Enfermería*. 2011; 27(3): 239-47. Accesible en: <Go to ISI>://SCIELO:S0864-03192011000300008
17. Gomes da Costa R, Fortes Vitor A. Diagnósticos de enfermería del Dominio de Seguridad/protección en pacientes en postoperatorio. *Revista Cubana de Enfermería*. 2014; 30(4). Accesible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/504/104>
18. Lima-Aguilar L, Cavalcante-Guedes M. Diagnósticos e intervenciones de enfermería del dominio seguridad y protección de los pacientes en hemodiálisis. *Enfermería Global*. 2017; 16(3): 1-37. Accesible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/248291>