

# 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, Soledad Sánchez, 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



Volumen 2, Número 4. OCTUBRE 2014

**En este número:**

- *Los qués, porqués y paraqués del II Foro Regional de Seguridad del Paciente.*  
S. Valbuena, J. López-Picazo, R. Gomis.
- *¿Qué tal es la cultura de seguridad en la Arrixaca?*  
Unidad de Calidad Asistencial.
- *Los eventos centinela (II). Lo que nunca debe pasar en el manejo de los equipos.*  
Núcleo de Seguridad del Área I Murcia-Oeste.
- *SiNASP sirve: parada cardiorrespiratoria en UCI.*  
D<sup>a</sup>. Pilar Ferrer. Supervisora del Área de Calidad de Enfermería.



30 de octubre de 2014  
Salón de Actos del HCUVA

*Actividad de Formación Continuada Acreditada por el Servicio de Docencia y Formación del Área 1.  
Declarada de interés sanitario regional.*

**MÁS INFORMACIÓN E INSCRIPCIÓN GRATUITA EN:**  
<http://www.somuca.es/>

La seguridad del paciente es uno de los componentes clave de la calidad asistencial y el que mayor relevancia ha obtenido en los últimos años. Por eso, tras el Foro organizado en 2012, la Sociedad Murciana de Calidad Asistencial (SOMUCA), en colaboración con el Programa de Seguridad del Paciente de la Región de Murcia y los Colegios Profesionales de Médicos y de Enfermería, ha programado entre sus actividades 2014 este II Foro de Seguridad.

## OBJETIVOS:

- Proporcionar un lugar de encuentro para los profesionales sanitarios la Región de Murcia interesados en seguridad del paciente.
- Difundir experiencias en Seguridad del Paciente seleccionadas por las Áreas de Salud de la Región.
- Debatar sobre temas actuales y de interés en la Seguridad del Paciente.

09.00 h	Inauguración del Foro
09.10 h	<b>MESA 1</b> <b>Experiencias en Seguridad del Paciente en el SMS.</b> <i>Estructurada en 2 bloques, 10 gerencias del SMS nos relatan experiencias en seguridad del paciente desarrolladas recientemente en su ámbito.</i>
11.15 h	Pausa
11.45 h	<b>MESA 2</b> <b>La 1ª Víctima. El Paciente como Cliente del Sistema Sanitario.</b> <i>Los problemas en seguridad que más inciden en el paciente, desde el punto de vista de diferentes profesiones sanitarias.</i>
13.15 h	<b>CONFERENCIA DE CLAUSURA</b> <b>La 2ª Víctima. El Profesional como Agente del Sistema Sanitario.</b> <i>Juan Francisco Herrero Cuenca. Jefe de Inspección Médica. Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana.</i>
14.00 h	Clausura

# Los qués, porqués y paraqués del II Foro Regional de Seguridad del Paciente

Valbuena S<sup>1</sup>, López-Picazo JJ<sup>2</sup>, Gomis R<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Coordinadora Regional de Seguridad del Paciente. Presidenta del comité científico II Foro.

<sup>2</sup>Coordinador Unidad de Calidad Asistencial AIMO-Arrixaca. Presidente del comité organizador II Foro.

<sup>3</sup>Presidente de SOMUCA, Sociedad Murciana de Calidad Asistencial

*El próximo 30 de octubre se celebra el II Foro Regional de Seguridad del Paciente en el Salón de Actos de la Arrixaca. Los presidentes de los comités científico y organizador, y el presidente de SOMUCA nos explican su razón de ser.*

## LOS PORQUÉS

La seguridad del paciente es uno de los componentes clave de la calidad asistencial y probablemente el que mayor relevancia ha obtenido en los últimos años. Esto es así porque los pacientes y sus familias desean sentirse seguros y confiados de la asistencia y cuidados que reciben, mientras que los gestores y los profesionales se preocupan por ofrecer una atención más segura, efectiva y eficiente.

En este sentido y en la Región de Murcia, el Programa Regional de Seguridad del Paciente ha aglutinado desde 2006 multitud de actuaciones para mejorar la seguridad y reducir los eventos adversos de la atención sanitaria, en consonancia con la Estrategia Nacional y la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, propuesta en 2004 por la Organización Mundial de la Salud.

Así, en el Servicio Murciano de Salud se han desarrollado proyectos relativos a la infección nosocomial, la mejora de la adhesión de los profesionales a la higiene de manos, la identificación inequívoca de pacientes, la cirugía segura o la implantación de SiNASP (Sistema de Notificación), además de programas de formación para profesionales y proyectos específicos como Bacteriemia y Neumonía Zero. Hace 2 años, la Consejería puso en marcha el Plan de Acción para la Mejora de la Seguridad del Paciente 2012-2016, un compromiso de

futuro para afianzar lo conseguido y proyectar líneas de actuación que des-  
emboquen en una atención más segura y de calidad.

En este contexto, la Sociedad Murciana de Calidad Asistencial (SOMUCA), en colaboración con el Programa de Seguridad del Paciente de la Región de Murcia, organizó en 2012 el I Foro Regional de Seguridad del Paciente en el Hospital Morales Meseguer.

Su éxito en participación y satisfacción de los asistentes, nos animó a hacerlo punto de partida de una actividad mantenida en seguridad del paciente, a fin de que los avances globales en este campo y las experiencias y puestas en práctica en nuestra Región de Murcia puedan ser conocidos por todos.



## LOS QUÉS

El II Foro se estructura en torno a 2 mesas, y finaliza con una conferencia de clausura. En la primera mesa, 10 gerencias del SMS nos relatan experiencias recientes en torno a la seguridad del paciente que se han desarrollado en su ámbito. Al compartirlas, nos van a mostrar sus avances en seguridad del paciente y tendremos una perspectiva global de las iniciativas regionales en esta estrategia.

En la segunda mesa, "La 1ª Víctima. El Paciente como Cliente del Sistema Sanitario" se va a debatir sobre diferentes aspectos de la seguridad del pacien-

te, como son los eventos adversos más frecuentes, la notificación de éstos en los sistemas de notificación o la propia percepción del paciente de estos eventos, y en conjunto sobre cultura de seguridad del paciente.

En la conferencia de clausura, "La 2ª Víctima. El Profesional como Agente del Sistema Sanitario", abordaremos el importante tema de los profesionales involucrados en un evento adverso, cómo se sienten y cómo se les maltrata y culpabiliza en los sistemas sin cultura de seguridad del paciente, cuando en España cabe esperar que hasta un 15% de la plantilla de los sanitarios se vean involucrados anualmente en un evento adverso.

## LOS PARAQUÉS

Los incidentes y eventos adversos pueden ser muy variados y se pueden presentar en escenarios muy diversos, desde un centro de salud a un hospital comarcal o un hospital universitario de gran tamaño. En Murcia, al igual que indican los estudios nacionales e internacionales, son los errores de medicación los más numerosos. En SINASP, el sistema de notificación de incidentes y eventos adversos que tenemos implantado en todos los hospitales públicos desde el año 2011 y cada día en más centros de salud, le siguen en frecuencia los incidentes relacionados con equipos y dispositivos y, en tercer lugar, con la identificación (paciente o pruebas).

Sufrir un daño como consecuencia de la atención sanitaria es lo último que espera un paciente y su familia cuando acude a un centro sanitario. Causar un daño físico o psicológico es también lo último que espera la sociedad de sus profesionales sanitarios, y éstos de sí mismos. Es también lo último que desea cualquier organización orientada al cuidado de la salud. Aunque sabemos que los eventos adversos ocurren y que sus consecuencias pueden ser graves, no siempre estamos suficientemente preparados a nivel organizativo para reaccionar ante ellos.

Para prevenir la incidencia de eventos adversos, es preciso un modelo centrado en el sistema, hay que incrementar los factores que aumentan la segu-

ridad y disminuir los factores de riesgo. Lo más importante cuando surge un problema no es quién, sino qué, cómo, cuándo, dónde, por qué y cómo se podría haber evitado.

Es necesario un cambio de cultura, de una cultura punitiva por una cultura proactiva, con un estudio sistemático y proactivo de los procesos (¿qué puede fallar?, ¿por qué puede ocurrir?, ¿qué consecuencias tiene el fallo?) dirigido a identificar y evitar problemas antes de que ocurran.

Es necesario fomentar la cultura de seguridad en la actividad diaria de los profesionales, introducir la seguridad del paciente de forma transversal en el diseño de todos los procesos, implantando prácticas clínicas seguras que reduzcan la incidencia de los eventos adversos.

La seguridad es cosa de todos, de los pacientes y de los profesionales, cada uno en su nivel. En todo caso, éstos últimos, son básicos en la seguridad del paciente, bien mediante la adhesión a prácticas clínicas seguras, con seguimiento de protocolos consensuados y basados en la evidencia, o conociendo y desarrollando cultura de seguridad, notificando en los sistemas habilitados y participando en los análisis causa-raíz, con propuesta y adopción de medidas de mejora. Es preciso fomentar en nuestros centros el concepto de aprendizaje para la mejora, y que los fallos personales sean considerados oportunidades para mejorar el sistema y evitar el daño.

También debemos eliminar barreras para la seguridad, como el intervencionismo médico excesivo, innecesario y de poca evidencia, la falsa creencia de infalibilidad de algunos, y su "ceguera profesional" para reconocer los eventos adversos, su frecuencia y gravedad, y tomar medidas para prevenirlos.

Para contribuir a todo ello y mejorar la seguridad de los pacientes en nuestra Región, la SOMUCA quiere aportar su granito de arena, entre otras cosas con la organización de este Foro. En ello invierte un considerable esfuerzo económico, haciendo la inscripción gratuita.

**Conoce lo que está pasando a tu alrededor en seguridad del paciente. Apúntate al Foro y pásate el día 30 por el Salón de Actos. Merecerá la pena.** Más información e inscripciones en [www.somuca.es](http://www.somuca.es)

# ¿Qué tal es la cultura de seguridad en la Arrixaca?

*"La cultura es un saber del que uno no tiene que acordarse: fluye espontáneamente"*

Diógenes (412-323 AC) Filósofo griego

La existencia de una adecuada cultura de seguridad en los profesionales es un rasgo crítico para avanzar en la seguridad del paciente (SP), ya que es esencial para minimizar errores y efectos adversos. Para conocerla, en la Arrixaca utilizamos desde 2012 la adaptación española de la encuesta del AHRQ realizada por la UMU y el Ministerio de Sanidad, a fin de medir la cultura de seguridad en el hospital, identificar los aspectos en que habría que incidir, diseñar actividades que la mejoren y poder monitorizar su evolución. Se dirige a los profesionales sanitarios fijos, interinos o sustitutos, y a los residentes.

La encuesta consta de 43 preguntas, proporciona información sobre la percepción relativa de doce dimensiones de la cultura de seguridad e identifica fortalezas ( $\geq 75\%$  respuestas deseables) debilidades ( $\geq 50\%$  respuestas no deseables) y situaciones intermedias: riesgo moderado (respuestas positivas 50-75%) o elevado (resto). Además, se valora de 0 a 10 la percepción global del grado de seguridad en el hospital.

En 2013 se ha realizado en diciembre, por teléfono, hasta alcanzar una muestra de 250 profesionales, con excelentes tasas de respuesta que oscilaron entre el 74% en mayores de 50 años y el 96% (sanitario no facultativo), y valores medios del 81%.

## ¿Qué resultados hemos obtenido?

Al igual que en 2012, **el trabajo en equipo en el seno de cada unidad o servicio representa una fortaleza** para la SP en el hospital, y ocho dimensiones

más se sitúan en el siguiente escalón (una más que en 2012). Aunque no se han detectado debilidades, la coordinación entre diferentes servicios/unidades, el apoyo de la gerencia en SP y la dotación de personal son prioridades de mejora si bien, a excepción de ésta última, han mejorado respecto a 2012.

A destacar, los siguientes **puntos fuertes**:

- Trato respetuoso
- Jefes preocupado por los problemas de SP
- Los fallos en SP originan medidas para evitar repeticiones
- Se discute cómo evitar que un error vuelva a ocurrir
- Colaboración en equipo
- No uso punitivo de los errores

	Dimensión	Rptas positivas	Rptas negativas
<b>FORTALEZAS</b>	Trabajo en equipo dentro de la unidad o servicio	76%	5%
<b>RIESGO MODERADO</b>	Expectativas y acciones de la dirección o supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad	69%	16%
	Frecuencia de eventos notificados	65%	14%
	Retroalimentación y comunicación	65%	16%
	Aprendizaje organizacional mejora continua	64%	17%
	Percepción de seguridad	59%	22%
	Problemas en cambios de turno y transición entre servicios	59%	21%
	Respuesta no punitiva ante los errores	58%	25%
	Franqueza en la comunicación	56%	22%
<b>RIESGO ELEVADO</b>	Trabajo en equipo entre unidades/servicios	49%	22%
	Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente	38%	37%
	Dotación de personal	29%	46%
<b>DEBILIDADES</b>	No detectadas	-	-

Dimensiones de la cultura de seguridad medidas en la encuesta. Resultados globales en 2013.

Por contra, son **áreas de mejora:**

- Trabajo bajo presión
- Dotación de personal
- Jornada laboral agotadora
- Mala coordinación entre diferentes servicios y unidades
- La dirección sólo parece interesarse por la SP cuando se produce un suceso adverso
- Clima laboral existente no favorece la SP

### VALORACIÓN GLOBAL 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 encuestado. Se traduce en el valor medio de la escala y en la proporción de usuarios que puntúan en niveles de excelencia (de 8 a 10 puntos)

		Media	Mediana	Desviación	% ≥ 8 (excelentes)
Sexo	Hombre	7,47	8,00	1,781	59,4%
	Mujer	7,83	8,00	1,488	66,1%
Edad	≤ 50 años	7,50	8,00	1,585	58,3%
	> 50 años	8,01	8,00	1,522	71,2%
Categoría profesional	Facultativo sanitario	7,49	8,00	1,777	58,5%
	Sanitario no facultativo	7,87	8,00	1,527	43,5%
	Residente	7,17	7,00	1,435	68,3%
<b>GLOBAL</b>		<b>7,74</b>	<b>8,00</b>	<b>1,573</b>	<b>64,4</b>

#### VALORACIÓN GLOBAL DEL GRADO DE SEGURIDAD

Al igual que en 2012, la valoración es en general aceptable, con casi las dos terceras de los valores en cifras de 8 o superiores, lo que permite alcanzar una mediana de 8 y una media de 7,7. Sin embargo los profesionales menores de 50 años, y en especial los residentes, puntúan peor nuestro grado de seguridad.

### Influencia de las actuaciones de la Comisión de Seguridad

Entre otros objetivos para 2013, la dirección del Área y la Comisión de Seguridad se propusieron difundir la existencia del sistema de notificación SiNASP y editar el boletín SALUD SEGURA, con el fin de mejorar la cultura de seguridad entre sus profesionales y, por ello, hacer nuestro trabajo más seguro para los pacientes que atendemos.

Sólo el 30,9% de los encuestados conoce **SINASP**. De entre los estratos analizados, los sanitarios no facultativos son los que menos lo conocen (22,7%), y los residentes los que más (60,9%). Quizá por ser más conscientes del espacio de mejora que aún nos es posible recorrer, las personas que conocen SiNASP puntúan significativamente peor el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad que las que no (media de 7,1 frente a 8,0 de los que no lo conocen,  $p < 0,0001$ ).

Respecto a la revista **SALUD SEGURA**, sólo el 25,4% de los encuestados la conoce, siendo los sanitarios no facultativos los que menos (13,6%) y los facultativos de plantilla los que más (61,0%),  $p < 0,0001$ . De forma acorde con SiNASP y probablemente por la misma razón, las personas que conocen Salud Segura también puntúan peor el grado de seguridad del paciente (7,8 vs. 7,3). Respecto a la valoración de la utilidad de la revista para mejorar la cultura de seguridad, en una escala de 1 a 5 se obtiene una mediana de 4 y media de 3,8, situación que anima al comité editorial a continuar con su labor.

# Los eventos centinela (II).

## Lo que nunca debe pasar en el manejo de los equipos.

*Sabemos que un Evento Centinela es “un incidente o suceso inexplicado que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo de éstas”. Son eventos inaceptables que nunca deberían suceder, pero además prevenibles, por lo que si aparecen deben desencadenar actuaciones para evitar que se repitan en el futuro. En la Arrixaca existe un listado de 32 de estos eventos consensuado por el Núcleo y la Comisión de Seguridad del Hospital. En el número de septiembre 2013 nos ocupamos de los relacionados con la cirugía. Hoy abordaremos los que tienen que ver con el manejo de los equipos diagnósticos y terapéuticos.*

En el Área I Murcia-Oeste incluimos 4 eventos centinela relacionados con los equipos:

- Muerte o secuela grave de un paciente asociada al uso de medicamentos, aparataje o instrumental contaminados.
- Muerte o secuela grave a un paciente asociada a uso o funcionamiento de aparatos o instrumentos de forma distinta a la recomendada o deseada.
- Muerte o secuela grave a un paciente debido a una embolia gaseosa ocurrida durante su estancia.
- Muerte o secuela grave asociada a problemas durante la monitorización de la saturación de oxígeno.

**Muerte o secuela grave por el uso o funcionamiento de aparatos o instrumentos de forma distinta a la recomendada o deseada .**

Incluye pero no se limita a: catéteres, drenajes, sondas y otros tubos de uso clínico; así como bombas de infusión, ventiladores y equipo para monitorización o realización de procedimientos al paciente.

**Muerte o secuela grave por uso de medicamentos, aparataje o instrumental contaminados.**

El uso de cualquier tipo de aparataje, instrumental o medicamento en el hospital produce la muerte o secuelas graves en un paciente, independientemente de la fuente de contaminación. Los contaminantes pueden ser de tipo químico (incluyendo medicamentos caducados), físico o biológico y pueden deberse o no a la limpieza, esterilización o mantenimiento inadecuados.

- El evento incluye la aparición en el paciente de una amenaza de enfermedad que cambia su situación de riesgo de por vida y que requiere de controles periódicos (por ejemplo, VIH o hepatitis).

**Muerte o secuela grave por una embolia gaseosa ocurrida durante la estancia de un paciente .**

La embolia se produce durante la perfusión venosa, la administración de bolos de medicación, a través del circuito de hemodiálisis.

- El evento incluye los embolismos tras la inserción (a través de la vía) o durante retirada de un catéter venoso central.
- El evento excluye los embolismos durante la inserción de un catéter venoso central y las embolias gaseosas de origen quirúrgico, en especial ORL y neurocirugía, así como las causadas por acciones del propio paciente.


## Muerte o secuela grave por problemas durante la monitorización de la saturación de oxígeno.

Se dirige a sucesos donde se produce un fallo en la monitorización de los niveles de saturación de oxígeno o en las actuaciones llevadas a cabo ante un descenso de los mismos, en pacientes bajo anestesia general o regional, o bajo sedación consciente durante un procedimiento sanitario, como por ejemplo una endoscopia.

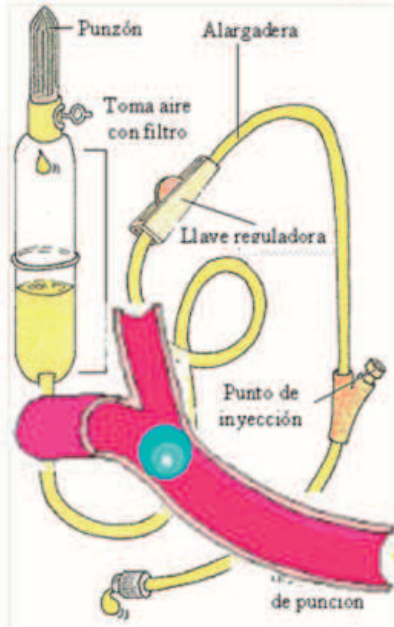
- El evento incluye sucesos relacionados con la falta de monitorización in situ, o con la falta de respuesta antes alertas por bajos niveles de saturación.
- El evento excluye sucesos donde las actuaciones llevadas a cabo ante alarmas por baja saturación son adecuadas, pero fracasan por causas asociadas al paciente, como la existencia de problemas de oxigenación previos.
- El evento excluye sucesos donde limitaciones conocidas y aceptadas del equipo de monitorización puedan desencadenar lecturas artefactadas y falsas alarmas, por ejemplo en casos de shock o vasoconstricción intensa.

### Lo que nunca debe suceder en relación con los aparatos, equipos e instrumental: Muerte o secuela grave por


**Uso de aparataje o material**



**Contaminado o caducado**      **De forma distinta a la deseada**



**Embolia gaseosa**



**Problemas durante monitorización de la saturación O<sub>2</sub>**

Si llega a tu conocimiento que se ha producido alguna de estas situaciones en el hospital, el policlínico o el centro de salud, no lo dudes: notifícala. De esta forma podremos analizar sus causas y tratar de evitar que vuelvan a repetirse en el futuro. Entre todos, podemos construir sistema de salud más seguro para nuestros pacientes.

Puedes notificar estos eventos mediante correo electrónico ([saludsegura.area1.sms@carm.es](mailto:saludsegura.area1.sms@carm.es)) o usando SiNASP, el sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente que utilizamos a través de internet ([www.sinasp.es](http://www.sinasp.es)). Nuestro código aparece en arrinet al pasar el cursor

sobre el icono de SiNASP que está en la pagina principal, y también puedes preguntarlo por teléfono a la Unidad de Calidad o a cualquier miembro del Núcleo de Seguridad. La notificación es anónima si lo deseas.

**Ayúdanos a mejorar la seguridad de los pacientes**

**Notifica**



# SiNASP sirve.

## Parada cardiorrespiratoria en UCI.



Dña. Pilar Ferrer Bas.  
Supervisora del área de  
calidad de enfermería

El Análisis de Causas-Raíz (ACR) es una herramienta de análisis retrospectivo de los incidentes de seguridad, encaminada a identificar qué, cómo y por qué ocurrieron, con el objetivo de diseñar e implementar las intervenciones oportunas para evitar su recurrencia. Se basa en datos comprobados, un enfoque en el sistema y la formulación e implementación de intervenciones factibles basadas en la comprensión del incidente analizado. Su objetivo final no es pues tanto la comprensión del incidente, que es tan sólo un medio, sino averiguar qué se

puede hacer para que no vuelva a ocurrir, e implementar esa solución. Estos ACR se emprenden ante la aparición de eventos centinela u otras notificaciones en SiNASP de especial gravedad (SAC tipos 1 y 2), y excepcionalmente ante algunas reclamaciones patrimoniales en las que se objetiva un fallo de seguridad. En esta ocasión, os comentamos las principales conclusiones y actuaciones consecuentes derivadas de un ACR promovido tras la notificación de un SAC2 a través de SiNASP, un error que puso en riesgo la vida del paciente (le produjo parada cardio-respiratoria, PCR) y necesitó intervención, tras la que se recuperó.

El paciente es un lactante, recién nacido pretérmino y portador de traqueostomía, que ingresa en UCI Pediátrica por displasia broncopulmonar. Durante su ingreso el paciente presenta varios episodios de bradicardias y desaturaciones, y mantiene secreciones espesas que hacen necesarias cambios de canalización y lavados traqueales fuera de protocolo. Está en fase de destete y adaptación a ventilación domiciliaria para alta, cuando sufre una PCR que precisa reanimación prolongada, sin poder determinarse con exactitud el tiempo que estuvo en parada. A los 60' de la reanimación, presenta movimientos tónicos de las cuatro extremidades que precisan tratamiento. Supe-

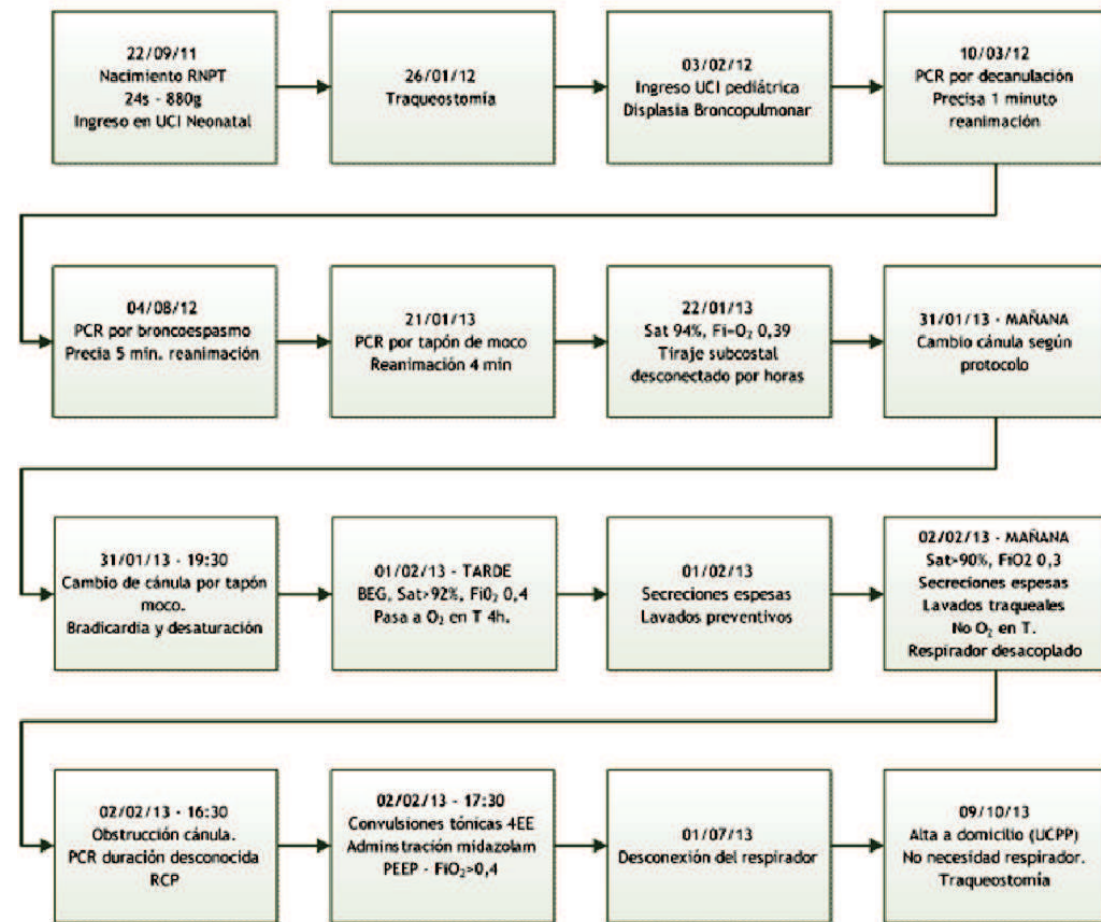


Diagrama de flujo de eventos y causas. ACR 1302.

Se esquematiza la sucesión de hechos y actividades que rodearon la aparición del evento adverso, y su seguimiento hasta resolución.

rado el cuadro el paciente se mantiene sedado y estable, aunque conectado a ventilación mecánica continua hasta que su recuperación permitió suspender la sedación. Fue desconectado del ventilador unos 5 meses tras el evento adverso, y dado de alta tras otros 5 meses de estancia en UCI.

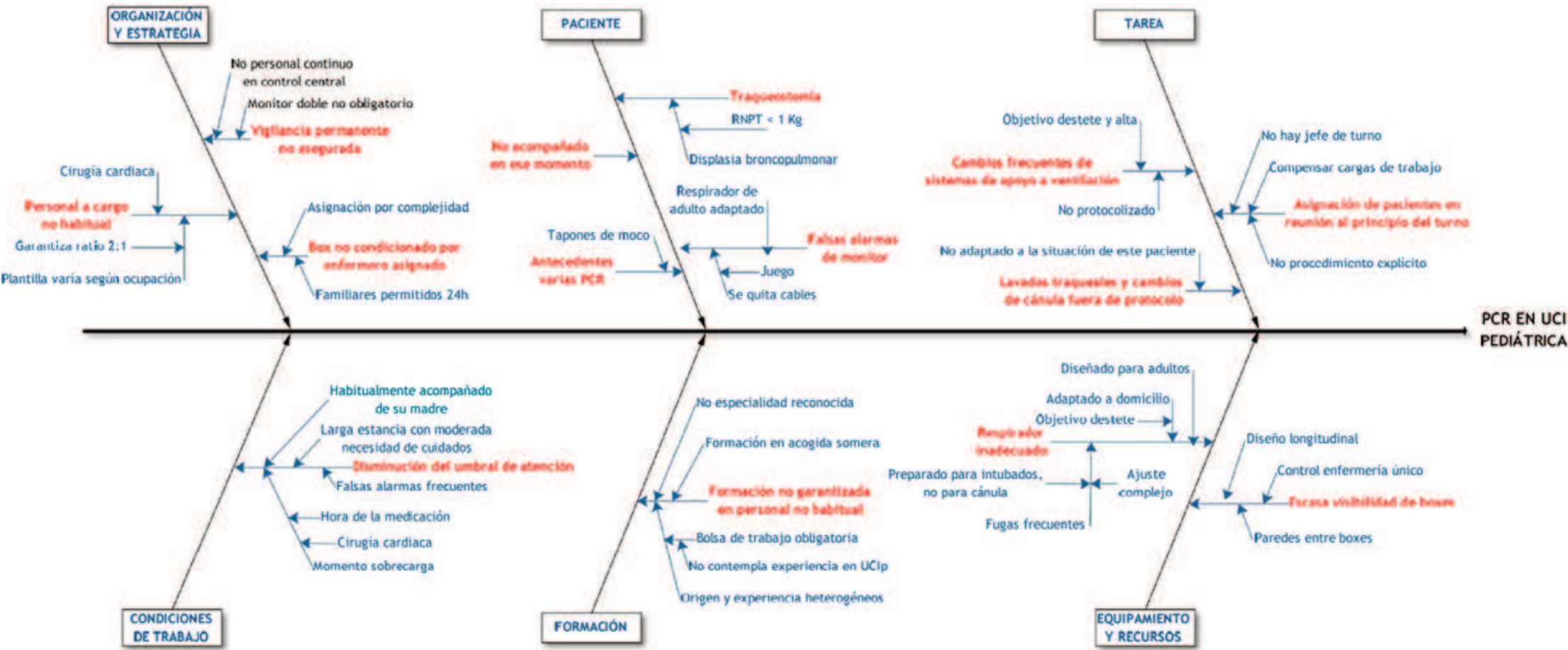


Diagrama de Ishikawa. Análisis de causas realizado por el grupo del ACR 1302.

Constituido el grupo del ACR una vez que es autorizado por Dirección, éste recopila toda la documentación escrita que pueda aportar información pertinente, revisa la historia clínica (tratamientos, observaciones de enfermería, evolución del paciente e informes de alta, etc.), lleva a cabo entrevistas personales con los profesionales y, por fin, reúne los datos relacionados acerca de la organización de la unidad y de su dotación de recursos, tanto profesionales como materiales.

Analizada toda esta información, el grupo es capaz de construir el diagrama de Ishikawa que se muestra arriba. Este diagrama identifica y aglutina los factores contribuyentes del evento analizado. Estos factores servirán de base al grupo para elaborar una propuesta de acciones correctoras, que debe incluir al menos una para cada contribuyente o causa-raíz identificado (aquellas causas que, si se corrigen, pueden prevenir que se vuelva a repetir el incidente, o al menos hacer más improbable su aparición).

## ¿QUÉ SE HA HECHO?

Como consecuencia del análisis se han puesto en marcha varias actuaciones y se ha modificado la organización de actividades en UCI pediátrica. Así:

- Se ha mejorado el [procedimiento de vigilancia de monitores](#), a fin de garantizar su supervisión permanente por el equipo de turno. El nuevo procedimiento ha sido redactado, comunicado y desplegado en la unidad.



- Se han asegurado los [criterios de movilidad](#) más allá de la antigüedad en el servicio mediante negociación consensuada con los profesionales del servicio, teniendo en cuenta los pactos internos con los agentes sociales y la Dirección del Centro.

- Se ha normalizado y redactado el [procedimiento de pase de visita](#), con el fin de garantizar la presencia de los profesionales implicados en la asistencia del paciente y mantener la vigilancia debida al resto de pacientes. Este documento, ya consensuado con el equipo asistencial, se encuentra en fase de divulgación y pilotaje.
- Con relación al paciente, se está trabajando en un procedimiento que normaliza el acompañamiento. La [normalización del acompañamiento](#) debe

contemplar la estrategia de “Puertas abiertas”, es decir facilitar el acceso y la permanencia de los familiares con el paciente. Por ello se están valorando y ensayando la introducción de medidas no restrictivas aseguren tanto la vigilancia permanente del enfermo como la confidencialidad e intimidad de los otros pacientes.

- En cuanto a [factores de tarea](#), se han divulgado, en sesión con los miembros del equipo las medidas tomadas y los procedimientos descritos, como el que garantiza la visualización permanente del monitor.
- Además, se ha formalizado la [descripción de sistemas de apoyo adaptados](#) a las circunstancias del niño. Se ha modificado también la rutina de la prescripción médica, haciendo constar en ella la necesidad de especial vigilancia, en los casos en que así se considere.
- También se ha discutido sobre los [criterios de asignación de pacientes](#), decidiéndose mantener vigentes los actuales, distribución por cargas de trabajo de pacientes, y no introducir criterios de proximidad en de los mismos.
- Se aprovechará la formación de los profesionales en el nuevo sistema informático para recordar [pautas establecidas de seguridad](#) en la vigilancia.



- En cuando a factores predisponentes de la disminución de alerta, se ha discutido la conveniencia de que los paciente con estancias prolongadas y en fase de destete para alta a domicilio estuvieran en una [unidad de cuidados intermedios](#), que se solicita formalmente.
- Por último, en el apartado de [formación](#), parece oportuno impulsar la gestión por competencias, que ya se está incorporando en diferentes servicios, así como establecer cursos específicos, facilitando la asistencia. En este sentido, se está diseñando un taller-simulación que cubrirá la formación básica específica necesaria previa a la incorporación al puesto de trabajo en esta unidad.