

# Salud Segura



NÚCLEO DE SEGURIDAD DEL ÁREA I MURCIA-OESTE

**Edita:**

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

**Comité editorial:**

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

**Coordinador de edición:** Julio López-Picazo Ferrer

**Suscripción:** Envío gratuito. **Solicitudes:** [saludsegura.area1.sms@carm.es](mailto:saludsegura.area1.sms@carm.es)

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

**A** | Área I  
Murcia Oeste  
*Arrixaca*

Volumen 1, Número 1. MAYO 2013

**En este número:**

- *La seguridad del paciente: un valor del Área I y un compromiso de todos.*  
Equipo directivo del Área I Murcia -Oeste
- *¿Qué es la seguridad del paciente?*  
Dr. Julio López-Picazo, Coordinador de la Unidad de Calidad Asistencial
- *SiNASP. Sistema para la Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente.*  
Núcleo de seguridad del Área I Murcia -Oeste
- *El núcleo de seguridad. Quiénes somos y qué hacemos.*  
Núcleo de seguridad del Área I Murcia -Oeste
- *SiNASP sirve: medicamentos de alto riesgo de administración oral.*  
Dra. Nuria Tomás. Unidad de Calidad Asistencial

## La seguridad del paciente: un valor del Área I y un compromiso de todos

**Nuestro equipo directivo opina sobre la importancia que tiene la seguridad de los pacientes que atendemos para nuestra organización, hospital y centros de salud.**

El Área I Murcia-Oeste tiene como parte de su misión ofrecer una atención de salud adecuada, ágil y segura y ser referencia para prestaciones de alta complejidad. Aspiramos así a que nuestra labor asistencial, docente e investigadora sea reconocida y de prestigio.

Esto es posible gracias a la participación e implicación de todos y a valores que reconocemos como propios: *la atención centrada en el paciente y la búsqueda de la excelencia en lo que hacemos.*

Por todo ello, *velar por la seguridad de nuestros pacientes es un elemento de primer orden en nuestra estrategia.* Prueba de ello son las iniciativas en este sentido que hemos ido poniendo en práctica desde unos años atrás. Basta recordar la universalización de la pulsera identificativa, la difusión de la higiene de manos, la introducción de la lista de verificación quirúrgica, el proyecto bacteriemia zero, o tantos otros. Todos sin olvidar la importancia que adaptar procedimientos y la reingeniería de procesos han tenido para mejo-



El equipo directivo del Área I Murcia-Oeste. De izquierda a derecha: Pablo Fernández, director de enfermería; Javier Aranda, director de gestión; José Vicente Albaladejo, director gerente; José Domingo Cubillana, director médico.

rar la seguridad, como por ejemplo en el uso de medicamentos dentro y fuera del hospital o en pacientes sometidos a cirugía cardiaca.

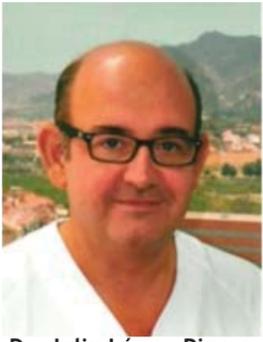
Tenemos el placer de presentaros el primer número de "Salud Segura". Es una iniciativa del núcleo de seguridad que nace para mejorar nuestra cultura y conocimientos en este campo, fomentar las prácticas seguras y dar a conocer los proyectos que llevamos a cabo. También ha de servir como vehículo para vuestras iniciativas y aporta-

ciones. El objetivo es sumar actitudes y personas con un único fin: *lograr que nuestro lugar de trabajo y lo que hacemos sea lo más seguro posible para nuestros pacientes.*

**Comprométete e implícate. Todos ganamos.**



# ¿Qué es la seguridad del paciente?



Dr. Julio López-Picazo.  
Coordinador Unidad de  
Calidad Asistencial

La seguridad del paciente es, junto con la calidad científico-técnica, la efectividad de nuestras actuaciones y la satisfacción de las expectativas de nuestros pacientes, uno de los componentes clave de la calidad asistencial y el de mayor relevancia en los últimos años. Los pacientes y sus familias desean sentirse seguros y confiados de la asistencia y cuidados que reciben. Nuestros gestores y nosotros mismos deseamos ofrecer una atención segura, efectiva y eficiente.

La publicación del informe “To err is human” en 1999 dejó patente que los efectos no deseados causados por la atención sanitaria son una causa de elevada morbilidad y mortalidad, y una importante fuente de insatisfacción de pa-

cientes y profesionales. La razón fundamental de estos errores es la creciente complejidad del manejo de pacientes, donde interactúan factores organizativos, personales de los profesionales y de la enfermedad.

Como resultado, *nuestro trabajo incluye siempre cierto grado de riesgo para el paciente*, según su vulnerabilidad, la existencia de equivocaciones humanas o fallos del sistema y la aceptación de un daño previsible buscando un beneficio mayor.

En este contexto podemos actuar para reducir o controlar los daños o la probabilidad de que se produzca un daño asociado a un incidente. Así, frente a los riesgos podemos interponer barreras (medidas para disminuir la probabilidad de aparición de incidentes o para aumentar la capacidad de detec-

ción) y frente a los incidentes, planes de contingencia para eliminar o atenuar su impacto en el paciente.

Podemos entonces definir seguridad del paciente como la *ausencia de lesiones o complicaciones evitables, producidas o potenciales, como consecuencia de la atención recibida*. Para mejorarla debemos empezar por reconocer que equivocarse es inherente al ser humano, que todos nos equivocamos. Un error muy común es sobrestimar nuestra capacidad de hacer lo correcto en un entorno donde se suman la presión, el cansancio, el estrés, la falta de recursos óptimos y, en ocasiones, los problemas personales.

Ante este hecho podemos adoptar dos posturas. La primera supone que los profesionales se equivocan porque son despistados, olvidadizos, indolentes o malos profesionales. La estrategia a seguir en este caso es identificar a los

culpables, formarlos, emprender acciones disciplinarias o separarlos del servicio. Los resultados no son nada buenos.

La otra postura asume que los profesionales se equivocan simplemente porque son personas. Así, muchos errores se deberán a fallos latentes en el entorno asistencial y en cómo hacemos las cosas (los procedimientos que aplicamos). Son por tanto previsibles. *La estrategia a seguir es analizar los errores (antes y después que se produzcan), aprender sobre ellos para saber cómo evitarlos, y actuar en consecuencia*. En este proceso de aprendizaje y mejora es necesaria la colaboración de todos, una cultura positiva ante los errores. Eso te pedimos.

**“Lo peor no es cometer un error, sino tratar de justificarlo en vez de aprovecharlo como aviso providencial”**

Santiago Ramón y Cajal (1852-1934).  
Premio Nobel de Fisiología y Medicina

## Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente

Los sistemas de notificación de incidentes son sistemas que *permiten la comunicación y el registro de incidentes, eventos, circunstancias o errores que afectan a la seguridad de los pacientes*. SiNASP es el sistema desarrollado por el Ministerio de Sanidad y Política Social, en marcha en el área desde Julio de 2011, para *mejorar la seguridad de nuestros pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron o podrían haber producido daño*. El estudio de estas situaciones y su contexto, de los riesgos latentes preexistentes y de los factores que contribuyeron a su aparición se realiza con el fin de promover los cambios necesarios en el sistema para evitar que estas situaciones vuelvan a producirse en el futuro. *El énfasis principal está en el aprendizaje para la mejora*.

Aunque la notificación es voluntaria, os animamos a utilizar el sistema y colaborar en el aprendizaje y la mejora de la seguridad del paciente. La información introducida en SiNASP es totalmente confidencial y está protegida por los más avanzados sistemas de seguridad.

SiNASP es una aplicación web. Puedes acceder desde [www.sinasp.es](http://www.sinasp.es) o a través del icono existente en Arrinet, donde encontrarás nuestro código de acceso y una guía del notificante.

Si tienes dudas, podemos resolvértelas desde la Unidad de Calidad (tel. 831064 - 29701) o por correo electrónico ([saludsegura.area1.sms@carm.es](mailto:saludsegura.area1.sms@carm.es)). En Arrinet (Áreas / Calidad / Seguridad del paciente) tienes también disponible más información sobre el tema.

**Notifica.**

**Ayúdanos a hacer tu trabajo diario más seguro para nuestros pacientes.**

# El núcleo de seguridad: Quiénes somos y qué hacemos

El núcleo de seguridad es el grupo de personas del área I que, entre otras actividades relacionadas con la seguridad del paciente, se encarga de:

- Realizar análisis cualitativos y cuantitativos de las notificaciones de incidentes de seguridad que le llegan a través de SiNASP o de otras fuentes.
- Proponer planes de mejora o planes de reducción de riesgos, y colaborar en su implementación.
- Difundir información sobre seguridad a los profesionales.
- Evaluar el funcionamiento del SiNASP.

Es una especie de comité permanente de la comisión de seguridad que se reúne con frecuencia mensual o mayor. Está formado en la actualidad por 8 personas de diferentes profesiones y nivel de responsabilidad. Éstas son:

- Pablo de la Cruz, farmacéutico.
- Pilar Ferrer, supervisora del área de calidad de enfermería.
- Catalina García, supervisora de oftalmología.
- Beatriz Garrido, farmacéutica del área de prescripción electrónica y seguridad de medicamentos.
- Juan A Gómez Company, médico de la puerta de urgencias. Subdirector del área médica.
- Julio López-Picazo, coordinador médico de la Unidad de Calidad Asistencial.
- Virginia Pujalte, médico intensivista. Coordinadora del Servicio de Atención al Usuario y del área de formación.
- Nuria Tomás, médico de la Unidad de Calidad Asistencial y responsable del SiNASP en la Comisión de Seguridad del Área.



Núcleo de Seguridad del Área I Murcia-Oeste. Los miembros que aparecen en esta foto son, de izquierda a derecha: Julio López-Picazo, Nuria Tomás, Juan A. Gómez Company, Virginia Pujalte, Pilar Ferrer, Cati García.

Además del núcleo, en el área I existe una Comisión de Seguridad que se articula en varios grupos de trabajo: medicamentos, seguridad quirúrgica, seguridad en los cuidados de enfermería, infección nosocomial y SiNASP.

Puedes acceder a más información sobre el núcleo y la Comisión desde Arri-net, en el apartado de seguridad del área de calidad, y comunicarte con nosotros a través de nuestra dirección de correo electrónico ([saludsegura.area1.sms@carm.es](mailto:saludsegura.area1.sms@carm.es)).

## SiNASP sirve.

### Medicamentos de alto riesgo de administración oral.



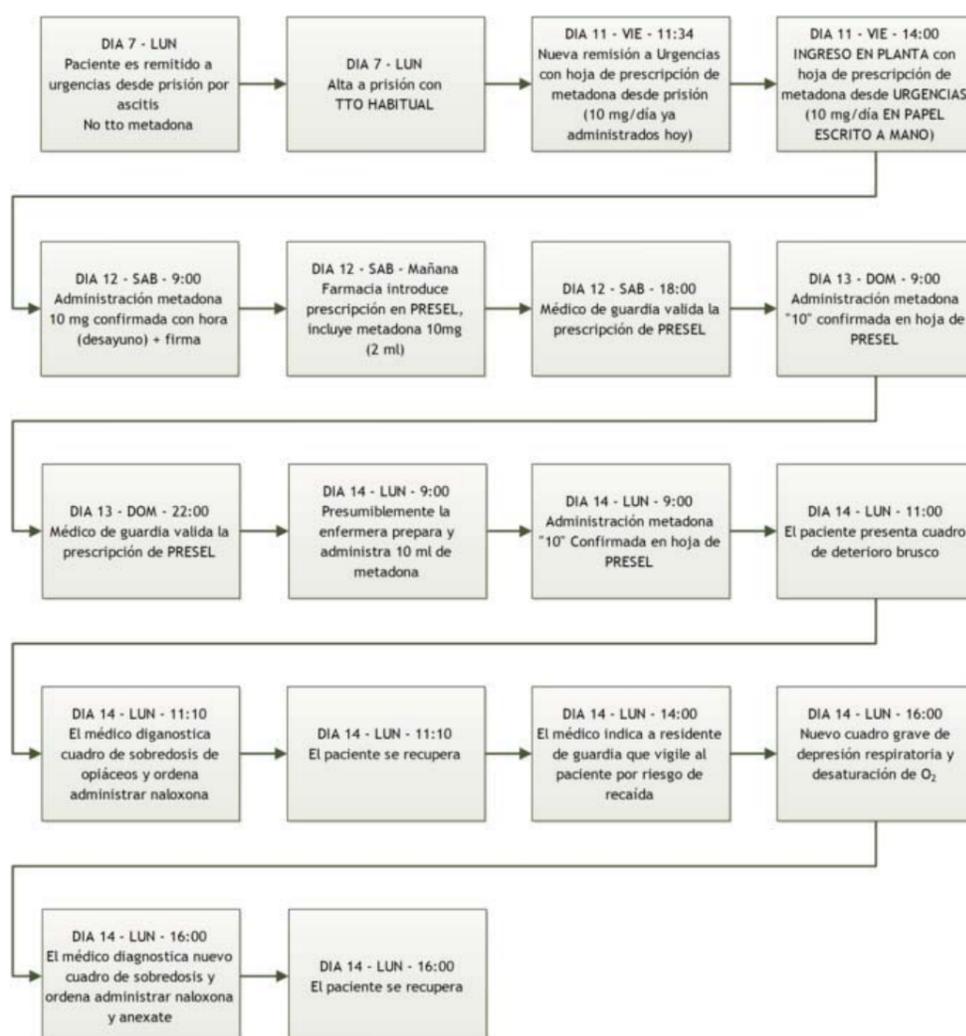
Dra. Nuria Tomás.  
Unidad de Calidad Asistencial

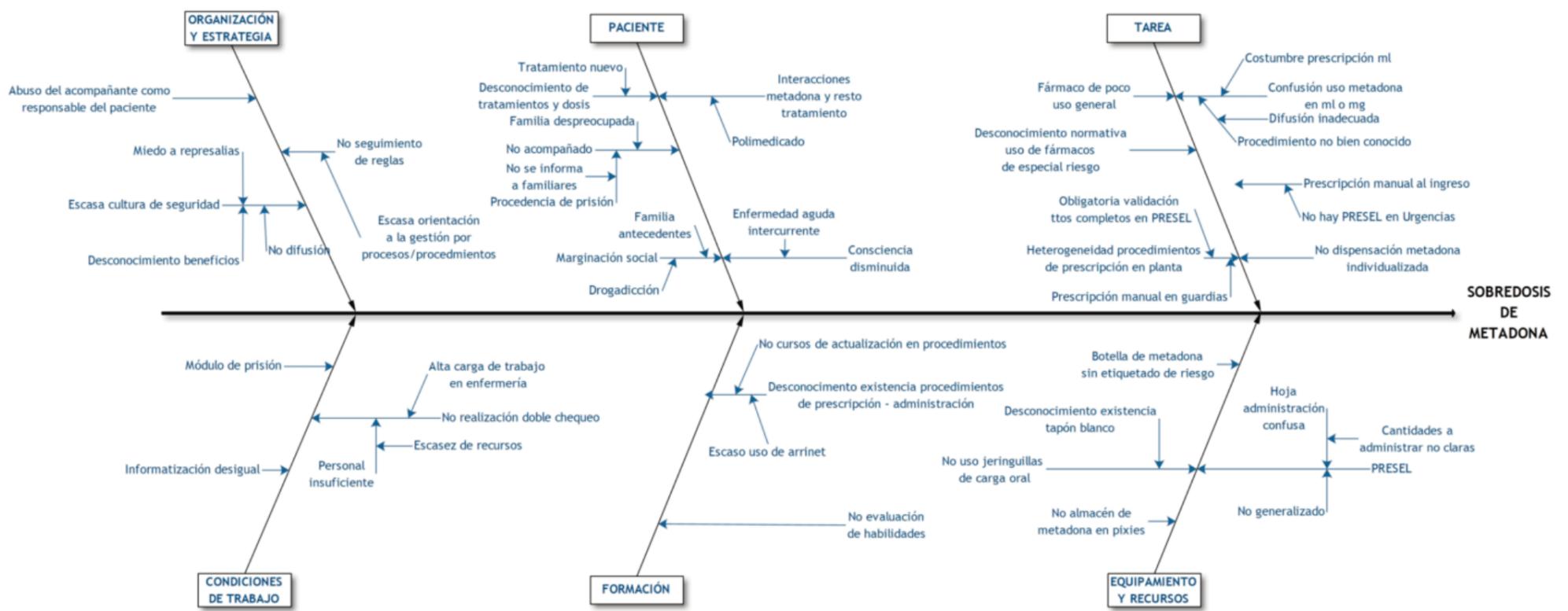
En nuestro centro se han realizado 42 notificaciones en SiNASP desde su inicio en Julio de 2011. Este número es muy escaso, y más si tenemos en cuenta el nivel y magnitud de nuestro Hospital. Sin embargo, de ellas casi un 20% han sido eventos de especial trascendencia (SAC 1 y 2 en nuestra jerga) y por ello analizados con especial detalle en el Núcleo de Seguridad.

El que nos ocupa hoy y sirve de ejemplo para que conozcáis la metodología que empleamos es una notificación sobre un paciente ingresado. Se trata de un error de medicación que puso en riesgo la vida del paciente (le produjo parada respiratoria) y necesitó intervención. Afortunadamente se recuperó tras el tratamiento oportuno. La secuencia de eventos que han podido asegurarse se detalla a la derecha.

Para reunir esta información el núcleo indagó en la historia clínica electrónica y en papel, en el programa Presel (aparece la pauta de tratamiento que ha de administrarse) y realizó entrevistas a profesionales del servicio y ala donde sucedió. Constatada la importancia y gravedad, se formó un grupo de trabajo con personas del núcleo, dirección, médicos, farmacéuticos, enfermeros y supervisores.

Especial interés tuvo profundizar en el procedimiento de administración de metadona. Se dispensa en frasco desde farmacia, y en planta se prepara la dosis extrayendo con jeringuilla el volumen necesario. En este procedimiento se detectaron oportunidades de mejora para reforzar las barreras del sistema, como podéis observar en el análisis de causa de la página siguiente.





Análisis de causa-efecto. Diagrama de Ishikawa elaborado por el grupo con los datos aprendidos tras la notificación

Tras este análisis, la causa-raíz identificada que puede prevenir nuevos incidentes de este tipo fue la rutina inadecuada de prescripción-dispensación-administración de metadona. Las acciones correctoras implementadas fueron dirigidas a mejorar ésta y otros factores contribuyentes del incidente:

- Envío de nota por correo electrónico desde dirección a los médicos informando de la necesidad de prescribir los medicamentos en miligramos, en vez de en mililitros, unidades, ampollas, etc.
- Inclusión de una alerta en Presel para asegurar que la prescripción se hace en miligramos.

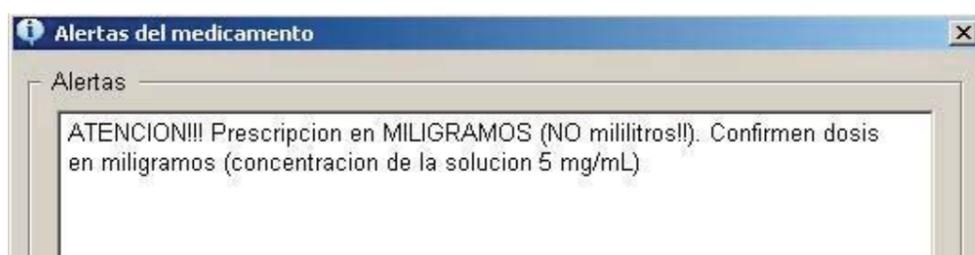
- Confección y difusión de un listado de fármacos de alto riesgo de administración oral.
- Confección y difusión de un procedimiento de doble chequeo para estos fármacos.
- Etiquetado de los frascos de metadona con una pegatina advirtiendo de la necesidad de comprobar la correcta dispensación en mg y ml.
- Fomento de la utilización de jeringas adecuadas para la administración oral de fármacos.

<b>ANTICOAGULANTES ORALES</b>	ACENOCUMAROL (Sintrom® 4 mg)
<b>ANTIDIABÉTICOS ORALES</b>	METFORMINA (Dianben® 850 mg) GLIPIZIDA (Minodiab® 5 mg) GLIQUIDONA (Glurenor® 30 mg) CLORPROPAMIDA (Diabinase® 250 mg) REPAGLINIDA (Novonorm® 0.5mg, 1 mg y 2 mg)
<b>MEDICAMENTOS PARA SEDACIÓN</b>	MIDAZOLAM 2.5 mg/mL JARABE (fm)* MIDAZOLAM 7.5 mg comprimidos HIDRATO DE CLORAL 5%*
<b>ANALGÉSICOS OPIACEOS</b>	MORFINA comprimidos (MST® 5, 10, 30, 60, 100 mg) MORFINA solución (Oramorph 20 mg/ml sol oral)* MORFINA solución 0.4 mg/mL, 50 mL (fm)* METADONA solución 5 mg/mL, 50 mL (fm)* BUPRENORFINA comprimidos (Buprex® 0.2 mg)
<b>METOTREXATO ORAL (uso no oncológico)</b>	METOTREXATO 2.5 mg

Listado de medicamentos orales de alto riesgo. Nueva lista de medicamentos generada a partir de la notificación en SiNASP. Incluyen etiquetado de advertencia y precisan de doble chequeo para su administración.



Etiqueta para identificar los frascos de medicamentos orales de Alto Riesgo dispensados desde el Servicio de farmacia como fórmula magistral. Se incluye en los medicamentos de la lista anterior marcados con asterisco.



Alerta de prescripción. Mensaje que aparece en el programa de prescripción Presel al intentar prescribir metadona.

Tras la puesta en marcha estas medidas nuestro hospital cuenta con nuevas barreras para disminuir la probabilidad de que sucedan eventos adversos. Pero aún nos queda un largo camino por recorrer.

**Notifica.**  
**Ayúdanos a hacer tu trabajo diario más seguro para nuestros pacientes.**