

HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN Y MEJORA DE LA  
SEGURIDAD DEL PACIENTE

*Cómo pasar de las ideas a la acción*

University of Michigan Health System Patient Safety Toolkit

<http://www.med.umich.edu/patientsafetytoolkit/>

# HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:

*Cómo pasar de las ideas a la acción*

## ÍNDICE

1.	<b>CULTURA DE LA SEGURIDAD</b> .....	3
	• ¿QUÉ ES UNA CULTURA? .....	3
	• ¿PARA QUÉ UNA CULTURA DE LA SEGURIDAD?.....	3
	• ¿QUÉ ES UNA CULTURA DE SEGURIDAD?.....	3
	• CLAVES PARA QUE SP SEA UNA PRIORIDAD DE LA ORGANIZACIÓN.....	3
	• INFLUENCIAS DEL FACTOR HUMANO Y DEL SISTEMA.....	4
	• LA INCERTIDUMBRE EN EL ENTORNO MÉDICO .....	4
	• PAPEL DE LA COLABORACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA PREVENIR ERRORES.....	4
	• UNA CULTURA DE APRENDIZAJE .....	5
	• CULTURA DE CALIDAD Y CULTURA DE SEGURIDAD ESTÁN VINCULADAS .....	5
	• TÓPICOS A DESECHAR .....	5
	RETOS A TENER EN CUENTA.....	6
2.	<b>PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b> .....	7
	• ¿PARA QUÉ UN PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (SP)?.....	7
	• ELEMENTOS DEL PLAN DE SP .....	7
	RETOS A TENER EN CUENTA.....	8
3.	<b>PLAN DE FORMACIÓN / CONCIENCIACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE</b> .....	10
	• ¿PARA QUÉ UN PLAN DE FORMACIÓN (CURRICULUM) EN SP?.....	10
	• ELEMENTOS A TENER EN CUENTA EN EL PLAN DE FORMACIÓN / CONCIENCIACIÓN EN SP.....	10
	RETOS PARA HACER/LLEVAR A CABO EL PLAN DE FORMACIÓN EN SP .....	12
4.	<b>EVENTOS ADVERSOS</b> .....	14
	• DEFINICIONES (Harvard Medical Practice Study) .....	14
	• REQUISITOS Y CONTROL EXTERNOS.....	14
	• CAUSAS PRINCIPALES DE LOS EVENTOS ADVERSOS.....	15
	• GESTIÓN PROACTIVA DE RIESGOS Y ERRORES.....	16
	• GESTIÓN REACTIVA DE RIESGOS Y ERRORES.....	18
	RETOS A TENER EN CUENTA.....	21
	• DISCERNIR si es EVENTO LIGADO A DESEMPEÑO O SISTEMA.....	21
	• LA EFECTIVIDAD DE ALGUNAS ACCIONES NO SE PUEDE MEDIR ADECUADAMENTE.....	21
	• LIMITACIONES DEL RCA (críticas).....	21
	• PROTECCIÓN DE DATOS DE RCA EN LITIGIOS.....	21

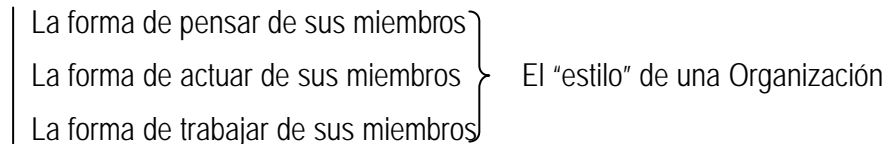
# HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:

*Cómo pasar de las ideas a la acción*

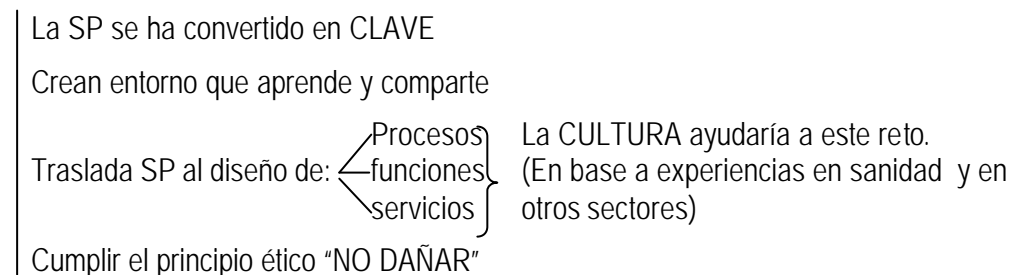
## 1 CULTURA DE LA SEGURIDAD

### 1. CULTURA DE LA SEGURIDAD

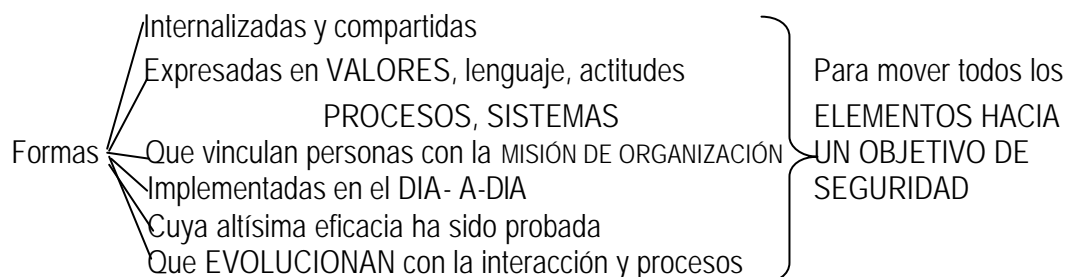
- ¿QUÉ ES UNA CULTURA?



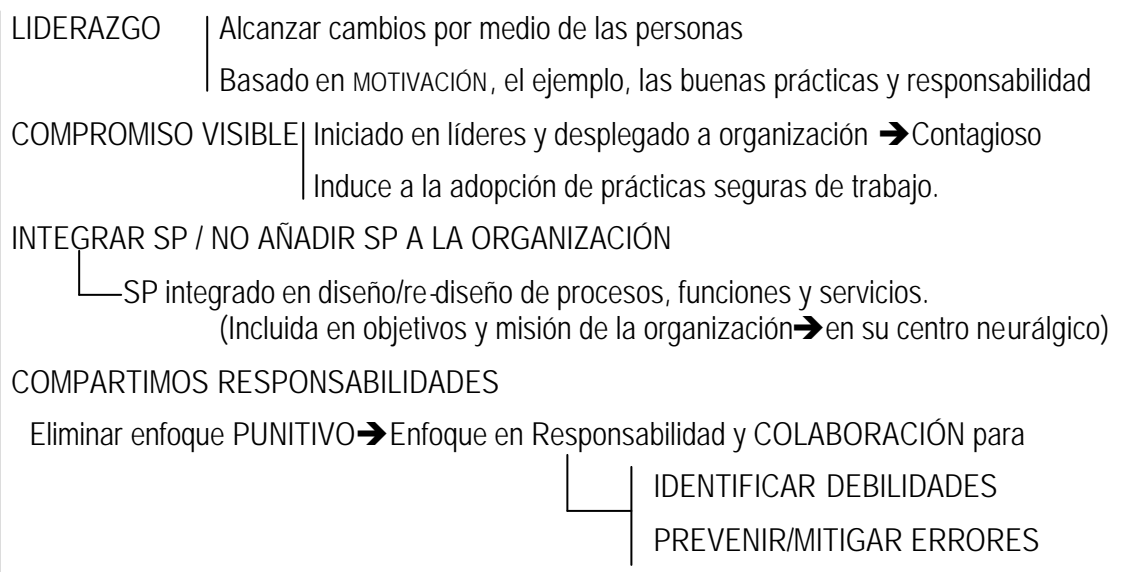
- ¿PARA QUÉ UNA CULTURA DE LA SEGURIDAD?



- ¿QUÉ ES UNA CULTURA DE SEGURIDAD?



- CLAVES PARA QUE SP SEA UNA PRIORIDAD DE LA ORGANIZACIÓN



# HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:

## *Cómo pasar de las ideas a la acción*

### 1 CULTURA DE LA SEGURIDAD

- INFLUENCIAS DEL FACTOR HUMANO Y DEL SISTEMA (Originarios de otros sectores de alto riesgo)

#### TEORÍA DEL SISTEMA:

Condiciones latentes del sistema:

Deficiencias → Procedimentales  
Cargas de trabajo  
Presupuestos } CREAM ENTORNOS/CONDICIONES PROPICIOS PARA QUE LA FALIBILIDAD HUMANA LLEGUE AL ERROR.

#### TEORÍA DE LOS FACTORES HUMANOS:

"No podemos cambiar la condición humana; pero sí las condiciones en las que trabajan las personas"

Tres principios:

Diseñar sistemas que COMPENSEN la DEBILIDAD humana  
Ser capaces de DETECTAR/VER los errores  
Desarrollar ESTRATEGIAS para mitigar los efectos de los errores

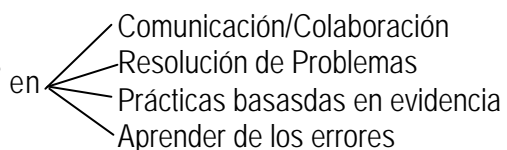
- LA INCERTIDUMBRE EN EL ENTORNO MÉDICO

Es parte del "juego" (limitaciones humanas, modalidades de tratamiento, avances científicos, psicología del paciente...)

— MAL PROCESO → Hace difícil distinguir lo EVITABLE de lo INEVITABLE → Es INEVITABLE la falibilidad → Genera CONFLICTOS

→ Encubrimos los errores → No visión crítica → Sólo puedo ser juzgado por mis colegas → No aprendizaje/mejora. Excusas.

— BUEN PROCESO → Estrategia PROACTIVA:

Formar | Universidades  
Centros en 

- PAPEL DE LA COLABORACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA PREVENIR ERRORES (MODELO COLABORATIVO)

— Facilita la Planificación → Toma Decisiones → Resolución Problemas → Enfoque a Objetivos

— Es un elemento clave de la CULTURA de la SEGURIDAD y tiene probada EFICACIA

# HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:

## *Cómo pasar de las ideas a la acción*

### 1 CULTURA DE LA SEGURIDAD

- UNA CULTURA DE APRENDIZAJE

- El análisis de Eventos Adversos (EA) NO es para PENALIZAR sino para ENTENDER las DEBILIDADES del sistema.
- FLEXIBILIDAD para APRENDER DEL ENTORNO y sus FACTORES para mejorar SP (Ej: Simplificar procedimientos, diseñar procedimientos para reacción rápida a errores...)
- CICLO CONTINUO DE APRENDIZAJE: Convierte la INFORMACIÓN en ACCIÓN y busca:
  - Soluciones robustas, posibles alternativas a lo actual, mayor alcance...
- QUE INTEGRE EL CONOCIMIENTO BASADO EN EVIDENCIAS
  - La pobre diseminación/implementación de evidencias científico/clínicas impacta en forma de errores.
  - La persistencia en procedimientos inapropiados/mejorables/cuestionables es alta
  - "ES MÁS EFECTIVO CREAR SISTEMAS adaptados a las circunstancias locales que PROMOCIONEN EL COMPORTAMIENTO CLÍNICO DESEADO QUE ENFOCARSE EN CAMBIAR COMPORTAMIENTOS INDIVIDUALES"

- CULTURA DE CALIDAD Y CULTURA DE SEGURIDAD ESTÁN VINCULADAS

- Las organizaciones que han implementado la MEJORA CONTINUA DE CALIDAD no suelen encontrar barreras para implementar las INICIATIVAS DE SEGURIDAD.
- SINERGIA entre
  - Enfoque en PREVENCIÓN DE ERRORES
  - Mejoras de innovaciones ligadas a calidad (enfoque al cliente)
- LA SEGURIDAD es una DIMENSIÓN BÁSICA de la CALIDAD

- TÓPICOS A DESECHAR

1. La seguridad es OTRO ASPECTO A AÑADIR a la Organización → SP es PARTE DE LA CULTURA

2. "Las INICIATIVAS en SP TIENEN ALTO COSTE → Coste del error >> Coste de prevención → "RENTABLE"

3. Habrá RESISTENCIA NUMANTINA al cambio. Cierto pero...

- Presentarlo como MÉTODO PARA MEJORAR Y ROBUSTECER
  - Sistema
  - Sanidad } MEJOR DISPOSICIÓN
- Apoyada en un LIDERAZGO que elimina barreras para aprender (tales como el enfoque en la búsqueda del culpable del error)

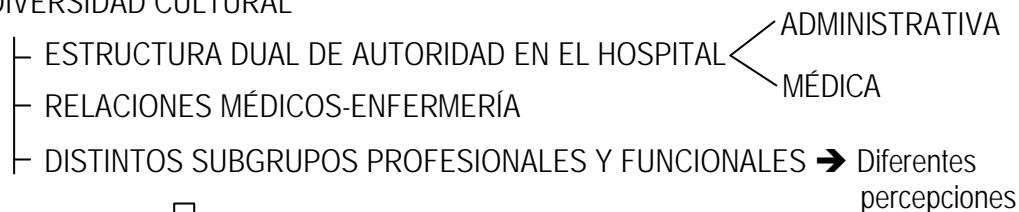
# HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:

*Cómo pasar de las ideas a la acción*

## 1 CULTURA DE LA SEGURIDAD

### RETOS A TENER EN CUENTA

#### DIVERSIDAD CULTURAL



- Liderazgo claro y visible
- Establecer puntos de partida COMPARTIDOS (no saltar directamente a la fase del despliegue)
- Hacer visibles los objetivos finales a lograr
- Considerar relaciones recíprocas dentro de la organización (Modelo cliente-proveedor interno de la Gestión por Procesos)
- Fortalecer trabajo en equipo / Colaboraciones.
- Cerrar el "foso" entre los líderes y los profesionales que están en contacto directo con los pacientes
- Liderazgo clínico
- Despliegue desde objetivos de alto nivel en SP a objetivos de medio/bajo nivel de área/función, e individuales
- Llegar al nivel "día a día" y ¿qué puedo hacer yo?

#### ELEVAR LA SENSIBILIDAD HACIA RIESGOS Y ERRORES.: Afrontar...

- Incertidumbres y sanidad
- Sobrevaloración de las habilidades propias
- Insensibilización a los errores

#### BARRERAS A UN ENTORNO ABIERTO

Tendencia social a la culpa  
Vergüenza ante el error  
Principio de autoridad → TEMOR  
Responsabilidad diseminada

Un entorno abierto solo tiene sentido si se cierra el proceso de:

ANÁLISIS → ACCIÓN → APRENDIZAJE → MEJORA SP

# HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:

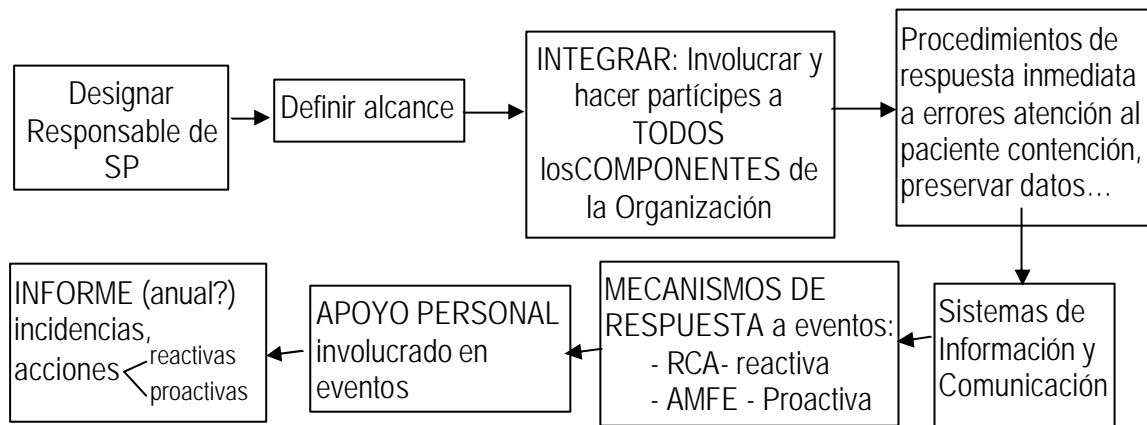
*Cómo pasar de las ideas a la acción*

## 2 PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

### • ¿PARA QUÉ UN PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (SP)?

- PROMOVER misión, visión, valores con enfoque a la MEJORA CONTINUA de SP.
- Definir PRIORIDADES y MECANISMOS reactivos/proactivos para reducir errores/riesgos.
- FUNDAMENTO / BASE para INTEGRAR de manera sistemática SP en procesos, funciones y servicios de la organización.
- Aborda infraestructuras, mecanismos y recursos para movilizar SP.

### • ELEMENTOS DEL PLAN DE SP



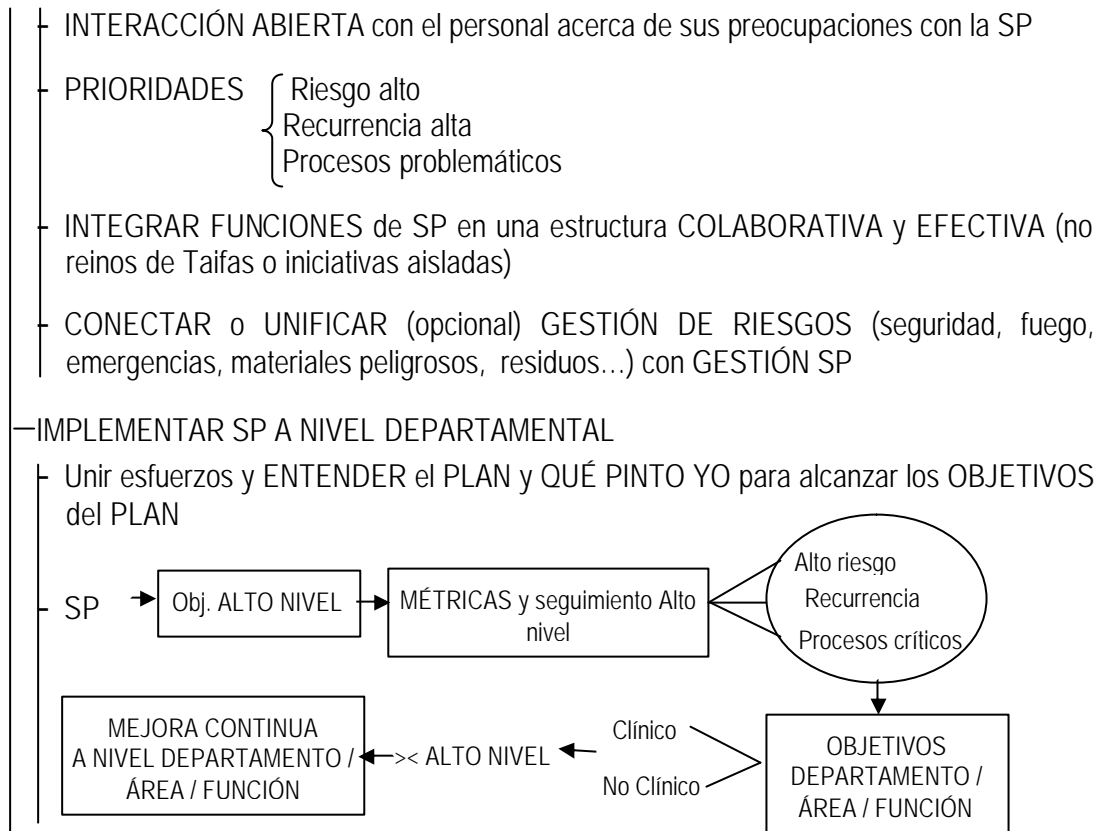
(No en este orden. Esto debería ser un listado orientativo de mínimos)

- DETERMINAR EL ALCANCE DEL PLAN: Tipos de incidentes a abordar
  - Será el PUNTO de REFERENCIA para SELECCIONAR y PRIORIZAR actividades y mecanismos (informes, análisis,...)
  - Debe asegurarse de abordar la SEGURIDAD para PACIENTES + PERSONAL + VISITAS o similar.
- ESTRUCTURAS DE GESTIÓN Y SUPERVISIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
  - INTEGRADO en el diseño y rediseño de procesos, funciones y servicios
  - INTEGRADO en el liderazgo y NO PRECISA necesariamente de NUEVAS OFICINAS → Forma parte de las ACTUALES
  - 1 RESPONSABLE EJECUTIVO que reporta a las más altas autoridades acerca de: eventos adversos, acciones (proactivas y/o reactivas) a eventos y riesgos actuales
  - MONITORIZACIÓN activa del sistema (puntos de alto riesgo, condiciones peligrosas)

# HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:

*Cómo pasar de las ideas a la acción*

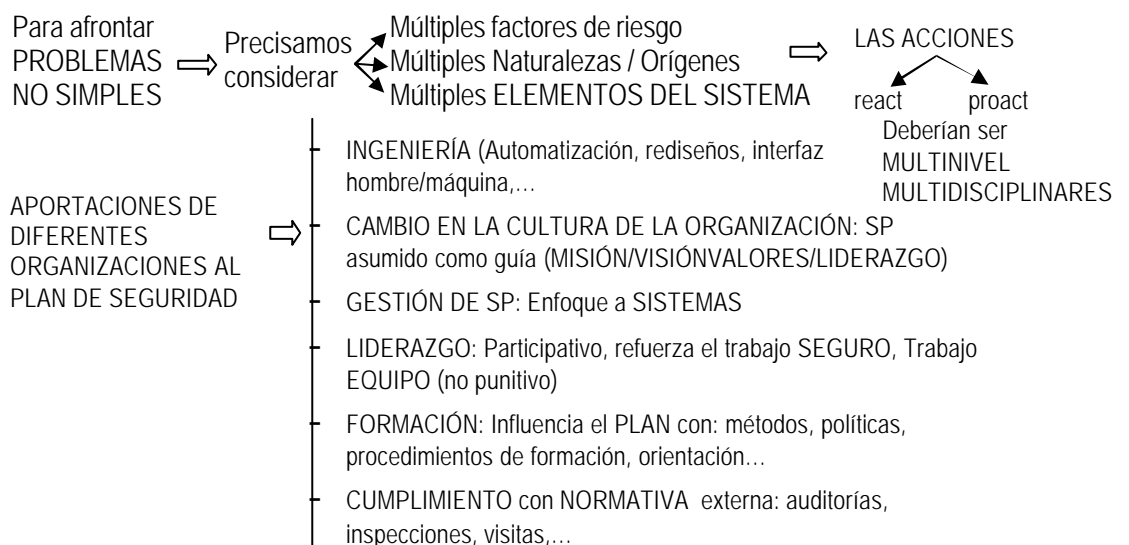
## 2 PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



### RETOS A TENER EN CUENTA

- ADAPTAR ESTRUCTURAS Y ROLES PARA ENTENDER SP
  - Evolucionar desde: Inercia, confusión, "esto no da más trabajo", conflicto → Apoyo, liderazgo, referencia a objetivo, beneficios

### — ESTRATEGIA MULTINIVEL – MULTIDISCIPLINAR PARA LOGRAR SEGURIDAD



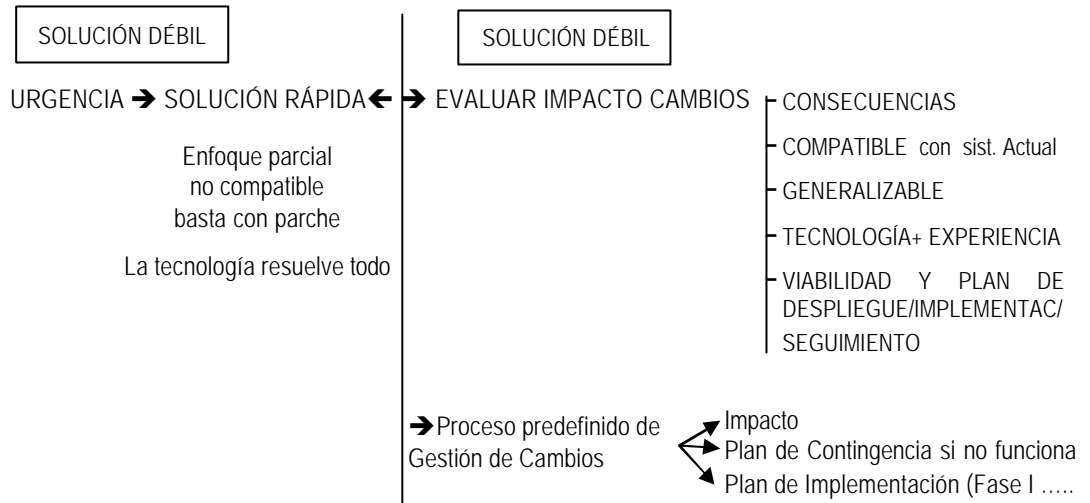


# HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:

*Cómo pasar de las ideas a la acción*

## 2 PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

### BÚSQUEDA DE LAS MEJORES SOLUCIONES



## HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:

*Cómo pasar de las ideas a la acción*

### 3 PLAN DE FORMACIÓN / CONCIENCIACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

#### 3. PLAN DE FORMACIÓN / CONCIENCIACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

- ¿PARA QUÉ UN PLAN DE FORMACIÓN (CURRICULUM) EN SP?

- Crear un ENTORNO que permita IDENTIFICAR Y GESTIONAR SP: riesgos actuales y riesgos potenciales
- Transmitir la filosofía y estrategia de la organización en SP y DEMOSTRAR EL COMPROMISO de la organización con SP
- Formar en CONCEPTOS Y METODOLOGÍAS de la MEJORA CONTINUA de SP
- ORIENTAR y formar en los aspectos del TRABAJO ESPECÍFICO diario ligados a SP
- INCORPORAR/reforzar el TRABAJO EN EQUIPO, colaboración, informar como vía a SP

- ELEMENTOS A TENER EN CUENTA EN EL PLAN DE FORMACIÓN / CONCIENCIACIÓN EN SP

- PLANES A DISTINTOS NIVELES

- LÍDERES
  - Mejora continua de la calidad y SP. Conceptos y herramientas. Objetivos y evaluación del desempeño de SP.
  - Cultura de una organización en SP
  - Metodologías de IMPLEMENTACIÓN del PLAN de Seguridad
  - COMPROMISO visible y eficaz. Promover el EJEMPLO
  - PAPEL y RESPONSABILIDADES del líder: Qué deben hacer para alcanzar OBJETIVOS del PLAN
  - Liderazgo dialogante y encaminado a consensos (los posibles y en el alcance posible)
- TODOS EN LA ORGANIZACIÓN
  - Formación / Orientación inicial al empleado incluyendo SP (punto de partida correcto)
  - Nuevos/expertos: INCORPORAR criterios de SP a
    - DESCRIPCIÓN DE PUESTOS
    - EVALUACIÓN MÉRITOS DEL DESEMPEÑO
- ESCUELAS PROFESIONALES (médicos, enfermer@s, farmacia...)
  - o INCORPORAR SP como parte de la IDENTIDAD CULTURAL de la profesión
  - o Entender y explicar errores en salud. Cómo reconocerlos y responder

# HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:

*Cómo pasar de las ideas a la acción*

## 3 PLAN DE FORMACIÓN / CONCIENCIACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

ELEVAR EL NIVEL DE CONCIENCIACIÓN Y CONECTAR CON FUNCIÓN Y PERSONA

CONCIENCIAR: En base a EVENTO CATASTRÓFICO

Sin necesidad de EVENTO pero en base a contar CASOS para fomentar

PROACTIVO  
vs  
REACTIVO

INTEGRAR SP EN LA PRÁCTICA DIARIA

El paciente se beneficia de la SEGURIDAD sólo cuando la TEORÍA se hace PRÁCTICA. (... y este proceso no es automático).

SP → materia a enseñar → APRENDIZAJE CONTINUO

MISIÓN  
VISIÓN → DÍA a DÍA  
VALORES

CÓMO: Formación inicial → OJT → COMPETENCIAS → FORMAC. CURSOS

CONTENIDOS: CONCEPTOS – COLABORACIÓN – FACTOR HUMANO – ANÁLISIS DEL SISTEMA + { MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD  
GESTIÓN DE CAMBIOS

APRENDER DE LAS BUENAS PRÁCTICAS / NORMAS ACTUALES y estimular con intervenciones de líderes reconocidos internamente acerca de su práctica en SP.

Utilizar herramientas que conviertan las buenas prácticas en práctica diaria: impresos de admisión estándar e informatizados, ...

DISEÑO INDIVIDUALIZADO (mayor asimilación y aplicación al día a día)

Conceptos / Principios generales de SP → CONTEXTUALIZACIÓN a cada entorno individual

NIVEL DEPARTAMENTAL

¿Qué pinto yo en la Organización de SP?  
¿Qué se espera de mi en el PLAN de SEGURIDAD?

CLÍNICOS  
NO-CLÍNICOS

Basados en CASOS PRÁCTICOS de errores del ámbito INCLUYENDO

RESPUESTAS PROACTIVAS

QUÉ HACER  
CÓMO

Enfoque a DESCUBRIR fallos LATENTES, DETECCIÓN, ...

## HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:

### *Cómo pasar de las ideas a la acción*

#### 3 PLAN DE FORMACIÓN / CONCIENCIACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

##### TRABAJO EN EQUIPO PARA REDUCIR ERRORES

- Probada EFICACIA como herramienta de facilitar identificación, mitigación y gestión del riesgo y del error.
- Datos de ESTUDIOS REALES (sanidad) asignan un 43% de errores que habrían sido mitigados/prevenidos con TRABAJO EN EQUIPO.
- En situaciones COMPLEJAS los PROBLEMAS DE INTEGRACIÓN aumentan la PROBABILIDAD de errores/incidencias.
- CARACTERÍSTICAS DEL EQUIPO EFICAZ
  - Comunicación - Coordinación - Seguimiento - Método - Decisiones en tiempo real - Responsabilidad compartida - Logros de grupo - Objetivos medidos y seguidos de grupo - Valoración de las diferentes competencias - Entender la contribución individual al grupo - Entender la contribución del equipo a la organización en SP - Moral de victoria o consecución - No rigidez de papeles - Fomentar la colaboración entre colectivos sanitarios
  - Eficacia en trabajos interdisciplinares (RCA, FMEA,...)

#### RETOS PARA HACER/LLEVAR A CABO EL PLAN DE FORMACIÓN EN SP

##### POTENCIAR PRÁCTICAS BASADAS EN EVIDENCIAS (actualizada + fiable + eficaz)

- PLAN DE FORMACIÓN
  - Extender información: publicaciones, correos, ... IMPACTO - - -
  - Modalidades educativas: charlas, cursos, ... IMPACTO -
  - BASADO EN LA PRÁCTICA/EXPERIENCIA IMPACTO - - -
  - Pero las experiencias entre personas → variabilidad puede inducir a error

- EDUCACIÓN INTERACTIVA Y ACTIVA, basada en PROBLEMAS Y CONTEXTUALIZADA, y con aplicaciones (casos prácticos)

##### INVOLUCRAR Y ENTENDER LAS NECESIDADES "ESPECIALES" DE LOS PACIENTES

- Involucración del Paciente en el proceso → Reducción de la probabilidad de ERROR
- Pero puede haber DIFICULTADES en la comunicación con el paciente
  - EDUCACIÓN SANITARIA habilidad para leer, entender y actuar con Información sanitaria
    - ESTRATEGIAS RELATIVAS A EDUCACIÓN SANITARIA
      - Lenguaje sencillo, preguntar si se entiende (repita Vd.), despacio, apoyarse en familiares.
      - Clima que permita sus preguntas, ayudar a cumplimentar papeles
    - Es CRÍTICA en tratamiento de CRÓNICOS: asimilación ↑ → salud ↑ (no dudas o agobios...)

## HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:

### *Cómo pasar de las ideas a la acción*

#### 3 PLAN DE FORMACIÓN / CONCIENCIACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

DIVERSIDAD CULTURAL: etnias, malentendidos, lengua, tradición, familia, desconfianza,... Implicaciones posibles:

- Dificulta la precisión del diagnóstico y su completitud (ej. describir signos, síntomas,...)
- El tratamiento puede no afrontar las NECESIDADES del paciente
- Es necesario diseñar formación que afronte las implicaciones de la diversidad cultural

BALANCE ERROR INDIVIDUAL vs. ERROR DEL SISTEMA DURANTE EL MIR

- Durante el MIR la rampa de aprendizaje es aguda y se concentra el MAYOR RIESGO DE ERROR

- 4 FORMAS ACTUALES DE AFRONTAR ERRORES -
- NEGACIÓN: la práctica médica es incierta, amnesia para errores.
  - BALONES FUERA: otros, subordinados, sistema, paciente, enfermedad,...
  - DISTANCIARSE DE LA SITUACIÓN Y DEL PACIENTE: "Todos nos equivocamos", "Hice lo que pude..."
  - Yo solo soy responsable ante mi mismo

- Cuando se atribuye un error al sistema a menudo no se analizan comportamientos y cambios.

- Cuando se ACEPTA alguna responsabilidad en el error y se DISCUTE abiertamente se producen cambios constructivos.

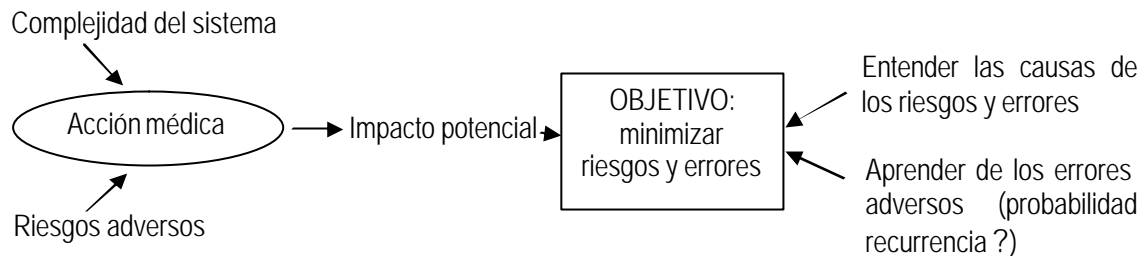
Balance para MIR  $\left\{ \begin{array}{l} \text{BUSCAR CAUSAS DE ERROR LIGADAS AL SISTEMA} \\ \text{ALGUNA RESPONSABILIDAD PERSONAL} \end{array} \right\}$  CONOCIMIENTO  $\uparrow$   
PROCESO ROBUSTO  $\uparrow$   
PRÁCTICA DÍA A DÍA  $\uparrow\uparrow$

# HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:

*Cómo pasar de las ideas a la acción*

4 EVENTOS ADVERSOS

## 4. EVENTOS ADVERSOS



*"En vez de tratar cada error o riesgo como único, sorprendente, aislado y a veces trágico, deberíamos ver la organización como un sistema y acometer la mejora de la seguridad como algo permanente y compartido"*

- DEFINICIONES (Harvard Medical Practice Study) *"Errar es humano: Construyendo un Sistema de Sanidad más seguro"*

- EVENTO ADVERSO: Lesión no intencionada a causa de la acción sanitaria (más que a la condición o enfermedad del paciente)
- NEAR MISS: Situación que hubiera producido un accidente y no lo hizo por fortuna o porque se evitó a tiempo.
- ERROR: Acto no intencionado (acción / omisión) o acto que no consigue su propósito.
- SITUACIÓN DE RIESGO: Aquello que aumenta significativamente la probabilidad de que ocurra un evento adverso.
- EVENTO CENTINELA: Inesperado con resultado de muerte o lesión grave o cuya recurrencia conlleva una alta probabilidad de provocar un evento adverso grave.  
Ejs: - Suicidio en área 24h. vigilada  
- Rapto  
- Transfusión con incompatibilidad severa  
- Operación en otra parte del cuerpo / otro paciente

- REQUISITOS Y CONTROL EXTERNOS

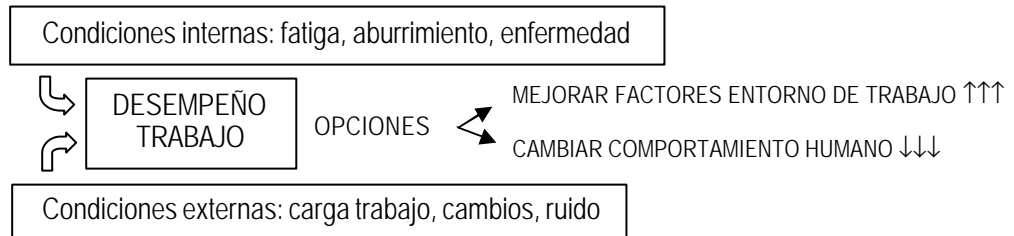
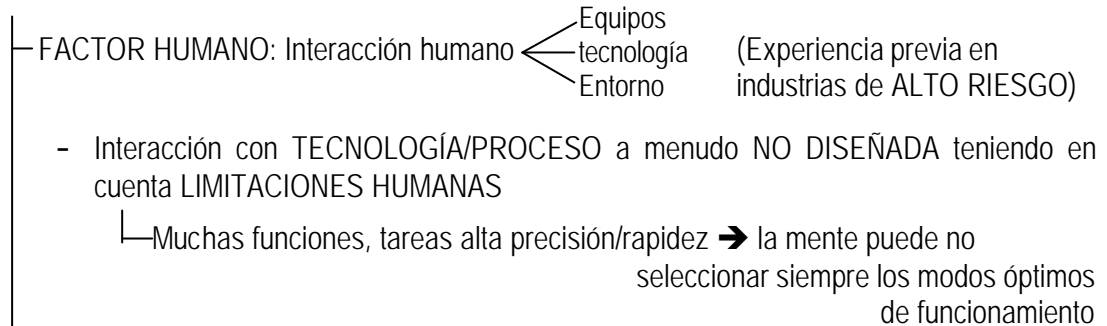
- ACREDITACIÓN/ESTÁNDARES: "Las organizaciones han de establecer los mecanismos necesarios para identificar y entender las causas de EA y aprender de ellas para diseñar la seguridad de sus operaciones de forma SISTEMÁTICA"
- ENTIDADES DE CONTROL: Agencias de auditoría (de la Administración en general) de seguridad de productos, servicios y actividades

# HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:

## Cómo pasar de las ideas a la acción

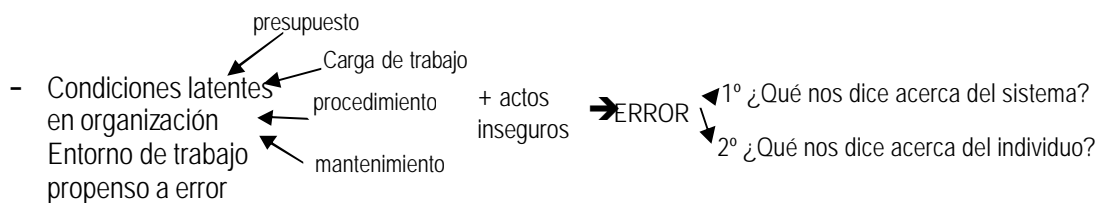
### 4 EVENTOS ADVERSOS

- CAUSAS PRINCIPALES DE LOS EVENTOS ADVERSOS



- 3 Principios de diseño del sistema de Seguridad del paciente bajo el enfoque del factor humano:
  1. Prevenir errores con DISEÑO que compense puntos débiles
  2. Evidenciar errores al encontrar puntos débiles (poder aprender de experiencia)
  3. Estrategias de mitigación de los efectos del evento adverso/error

#### ENFOQUE AL SISTEMA



- BARRERAS contra la probabilidad de error: Procesos STD, alarmas automatizadas, trabajo en equipo y comunicación.
  - └ Dado que la mayor parte de los errores son debidos a cadenas de eventos: BARRERAS MÚLTIPLES.

# HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:

*Cómo pasar de las ideas a la acción*

4 EVENTOS ADVERSOS

## UN SISTEMA COMPLEJO

LA SANIDAD ES  
UN SISTEMA COMPLEJO

Muchos miembros dentro del Sistema  
Muchas FUNCIONES  
CAMBIOS (Tecnológicos, organizativos, sociales,...)  
Recursos limitados (presión económica)  
Avances en CIENCIA Y TECNOLOGÍA

- \* nuevos fármacos
- \* " protocolos
- \* " terapias
- \* mayor componente tecnológica

→ PROBABILIDAD DE  
LAPSOS/ERRORES

↑↑

## • GESTIÓN PROACTIVA DE RIESGOS Y ERRORES

### AMFE (Origen militar USA años 40 => aroespacio => automoción => Mejora Calidad)

OBJETIVO: Buscar TODAS las POSIBLES formas de FALLO → PRIORIZAR esfuerzos → MEDIR resultados del cambio en sistema y procesos.

#### PROCESO:

##### • PASO 1: SELECCIÓN DEL ÁREA O ÁMBITO A MEJORAR

- Alto riesgo o Alta debilidad → RPN (Risk Priority Number)
- $RPN \approx (\text{Probabilidad } (0 - 3), \text{ Gravedad del efecto } (1 - 5), \text{ Capacidad para detectarlo } (1 - 3)) = [0 = 45]$
- Definir el Alcance (no demasiado amplio / ambicioso para los recursos disponibles)

##### • PASO 2: FORMACIÓN DEL EQUIPO

- MULTIDISCIPLINAR (riqueza puntos de vista)
  - Expertos
  - Líder (dinámica de grupos, funciones del equipo)
  - Facilitador (enfoque a objetivos)
  - No experto (revisión crítica)

##### • PASO 3: DIAGRAMA/MAPA DE PROCESOS GRÁFICOS: Procesos, subprocesos (1, 1.1, 1.2,...)

##### • PASO 4: IDENTIFICAR MODOS POTENCIALES DE FALLO: Tormenta de ideas

##### • PASO 5: CALCULAR RPN PARA CADA MODO DE FALLO

##### • PASO 6: PROPONER ACCIONES PARA ELIMINAR/REDUCIR LOS MODOS DE FALLO (usar RCA, planes de acción,...)

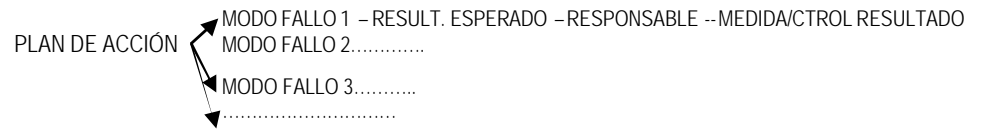


# HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:

## *Cómo pasar de las ideas a la acción*

### 4 EVENTOS ADVERSOS

- PASO 7: IMPLEMENTAR LOS NUEVOS PROCESOS Y MEDIR RESULTADOS



— ALERTAS DE EVENTOS CENTINELA (Inesperados con resultados de muerte o lesión grave y variaciones del proceso que inducen alta probabilidad de producir resultados adversos severos)

— PROCESO: EVENTO CENTINELA → RCA completo → Implementar acciones → Monitorizar EFECTIVIDAD de acciones (APRENDER)

— EJEMPLOS DE LECCIONES APRENDIDAS DEL USO DE ALERTAS CENTINELA

- 1º. Mejora en proceso de identificación del paciente (2 identificadores, re-verificación previa a intervención)
- 2º. Mejor COMUNICACIÓN entre sanitarios: parafrasear/repetir órdenes clave, estandarizar (abreviaturas, símbolos,...)
- 3º. Mejora del uso de medicamentos de alto riesgo: quitar alguno de unidades de paciente, límite de existencias.
- 4º. Eliminar ERRORES en SITIO de intervención (procedim marcado estándar), Identidad Paciente (hacer partícipe al paciente), procedimiento operativo erróneo
- 5º. Mejora de seguridad en equipos de transfusión
- 6º. Mejora de efectividad de los SISTEMAS DE ALERTA: mantenimiento preventivo, dispositivos apropiados/ audibles,...

— OBTENER DE PACIENTES, FAMILIAS Y PERSONAL

- |                                    |            |                      |
|------------------------------------|------------|----------------------|
| — Opiniones                        | } MEDIANTE | — Reuniones          |
| — Necesidades                      |            | — Encuentros         |
| — Percepción de riesgo a pacientes |            | — Contactos casuales |
| — Sugerencias para mejorar SP      |            | — Paseos             |
|                                    |            | — Entrevistas,       |
|                                    |            | — Feedback           |

# HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:

*Cómo pasar de las ideas a la acción*

4 EVENTOS ADVERSOS

CONSIDERAR A PACIENTES Y FAMILIAS COMO ALIADOS EN SP

2º Par de ojos

Reacción temprana que puede mitigar efectos

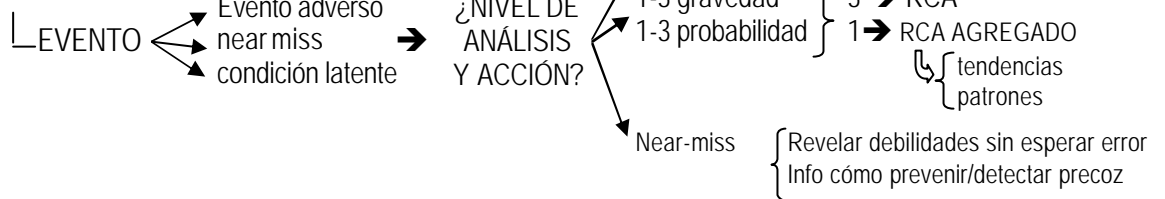
A mayor información acerca de tratamiento / implicación → PROBABILIDAD DE ERROR ↓ y Responsabilidad en tratamiento y su seguimiento ↑

Posible fuente de información / sugerencias en RCA y comités de mejora.

## • GESTIÓN REACTIVA DE RIESGOS Y ERRORES

OBJETIVO: Aprender de los eventos adversos y riesgos para eliminarlos o reducir su probabilidad en el futuro.

PASOS PREVIOS:



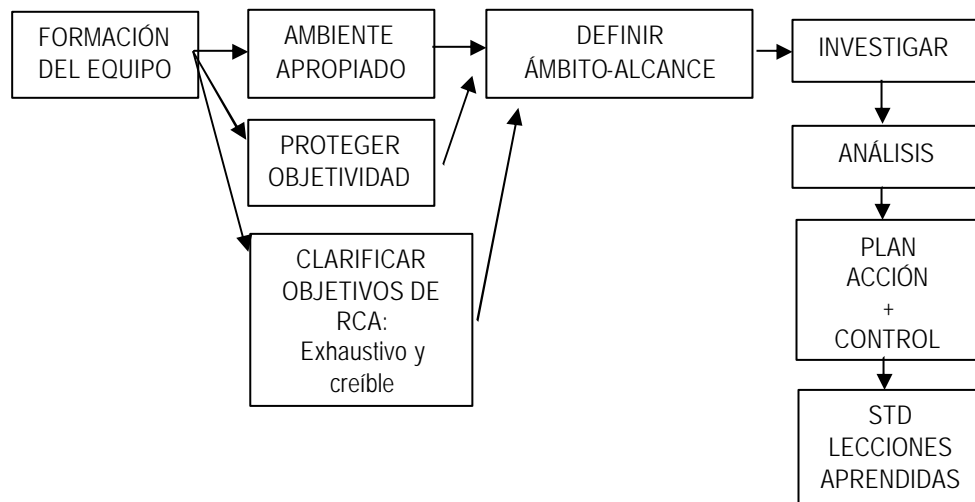
RCA

OBJETIVO:

- \* Identificar factores que contribuyeron a eventos adversos y near-miss
- \* Investigación cronológica retrospectiva de QUÉ y CÓMO ocurrió → CAUSAS RAÍZ
- \* Enfoque al SISTEMA y procesos que disminuyen el rendimiento humano

↳ REDISEÑO → Reducción errores Rdto. Humano ??

PROCESO:



# HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:

## Cómo pasar de las ideas a la acción

### 4 EVENTOS ADVERSOS

#### 1. FORMACIÓN DEL EQUIPO:

- a. COMPOSICIÓN: Experto 1ª línea (¿Qué? ¿Cómo?) + líder/manager (recursos/objetivo) + experto RCA.
- b. AMBIENTE APROPIADO: Sistema (no culpables) + confianza + confidencialidad.
- c. PROTEGER OBJETIVIDAD frente a INTERESES PARTICULARES
  - × Peligro cuando afecta negativamente a Mi Área/Forma de Trabajo
  - × Retar las barreras ligadas a presupuesto / cargas de trabajo / cultura y sopesarlas frente a la necesidad de respuesta (LIDER/FACILITADOR)
- d. CLARIFICAR OBJETIVO DE RCA exhaustivo } Enfocado a sistema / proceso  
creíble } Causas inmediatas -> ¿POR QUÉ?  

EXHAUSTIVO: Factores  
↓  
Causas buscadas en todas las áreas relacionadas

CREÍBLE: Meticuloso  
↓  
Incluye a dirección y organización más cercana al evento.

CAUSA RAÍZ  
↓  
MEJORAS  
↓  
RIESGO ?
- e. ALCANCE Y FACTORES A INCLUIR proporcional a gravedad / probabilidad (ver pasos previos)

#### 2. INVESTIGAR

- 1º ASISTIR / APOYAR al personal involucrado de diferente forma en las diferentes fases del proceso.
- 2º CRONOLOGÍA DE DETALLES ¿Qué ocurrió? (entrevistas a los implicados y documentos)
- 3º DIAGRAMA DE FLUJO de eventos / variaciones y contexto → revisión por los implicados.
- 4º { SUGERENCIAS por parte de los implicados y agradecimientos por su participación.  
IMPLICADOS no participan en RCA; aunque sí en plan de acción y conclusiones (invitados)

#### 3. ANÁLISIS

- 5º IDENTIFICAR FACTORES CAUSALES PRÓXIMOS → En gral fact. humano de error DIRECTOS

+  
PORQUÉS ITERATIVOS → Factores SISTEMA / PROCESO más allá del control humano

Ejemplo: Evento: Lesión ligada a un aparato médico. Causa directa: error humano / nivel habilidad.

- PORQUÉS → Factores adicionales:
- Deficiente instrucción por suministrador
  - La formación varía de dto. a dpto.
  - No se actualiza / revisa la formación de los usuarios de ese aparato.
  - Mala gestión del nivel de competencia para aparatos de baja frecuencia de uso, pero con alto riesgo.

# HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:

## Cómo pasar de las ideas a la acción

### 4 EVENTOS ADVERSOS

Consejo: No enfocarse exclusivamente en uno de los dos factores: factor humano, factor sistema (perdemos protagonismo y responsabilidad en mejora)

6º Ampliar la información requerida si es necesario + visitas + examen materiales usados + literatura + benchmarking para aprender de casos similares.

7º Resumir lo analizado en base a preguntas y respuestas encontradas.

8º CONSENSUAR LAS CAUSAS RAÍZ.

#### 4. PLAN DE ACCIÓN

ELEMENTOS:

CAMBIO PARA REDUCIR RIESGO	DÓNDE ? proceso	RESPONSABLE	MODO DE INTRODUCIR CAMBIO (fase piloto....)	RESULTADO OBJETIVO Y MÉTODO DE MEDIDA DE LA EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
¿INTRODUCE ALGUNA NUEVA VULNERABILIDAD A LA QUE ATENDER?	¿SE DEBE GENERALIZAR A ALGÚN OTRO ÁREA / ÁMBITO?		FECHA REVISIÓN	FECHA PREVISTA INTRODUCCIÓN CAMBIO

#### EJEMPLOS DE ACCIONES "razonables"

##### REDUCIR LA DEPENDENCIA DE LA MEMORIA

Procedimientos claros / gráficos y listados de pasos

Estandarizar (eliminar variabilidad innecesaria)

Códigos de colores

Empaquetado ad-hoc

Automatizar (lectores de códigos de barras)

##### REDUCIR LA DEPENDENCIA DE LA VIGILANCIA

Códigos de barras

Diseño que fuerza un uso correcto

Diseño con lógica (colores rojo en peligro, ...)

##### SIMPLIFICAR TAREAS Y PROCESOS

##### REDUCIR Nº PERSONAS EN LA CADENA DE ACCIÓN

REDUCIR LA NECESIDAD DE EFECTUAR CÁLCULOS (Cálculo tabulado en medicamento,...)

CREAR MECANISMOS DE DETECCIÓN PRECOZ (previo a error o con pequeño impacto todavía)

PLANEAR Y ENTRENAR RESPUESTAS CORRECTAS A ERRORES

FORMACIÓN ADECUADA: ad-hoc y efectiva

## HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:

*Cómo pasar de las ideas a la acción*

4 EVENTOS ADVERSOS

- GESTIONAR LA FATIGA
- INFORMACIÓN CONCRETA, ADECUADA Y ACCESIBLE para cada uso
- 5. LECCIONES APRENDIDAS
  - Nuevo diseño del proceso / procedimiento / sistema afectados
  - Extender lecciones aprendidas (interna o externamente) y recibir feedback
  - Informar (no obligatorio) a familia de que las acciones han sido implementadas para evitar riesgos futuros

### RETOS A TENER EN CUENTA

- DISCERNIR si es EVENTO LIGADO A DESEMPEÑO O SISTEMA
  - DESEMPEÑO: criminal, a propósito inseguro, abuso, alcohol/droga, irresponsable,...
  - SISTEMA: entorno proclive a error, vulnerable + acto inseguro.
- LA EFECTIVIDAD DE ALGUNAS ACCIONES NO SE PUEDE MEDIR ADECUADAMENTE
  - Frecuencia alta + individuos → correlación entre acción y efecto
  - Eventos de baja frecuencia/raros → ausencia de más eventos NO ES DE EFECTIVIDAD de la acción
    - ↳ Desarrollar INDICADORES DE PROCESO (no de resultado)
    - ↳ BARRERAS e indicadores de BARRERAS ROTAS
- LIMITACIONES DEL RCA (críticas)
  - Las causas varían en el tiempo y las acciones no serán efectivas para prevenir el futuro.
  - Componentes especulativos determinados
  - Tendencia a centrarse, como causas raíz, en los problemas actuales de la organización
- PROTECCIÓN DE DATOS DE RCA EN LITIGIOS
  - Es un aspecto sensible
  - Su tratamiento debe hacerse dentro del marco legislativo y basado en la experiencia en el tema
  - Es importante pues implica posibles recelos: ¿Esto puede volverse contra mi en un litigio?