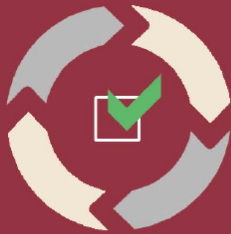


Salud Segura



ÁREA DE SALUD 1
MURCIA-OESTE

Arrixaca

Volumen 10, Número 1
1º trimestre
ENERO - MARZO 2022

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, M^aDolores Beteta, Antonia Ballesta, Cecilia Banacloche, Magina Blázquez, Mar Galindo, Beatriz Garrido, Julio López-Picazo, Juana M^a Marín, Virginia Pujalte, Soledad Sánchez, Pedro Soler, Inmaculada Vidal-Abarca.

Coordinador de edición: Julio López-Picazo Ferrer

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

Suscripción: Envío gratuito. Solicitudes: ucarrixaca.sms@carm.es

EN ESTE NÚMERO:

- *Una foto de la cultura de seguridad en los centros de salud del Área 1 - Arrixaca*
Unidad de Calidad Asistencial.
- *¿Qué evidencia científica hay detrás de la seguridad del paciente?*
Joaquín León.
- *Prescribir en MIRA no es suficiente: si no lo firmas, no se administrará*
M^aJosé Blázquez, Beatriz Garrido.
- *SiNASP sirve: cambio en el proveedor de agujas de transferencia de medicamentos.*
Elena M^a Gómez Castilla, Fuensanta Ros Sánchez, Jose A. Jiménez Hernández.
- *Actividades previstas para la formación en calidad y seguridad*
Núcleo de Seguridad.

Una foto de la cultura de seguridad en los centros de salud del Área 1 - Arrixaca

Unidad de Calidad Asistencial

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.

¿CÓMO MEDIR CULTURA DE SEGURIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA?

El instrumento de medida y de recogida de la información utilizado es una herramienta válida y fiable, que adapta al contexto español la encuesta **Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS)**, original de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos, diseñada para valorar la cultura de la seguridad del paciente dirigido a los profesionales del ámbito de la atención primaria, y validada al español en 2013. 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 proporciona información (mediante las respuestas a 57 preguntas estructuradas en escala de Likert de 5 o 6 ítems) sobre la percepción relativa a las siguientes doce dimensiones de la cultura de seguridad:

- Aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente (SP)
- Intercambio de información con otros niveles asistenciales
- Trabajo en equipo
- Ritmo y carga de trabajo
- Formación del personal
- Procedimientos establecidos
- Comunicación franca
- Seguimiento at. pacientes
- Comunicación sobre el error
- Apoyo responsables centro
- Aprendizaje organizacional
- Percepciones generales sobre SP y calidad

Con los resultados, se describe el clima de seguridad y se identifican sus **fortalezas y debilidades**, siguiendo la metodología propuesta por la AHRQ.

- Para clasificar un ítem o una dimensión como fortaleza debe haber $\geq 75\%$ de respuestas positivas (valores de 4 ó 5 en escalas de 5 ítems, y de 5 ó 6 en escalas de 6 ítems), o de negativas (valores de 1 ó 2) en caso de preguntas formuladas en negativo.
- Para clasificar un ítem o una dimensión como debilidad u oportunidad se exigen $\geq 50\%$ de respuestas negativas (valores de 1 ó 2) a preguntas formuladas en positivo, o de respuestas positivas (valores 4 ó 5 en escalas de 5 ítems, o de 5 ó 6 en las de 6 ítems) en preguntas formuladas en negativo.

Además en este estudio se emplea una adaptación de los índices NPS para conciliar fortalezas y debilidades en un único valor. Para obtener este resultado se restan las respuestas calificadas como "debilidad" según la AHRQ, a las calificadas como "fortaleza", y se expresa en forma de porcentaje sobre el total de respuestas. Así, NPS puede abarcar desde el valor -100 (todo el mundo ofrece respuestas consideradas debilidad) hasta el +100 (todo el mundo ofrece respuestas consideradas fortaleza). Podemos gradar entonces los valores NPS:

- * $\geq 66,6$ como "fortaleza",
- * de 50 a 66,5 como "aceptable"
- * de 50 a 0 como de "riesgo bajo",
- * de 0 a -33,3 como "riesgo elevado"
- * como "debilidad", valores inferiores a -33,3,

La encuesta ofrece además 6 preguntas codificadas como escalas de Likert de 11 ítems (0 a 10), que se interesan por la percepción del nivel de calidad asistencial y seguridad del equipo de atención primaria donde trabajan, y que son también valoradas mediante índices NPS, considerando fortaleza puntuaciones de 9 ó 10, y debilidad, las de 0 a 6. Estas son:

- Atención Centrada en el paciente: Responde a sus preferencias individuales, sus necesidades y valores.
- Efectiva: Se basa en el conocimiento científico.
- Accesible, a tiempo: Minimiza esperas y demoras potencialmente perjudiciales.
- Eficiente: Garantiza unos cuidados coste-efectivos (evita el despilfarro, la sobreutilización, o el mal uso de los servicios).
- Equitativa: Ofrece la misma calidad asistencial a todos, con independencia de sexo, raza, etnia, nivel socioeconómico, idioma, etc.

- Segura: Sistema y procedimientos de su centro para prevenir, detectar, y corregir problemas que pudieran afectar a los pacientes

¿QUÉ HICIMOS EN LA ARRIXACA?

La encuesta se dirigió a los profesionales fijos, interinos, sustitutos o eventuales que trabajan o reciben formación como residentes durante noviembre de 2021 en los centros de salud del Área, un total de 698 personas. Se realizó de forma telefónica hasta alcanzar una muestra de 240 profesionales. La Unidad de Calidad Asistencial realiza el trabajo de campo, validación y depuración de la matriz de datos durante los meses de octubre a diciembre. Para obtener la totalidad de casos necesario se realizan cuantas llamadas sean precisas para completar cada estrato.

Para reducir la fatiga en la respuesta, propia de los cuestionarios largos, las 240 entrevistas se repartieron aleatoriamente en 3 grupos (A, B y C). A cada grupo se le realizó 19 preguntas diferentes relativas a las 12 dimensiones evaluadas. Además, se practicó las 6 preguntas adicionales mencionadas previamente a la totalidad de la muestra. En definitiva, cada grupo de 75 individuos contestó a 25 cuestiones.

Se intentó contactar con 590 profesionales, consiguiéndose en 261 ocasiones (44%). La tasa de respuesta tras el contacto es elevada (92%), lo que arroja una tasa de respuesta global del 41%, sin diferencias entre estratos.

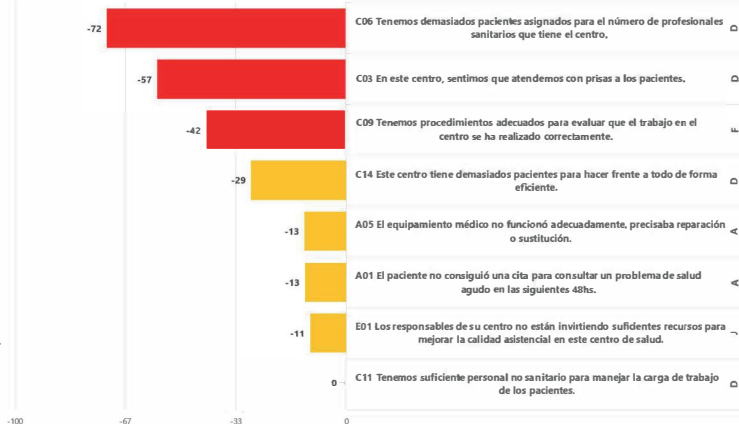
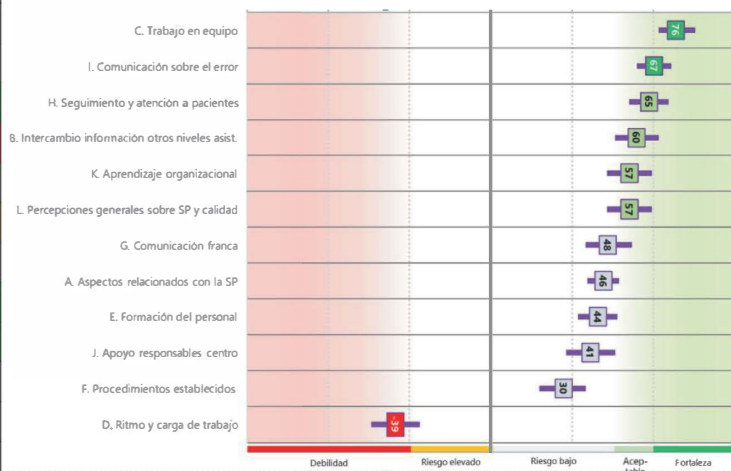
¿QUÉ OBTUVIMOS?

Identificamos **2 fortalezas (trabajo en equipo y comunicación sobre el error)** y **una debilidad (ritmo y carga de trabajo)** según los valores NPS,

	Respuestas negativas	Respuestas positivas	GLOBAL	Auxiliar	Enfermera	Médico	No Sanitario	Residente
A. Aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente (SP)	14%	61%	46	51	51	49	32	43
B. Intercambio de información con otros niveles asistenciales	7%	67%	60	83	77	35	71	61
C. Trabajo en equipo	5%	81%	76	100	69	81	69	79
D. Ritmo y carga de trabajo	59%	20%	-39	-17	-45	-42	-22	-61
E. Formación del personal	16%	60%	44	50	41	58	10	62
F. Procedimientos establecidos	23%	53%	30	30	27	38	33	-3
G. Comunicación franca	12%	60%	48	63	58	41	43	43
H. Seguimiento y atención a pacientes	6%	71%	65	75	61	63	68	75
I. Comunicación sobre el error	8%	75%	67	78	66	74	43	79
J. Apoyo responsables centro	19%	59%	41	46	37	54	19	39
K. Aprendizaje organizacional	6%	78%	57	89	72	72	71	57
L. Percepciones generales sobre SP y calidad	11%	68%	57	42	52	75	54	25

aunque se detectaron diferencias por grupo profesional, como se observa en la tabla y figura de arriba, donde se representa en verde las fortalezas y en rojo las debilidades.

A la derecha se destacan aquellas preguntas que han arrojado una debilidad (rojo) suponen un riesgo elevado (ámbar):



En cuanto a la calidad asistencial que se oferta en los centros de salud, la valoración global es positiva (NPS 35), aunque destaca el componente de **EQUIDAD**, con una puntuación de 90



CONCLUSIÓN

Valoración media de la calidad y seguridad

- La dimensión "EQUIDAD" es la mejor valorada (media 9,61, NPS 90), mientras que la peor es la "AT. CENTRADA EN EL PACIENTE" (media 7,58, NPS 3).
- La SEGURIDAD es la segunda peor valorada, aunque similar que en el entorno hospitalario en ediciones anteriores (media 7,85, NPS 20).
- El personal sanitario tiende a mostrar peor percepción que el sanitario, especialmente que los médicos.

Dimensiones. Fortalezas y puntos fuertes,

- Las dimensiones "C. TRABAJO EN EQUIPO" e "I. COMUNICACIÓN SOBRE EL ERROR" suponen una fortaleza en nuestros EAP, aunque ésta última no lo es en personal no sanitario.
- Muestran nivel aceptable "H. Seguimiento y at. a pacientes", "B. Intercambio de información con otros niveles asistenciales", "K. Aprendizaje organizacional", y "L. Percepciones generales sobre SP y calidad"
- Casi la mitad de los ítems incluidos en la encuesta son percibidos como fortaleza por los profesionales (24/57, 42%).

Dimensiones. Debilidades y áreas de mejora

- La dimensión "D. RITMO Y CARGA DE TRABAJO" representa una debilidad para la SP en nuestros EAP.
- Otras también lo son para las auxiliares: "F. PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS", "J. APOYO RESPONSABLES CENTRO" y "L. PERCEPCIONES GENERALES SOBRE SP Y CALIDAD"

Ítems. Puntos fuertes y áreas de mejora.

- Se han detectado puntos fuertes y áreas de mejora en nuestra cultura de seguridad, que están desigualmente distribuidos (ver informe completo en [arinet/calidad/seguridad](#)).

¿Qué evidencia científica hay detrás de la seguridad del paciente?

Joaquín León Molina

Grupo Cuidados Enfermeros Avanzados del Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria Arrixoca.

En el marco conceptual de la clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la salud, cuya finalidad es establecer una taxonomía de uso general sobre la seguridad y los factores que la determinan, se define la seguridad del paciente como la **reducción del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable** (1-4).

Por otro lado, podemos conceptualizar el término **evidencia científica** como el uso consciente, explícito y juicioso de datos válidos y disponibles procedentes de la investigación científica (5-8). Datos disponibles en miles de artículos científicos en bases de datos como Web Of Science, Biblioteca Virtual de Salud PubMed, Scopus, Cinahl o Scielo nos ayudan (o deberían hacerlo) a tomar decisiones clínicas reducir los efectos adversos de las intervenciones. Un trabajo sobre la necesidad de la protocolización para la obtención de una calidad asistencial (9) menciona la importancia de la unidad de criterios para la acción como pedestal identificado con la mejor evidencia científica actualizada e incorporada en la fundamentación teórica y práctica y concluye que la Medicina Basada en Evidencias proporciona un método eficaz para la obtención de la seguridad asistencial al proporcionar los siguientes beneficios:

- Facilita la introducción de literatura de alto valor científico en la práctica médica.
- Unifica criterios.
- Reduce margen de error.
- Sistematiza el análisis y la mejora asistencial.
- Limita el autoritarismo.
- Racionaliza los costos.
- Humaniza la atención médica.
- Eleva la calidad, y seguridad, de la atención.

SEGURIDAD ASISTENCIAL Y EVIDENCIA CIENTÍFICA

En octubre de 2011 se celebró en Madrid la VI Conferencia Internacional de Seguridad del Paciente y paralelamente el XIX Colloquium Cochrane[1]. El título de la conferencia conjunta fue: "Evidencia científica para la calidad asistencial y la seguridad del paciente"; se pretendía poner en común los distintos elementos que constituyen los pilares de las políticas de Seguridad del Paciente: investigación, prácticas seguras, cultura en seguridad y formación así como el papel de los pacientes, profesionales y ciudadanos en general.

ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL SNS

Señalamos alguna de las notas más destacables del documento Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Período 2015-2020 (10):

- El estudio ENEAS (11) sirvió para poner en la agenda del SNS la prioridad estratégica de seguir las recomendaciones basadas en la evidencia; difundir las buenas prácticas; y aplicar el conocimiento disponible como garantía para la seguridad clínica.
- Se dispone de evidencia, de moderada y alta calidad sobre la importancia y utilidad de aplicar prácticas y procedimientos seguros. Sin embargo es escasa la investigación sobre la implementación y evaluación de dichas prácticas. Dicho de otro modo: sabemos lo que hay que hacer, pero no sabemos si lo hacemos en la medida que se debería.
- Aunque no existe evidencia clara sobre la relación de la cultura de seguridad con la prevención de eventos adversos, algunos estudios encuentran correlación entre el clima positivo de seguridad y la mejora de la implementación de prácticas seguras y mejores resultados clínicos.
- Las prácticas seguras son aquellas intervenciones orientadas a prevenir o mitigar el daño innecesario asociado a la atención sanitaria y a mejorar la seguridad del paciente.
- La Agency for Healthcare Research and Quality publicó en 2013 un informe (12) actualizado sobre la evidencia de las prácticas seguras conocidas hasta esa fecha, considerando la evidencia de su efectividad y el coste y las dificultades para su implantación.
- Las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria son a menudo difíciles de tratar por la aparición de microorganismos multirresistentes a los antibióticos, pero la evidencia muestra que alrededor del 50% se pueden prevenir con prácticas seguras.

PRÁCTICAS SEGURAS RECOMENDADAS

Diferentes organizaciones internacionales han recomendado, en base a la frecuencia de los eventos adversos más frecuentes y a la evidencia existen-

te para su control, la implantación de diversas prácticas seguras, entre ellas Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), National Quality Forum (NQF), Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JC), World Health Organization (OMS); algunas de estas prácticas han sido comentadas en números anteriores de nuestra revista (Ver tabla).

Práctica	AHRQ (13)	NQF (14)	JC (15)	OMS (16)
Bacteriemia relacionada con catéter	*	*	*	
Caidas	*	*		
Cirugía segura	*	*	*	*
Comunicación			*	
Conciliación de la medicación	*		*	*
Consentimiento informado		*		
Cultura seguridad	*	*		
Dispositivos médicos	*	*		
Higiene de manos	*	*	*	*
Identificación			*	*
Implicación de pacientes /cuidadores	*			
Infección quirúrgica		*	*	
Infección tracto urinario por catéter	*	*	*	
Medicamentos con nombres parecidos				*
Medicamentos de alto riesgo	*	*		*
Neumonía asociada a ventilación mecánica	*	*		
Radiaciones ionizantes en pediatría		*		
Resistencia a los antimicrobianos		*		
Transición asistencial	*	*		*
Trombosis venosa		*		
Úlceras por presión	*	*		

La Revista Salud Segura se publica trimestralmente desde el año 2013 y puede consultarse en abierto desde la Web de MurciaSalud[3]. Su principal

contenido son comentarios, píldoras, artículos y colaboraciones relacionadas con las prácticas asistenciales seguras; algunas están incluidas en la anterior tabla.

BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

La seguridad del paciente constituye un componente clave de la calidad asistencial que en los últimos años ha alcanzado gran relevancia, aunque existen múltiples programas de seguridad, diseñados y adaptados para cada institución, son escasos los estudios que se llevan a cabo para evaluar la eficacia de estas estrategias una vez establecidas (17).

Considerando que las posibilidades de sintaxis de búsquedas son múltiples, a modo de ejemplo, hemos realizado, el 1 de febrero de 2021, una búsqueda bibliográfica en la Web of Science con la sintaxis: TEMA: (safety patient) AND TEMA: (scientific evidence) Período de tiempo: 2016-2020. Bases de datos: WOS, CCC, DIIDW, KJ, MEDLINE, RSCI, SCIELO. Se han



obtenido 1351 identificaciones en las que se observa como el interés por el tema es creciente (ver gráfico). Algunos trabajos (18), sin embargo, aluden al escaso número de investigaciones y a la necesidad de diseñar investigaciones para conseguir encontrar una mejor evidencia científica.

BANCO DE PREGUNTAS PREVID

La Biblioteca Virtual del Servicio Murciano de Salud (BVMS) depende de la Consejería de Sanidad y es gestionada por el Centro Tecnológico de Información y Documentación Sanitaria (CTIDS). Entre otros servicios está Preevid, dirigido a los profesionales sanitarios de la Consejería de Salud y el Servicio Murciano de Salud que ofrece respuestas rápidas basadas en la evidencia a preguntas que surjan desde la actividad asistencial[4]. Las respuestas no son consejos ni recomendaciones concretas o específicas; tampoco se trata de revisiones sistemáticas. Tras una búsqueda protocolizada, los profesionales de la BVMS resumen las conclusiones de las referencias encontradas, elaborando una base de datos o banco de preguntas. Su contenido, en todo caso, no debe utilizarse directamente para diagnosticar o tratar ningún problema.

Las contestaciones a las preguntas formuladas, se elaboran con una finalidad exclusivamente formativa. Lo que se pretende, es contribuir con información al enriquecimiento y actualización del proceso deliberativo de los profesionales de la Medicina y de la Enfermería.

Actualmente, febrero de 2021, en el Banco PREVD existen 3708 respuestas; en una búsqueda con el término seguridad se obtuvieron 670 resultados; buscando seguridad asistencial 10 resultados y con seguridad paciente 363 resultados.

BIBLIOGRAFIA

1. España MSSSel. Seguridad del paciente y prevención de Eventos. Adversos relacionados con la asistencia sanitaria. Unidad 1: Calidad asistencial y seguridad del paciente. Conceptos esenciales. Accesible en: <https://cursos.seguridaddelpaciente.es/courses/cur002/01/01-contenidos.pdf>.
2. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Revista Médica Clínica Las Condes. 2017; 28(5). Accesible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.08.006>
3. Organización Mundial S. Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo. 2009. Accesible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.
4. Valencia UI. Calidad asistencial: definición [visitado 05/07/2020]. Accesible en: <https://www.universidadviu.es/calidad-asistencial/>.
5. Asencio JMM, Jimenez EG, Santos FJM, et al. Evidence based public health. Resources on effectiveness of community interventions. Revista Espanola De Salud Publica. 2008; 82(1): 5-20. Accesible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v82n1/colaboracion1.pdf>
6. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluation of scientific evidence. Med Clin (Barc). 1995; 105(19): 740-3. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8523956>
7. Martínez Nova A, Gijón Noguero G. La evidencia científica: método de evaluación de resultados clínicos, el camino para la podología. 28. 2017; 1. Accesible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.repod.2017.03.001>
8. Murad MH, Montori VM, Ioannidis JPA, et al. How to Read a Systematic Review and Meta-analysis and Apply the Results to Patient Care Users' Guides to the Medical Literature. Jama-Journal of the American Medical Association. 2014; 312(2): 171-9. Accesible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2014.5559>
9. García Rossique PM, Herrera Hernández N. Protocolización y calidad asistencial, una necesidad impostergable. Revista Médica Electrónica. 2012; 34(2): 249-55. Accesible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v34n2/tema14.pdf>
10. España MSSSI. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Periodo 2015-2020: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016 [visitado 06/02/2011]. Accesible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/informacion/publicaciones/2015/estrategia-seguridad-del-paciente-2015-2020/>.
11. Aranaz Andrés J. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo España; 2006. Accesible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf.
12. Healthcare Research Quality A. Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. 2013. Accesible en: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/research/findings/evidence-based-reports/services/quality/patientsftyupdate/ptsafetyII-full.pdf>. [visitado 07/02/2021]
13. Healthcare Research Quality A. Evidence for Patient Safety Practices 2013 [visitado 08/02/2021]. Accesible en: <https://www.ahrq.gov/>.
14. National Quality F. Safe Practices for Better Healthcare 2010 [visitado 08/02/2021]. Accesible en: https://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe_Practices_for_Better_Healthcare_%E2%80%93_2010_Update.aspx.
15. Joint Commission on Accreditation oHO. National Patient Safety Goals 2014 [visitado 07/02/2021]. Accesible en: <http://www.jointcommission.org/PatientSafety/National-PatientSafetyGoals>.
16. World Health O, World Alliance for PS. Patient Safety Solutions 2007 [visitado 08/02/2021]. Accesible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/en/>.
17. Estepa del Árbol M, Moyano Espadero MC, Pérez Blancas C, et al. Eficacia de los programas de seguridad del paciente. Enfermería Nefrológica. 2016; 19(1): 63-75. Accesible en: http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v19n1/08_revison1.pdf
18. Reyes Revuelta JF. Presentismo en Enfermería. Implicaciones en seguridad del paciente: posibilidades de control y reducción. Enfermería Global. 2014; 13(35): 362-73. Accesible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n35/revison5.pdf>

- [1] <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/informacion/eventos/conferencias-internacionales-sp/vi-conferencia/>
- [2] Open acces: <http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar&tipo=series&id=18&idsec=88>
- [3] <http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar&tipo=series&id=18&idsec=88>
- [4] <https://www.murciasalud.es/preevid.php?op=banco&idsec=453>

Prescribir en MIRA no es suficiente: si no lo firmas, no se administrará

M^a José Blázquez, Beatriz Garrido
Farmacéutica. Servicio de Farmacia Arrixaca.

Los errores de medicación incluyen cualquier incidente prevenible que ocurre, por acción u omisión, en cualquiera de los procesos del sistema de utilización de los medicamentos, y son una de las causas más frecuentes de los eventos adversos ligados a la asistencia sanitaria. El uso seguro de medicamentos pretende alcanzar las cinco "ces": la dosis correcta del medicamento correcto, administrada al paciente correcto, a través de la vía correcta, en el momento correcto. Para lograrlo, emplear un **sistema de prescripción electrónica** asistida ha demostrado ser muy útil. Afortunadamente, en nuestro hospital contamos con uno: es el **programa MIRA**, que vino a sustituir a Silicon para homogeneizar este soporte con el resto del SMS. Pero para que MIRA sea realmente efectivo hay que utilizarlo bien. Recientemente hemos tenido conocimiento a través de SINASP de algunos incidentes de seguridad relacionados con el manejo de este programa que os queremos recordar.

¿REDACTADO O FIRMADO?

Como sabéis, el buscador es el elemento central mediante el que vamos a realizar la prescripción médica, ya que cualquier producto que queramos introducir, sea farmacológico o no farmacológico, debemos agregarlo a través del buscador que se encuentra en el margen derecho, y después in-

dicar todo lo que deseamos para que enfermería pueda proceder a su correcta administración. Sin embargo, hacer todo esto no es suficiente, ya que en MIRA una prescripción pasa por diferentes estados:

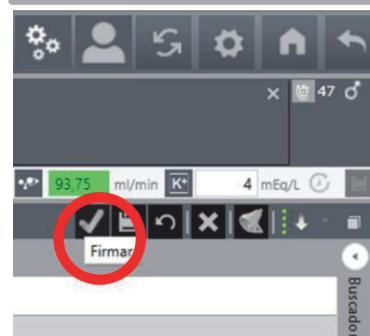
El ciclo de vida normal de una PM es el siguiente:

Redactada (médico) → **Firmada (médico)** → **Validada (farmacéutico)**

En función de los cambios realizados puede ocurrir que:

- Si el médico modifica una prescripción:
 - Firmada** → **Redactada**
 - Validada** → **Redactada**

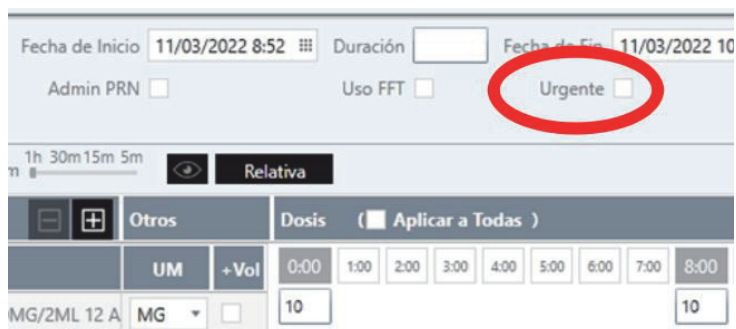
En ambos casos el médico debe volver a firmar para que los cambios sean efectivos.
- Si el farmacéutico realiza cambios:
 - Si el farmacéutico realiza cambios aparece una marca azul en la línea de medicación añadida y otra roja en la línea bloqueada
 - Si el farmacéutico escribe un mensaje relacionado con un fármaco concreto aparece una marca naranja que puedes leer situando "encima" el cursor



Hasta ahora hemos redactado todo lo necesario para prescribir, pero además **hay que firmar la prescripción para que se haga visible para enfermería y entonces pueda administrarla**. Si no firmamos, haciendo clic en el icono "firmar", el paciente nunca recibirá el medicamento.

PRESCRIPCIÓN DE DOSIS URGENTE:

En MIRA existe la posibilidad de marcar una dosis (pauta) como urgente. En este caso el programa creará una toma de administración extra. La hora de administración de la toma será la hora en la que se firme la pauta sumándole 10 minutos. Si se modifica de nuevo la línea de medicación que contiene la marca de urgente, se preguntará si se desea copiar la marca de urgente. Aunque se copie la marca de urgente si la toma extra se ha creado con menos de 10 minutos de diferencia NO se creará ninguna toma urgente.



The screenshot shows the MIRA software interface for creating a medication order. At the top, there are fields for 'Fecha de Inicio' (11/03/2022 8:52), 'Duración', and 'Fecha de Fin' (11/03/2022 10:00). Below these are checkboxes for 'Admin PRN', 'Uso FFT', and 'Urgente', which is circled in red. The interface also shows a 'Relativa' button and a 'Dosis' section with a grid of time intervals (0:00 to 8:00) and a volume field set to 10. The medication is identified as 'MG/2ML 12 A'.

Gracias a esta utilidad, el programa permite **realizar prescripciones posteriores al horario habitual de administración de la medicación** (ej: hora de prescripción a las 13 h de un medicamento con pauta por defecto C/24h a las 9 horas). Lo que no hay que olvidar **en estos casos es que será necesario marcar la opción "DOSIS URGENTE"** para que pueda administrarse una toma en ese momento y no tener que esperar al día siguiente. En la versión actual del programa MIRA® se emite una alerta si

es necesario prescribir una dosis de inicio con el siguiente mensaje "AVISO: comienzo de tratamiento" pero no especifica la necesidad de pautar esa dosis extra.

MANUALES DE MIRA

MIRA está operativo en todo el Hospital y en todos los ámbitos. Puedes obtener soporte inmediato las 24 horas marcando el 279100. Para conocer mejor cómo utilizar MIRA también existen manuales y guías de ayuda optimizados para cualquier perfil. ¡Recuerda que es necesario acceder desde Internet Explorer!

Guías Rápidas:

- Farmacia: <http://10.181.6.220/Guias/GUIARAPIDAFARMACEUTICOS.pdf>.
- Médica: <http://10.181.6.220/Guias/GUIARAPIDAMEDICOS.pdf>.
- Enfermería Versión PC: <http://10.181.6.220/Guias/GUIARAPIDAENFERMERIA.pdf>.
- Enfermería Versión Mobile: <http://10.181.6.220/Guias/GUIARAPIDAADMMOBILE.pdf>.
- Auxiliar Enfermería: <https://portal.sms.carm.es/documentos/20701/80058/Tutorial+MIRA+para+auxiliares+de+Enfermer%C3%ADa/9782f89e-4d7c-4bbd-ae6f-5c2edc8d7462>.

Manual completo

Disponible en Arrinet/Calidad/Diseño/Manuales informáticos/, en la dirección: <https://portal.sms.carm.es/web/arrinet/guias-usuario>.

SiNASP sirve: cambio en el proveedor de agujas de transferencia de medicamentos

Elena María Gómez Castilla, Fuensanta Ros Sánchez, Jose A. Jiménez Hernández.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Durante el mes de Enero de 2022, se recibieron en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) unas agu-

jas para transferencia de medicamentos, también conocidas como "perforadores", distintas a las utilizadas habitualmente. El personal de Enfermería, de manera inmediata tras comenzar a usarlas, nos alerta de que al perforar los viales de medicación y/o tubos de analítica, se aprecian restos de goma de los tapones en el interior de dichos envases, tal y como se muestra en la fotografía adjunta.



Tras este evento, se procede a notificarlo a los responsables de Recursos materiales del HCUVA, los cuales nos indican que somos los primeros en detectar el problema, que procedamos a retirar las unidades afectadas que tengamos en el servicio y observemos si se vuelven a reponer las mismas hasta que tengamos más información y/o notificaciones de otros servicios.

Se realizan dichas tareas y se informa a todo el personal del servicio, por si apareciesen más unidades afectadas. Por último, se notifica la incidencia mediante la herramienta SiNASP, para alertar y poder prevenir errores de una gravedad mayor.

Retiradas

Nuevas



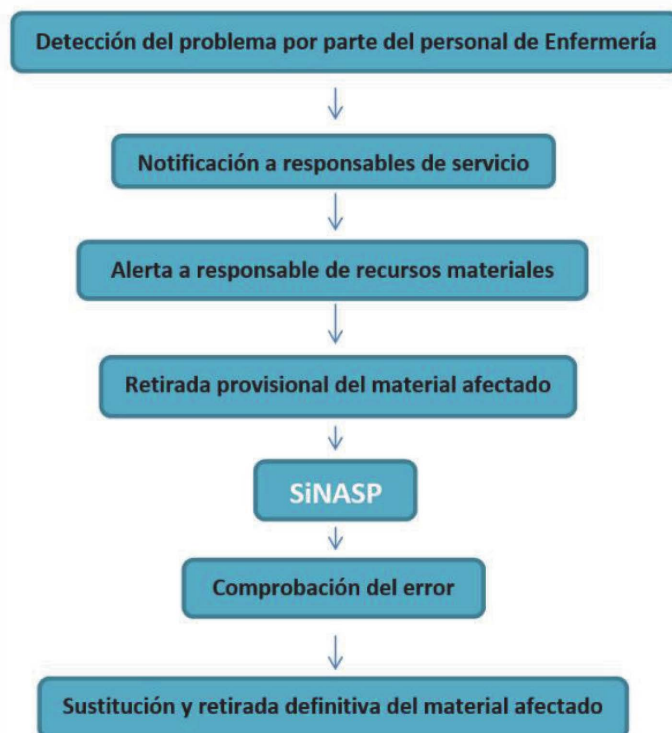
Como se observa en la fotografía, las agujas retiradas y las nuevas son muy similares, lo único que las diferencia es el cono de conexión a la jeringa, de color violeta en el caso de las retiradas.

IMPORTANCIA DE NOTIFICAR

Notificar permite identificar errores con el material y/o lotes defectuosos, pudiendo alertar a otros profesionales que no hayan detectado el problema todavía. Se minimizan así riesgos potenciales para todos los pacientes del área de salud.

Pero también nos permite aprender y avanzar hacia una práctica clínica más segura en nuestro trabajo. Se obtiene una retroalimentación profesional positiva, ya que tras la notificación del incidente, se han tomado las medidas oportunas para solventar y prevenir el error.

ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE INCIDENTES LLEVADA A CABO



Actividades previstas para la formación en calidad y seguridad

CURSOS ON-LINE SOBRE SINASP DEL MINISTERIO

Estos cursos proporcionan conocimientos básicos sobre Seguridad de los Pacientes y explica los principios y el sistema de funcionamiento del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). Los cursos son breves y operativos y están destinados a proporcionar a los profesionales sanitarios de los centros que utilizan el SiNASP los conocimientos básicos necesarios para utilizar esta herramienta de la forma más efectiva posible, contribuyendo así a mejorar la Seguridad del Paciente. Actualmente está accesible en la plataforma de formación del SiNASP (<https://aulavirtual.sinasp.es/>) una edición para profesionales de hospital y otra para los de atención primaria:



- **9ª edición del curso on-line SiNASP para hospitales**, cuya clave es: sinasp9H.
- **8ª edición del curso on-line SiNASP para atención primaria**, cuya clave es: sinasp8AP.

CURSOS EMCA SOBRE CALIDAD ASISTENCIAL



El Programa EMCA es una iniciativa institucional, cuyo fin último es el de potenciar la implantación de las actividades relacionadas con la Calidad Asistencial en el Servicio Murciano de Salud. Incluye un programa de actividades formativas, que se reinicia tras el paréntesis forzado por la pandemia, y que para este año de 2022 tiene programado incluir:

Curso	Fechas	Destinatarios
Evaluación de la calidad de la evidencia con el sistema GRADE	5, 6 y 7 de abril de 2022 límite de inscripción: 28 de marzo de 2022	Profesionales sanitarios
Metodología de Evaluación y Mejora de la Calidad Asistencial (1ª edición)	25,26,27,28 y 29 de abril de 2022 límite de inscripción: 31 de marzo de 2022	Profesionales de enfermería
Metodología de Evaluación y Mejora de la Calidad Asistencial (2ª edición)	16,17,18,19 y 20 de mayo 2022 límite de inscripción: 27 de abril de 2022	Profesionales sanitarios
Métodos de Monitorización de la calidad. Aplicación en Servicios Clínicos	8, 9 y 10 de noviembre de 2022 límite de inscripción: 17 de octubre de 2022	Profesionales sanitarios

Es posible acceder a la información detallada e inscribirse (a lo que os animamos) en la web de MurciaSalud, en el siguiente enlace: <http://www.acreditacion.murciasalud.es/alumnos/>.

II CONGRESO REGIONAL DE SALUD PÚBLICA

La Sociedad Murciana de Medicina Preventiva y Salud Pública organiza el II Congreso Regional de Salud Pública bajo el lema "Con Salud Pública, más Salud". El congreso se celebrará durante los días 18, 19 y 20 de mayo de 2022 en el salón de actos del edificio Moneo del Ayuntamiento de Murcia. Se contará con la participación de ponentes y congresistas que trabajan en diferentes áreas de la salud pública y la medicina preventiva, con distinto grado de responsabilidad y que ejercen en instituciones de ámbito regional, nacional o internacional, contribuyendo a que el debate sea riguroso, crítico y con propuestas que ayuden a fortalecer la salud pública.

El plazo para presentar comunicaciones será hasta el 8 de abril de 2022. Los resúmenes aceptados para su presentación en el II Congreso de la Sociedad Murciana de Medicina Preventiva y Salud Pública serán incluidos en un suplemento en versión electrónica del Boletín Epidemiológico de la Región de Murcia exactamente en la forma en que sean recibidos. Las normas para el envío de resúmenes de comunicaciones, áreas temáticas de interés, inscripción al congreso así como otro tipo de información complementaria puede consultarse en:

<https://cdecongresos.es/saludpublica2022>

La pandemia por Covid-19 ha vuelto a poner de manifiesto que la salud pública es un pilar esencial del sistema de salud, pero al mismo tiempo nos ha revelado que son muchas sus debilidades y que es necesaria una reforma de alcance con más inversión e innovación. Por ello os animamos a participar en el congreso y a formar parte de los avances en Salud Pública y en definitiva en mejorar la salud de los ciudadanos.



II Congreso de la Sociedad Murciana de Medicina Preventiva y Salud Pública

«Con Salud Pública, más Salud»

Murcia 18, 19 y 20 de mayo de 2022

SEDE: Salón de Actos. Edificio Moneo. Ayuntamiento de Murcia

ORGANIZA: www.cdecongresos.es/saludpublica2022



CON LA COLABORACIÓN DE:



SIMULACIÓN CLÍNICA EN EL PROCESO DE ATENCIÓN A LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS

Aunque es evidente que las consecuencias más graves de los problemas de seguridad se dan en los pacientes, no son ellos los únicos afectados. También son víctimas los profesionales que se involucran directamente o indirectamente en el evento adverso. Así, el término "segundas víctimas" hace referencia al profesional que se ve involucrado en un problema de seguridad y queda traumatizado por esa experiencia. Incluye también a aquellos profesionales que no se ven capaces de afrontar emocionalmente las consecuencias de verse involucrado en un evento adverso con consecuencias graves. En el Área 1 Arrixaca tenemos diseñado un proceso para la gestión de la atención a estas personas.

El curso ayuda a identificar a la Segunda Víctima ya conocer las conductas y comportamientos más adecuado de actuación. Tendrá lugar el próximo día 5 de Abril, de 16.00-20.30, en el Aula 3 del Pabellón de Docencia y Formación del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca,

Puedes inscribirte para asistir en http://www.acreditacion.murciasalud.es/alumnos/index.php?menu=ficha&id_curso=36718.

Tendrán prioridad aquellos preinscritos que hayan realizado el curso online "PROCESO DE ATENCIÓN A LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS EN EL ÁREA 1 2021", realizado el año pasado.

¿Te has visto involucrado en un incidente de seguridad con un paciente y no puedes dejar de pensar en lo que pasó y sus consecuencias?

Contacta con el referente de Calidad y Seguridad de tu Servicio, Equipo o Unidad, o con tu superior directo.

Podemos ofrecerte apoyo psicológico, laboral y legal

¡¡¡No estas solo, te podemos ayudar!!!

Proceso de atención a
Segundas Víctimas

