

Salud Segura



NÚCLEO DE SEGURIDAD DEL ÁREA I MURCIA-OESTE



Edita:

Núcleo de Seguridad del Área I Murcia-Oeste
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
Ctra. Murcia-Cartagena, s/n. 30120 Murcia.
Tel.: 968381064 - 986369701
<http://www.murciasalud.es/saludsegura>
Arrinet/Calidad saludsegura.area1.sms@carm.es

Comité editorial:

Carlos Albacete, Tomasa Alcaraz, Pablo de la Cruz, Magina Blázquez, Pilar Ferrer, Beatriz Garrido, Julio López-Picazo, Virginia Pujalte, Soledad Sánchez, Pedro Soler, Nuria Tomás.

Coordinador de edición: Julio López-Picazo Ferrer

Suscripción: Envío gratuito. **Solicitudes:** saludsegura.area1.sms@carm.es

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

Volumen 4, Número 1.

**ENERO
2016**



En este número:

- *Integración de calidad y seguridad en el Servicio Murciano de Salud.*
Pedro Parra.
- *Cultura de seguridad. ¿De qué estamos hablando?*
José M^a Ruiz Ortega.
- *El teléfono roto... ¿un juego de niños o un problema de seguridad?*
Carlos Albacete.
- *La Arrixaca se implica en el proyecto europeo PaSQ para el desarrollo de prácticas clínicas seguras.*
Núcleo de Seguridad del Área 1 Murcia-Oeste Arrixaca.
- *FICHe: Un proyecto piloto para la identificación segura de pacientes en la Arrixaca.*
Juan A Gómez Company, Gorka Sánchez Nanclares, Ilko García Pérez, Carmen M Peñalver Monteagudo, José A Varela, M Rosario Jiménez Cerrillo.

Integración de calidad y seguridad en el Servicio Murciano de Salud



Parra Hidalgo P

Subdirector General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación.
Dirección General de Asistencia Sanitaria
Servicio Murciano de Salud

CONCEPTO DE CALIDAD ASISTENCIAL

Según el diccionario de la lengua, calidad es la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor. En los diferentes sectores de actividad se ha ido desarrollando un cuerpo de conocimientos y unas metodologías para medir la calidad de sus productos o servicios, de modo que permitan apreciarlos como igual, mejor o peor que los restantes de su misma especie. Así, la calidad de la atención sanitaria va a ser el conjunto de propiedades que son inherentes a los servicios de salud y que permiten establecer una comparación entre el desempeño de una organización y el de otras similares o entre el desempeño de la misma organización en momentos diferentes del tiempo.

Los trabajos de **Codman** en 1914 fueron la base que llevó al American College of Surgeons a la creación, en 1918, del programa de estandarización de hospitales que incluía como requisitos para prestar una asistencia de calidad la cualificación del personal, la calidad y uso de la documentación clínica, el tratamiento y la revisión de la asistencia por colegas (peer review).

En 1972 se crea en Estados Unidos la **Professional Standards Review Organization** (PSRO) con el objetivo de revisar la calidad de la atención que prestaban los hospitales concertados con los programas Medicare y Medicaid. El propósito del programa era asegurar que los servicios ofrecidos eran necesarios desde el punto de vista médico, de calidad según estándares profesionales y lo más económicos posibles.

En los países europeos la gestión de la calidad en los sistemas sanitarios no se impulsa hasta la década de 1980. En este año la **OMS** señalaba en el documento "Salud para todos en el año 2000" que "De aquí a 1990, todos los estados miembros deberán de haber creado unas comisiones eficaces que aseguren la calidad de las atenciones a los enfermos en el marco de sus sistemas de prestaciones sanitarias...".

En la Región de Murcia se puso en marcha el **Programa EMCA** de gestión de la calidad asistencial en 1995 a través de un convenio entre la Universidad de Murcia y la Consejería de Sanidad.

DEFINICIONES DE CALIDAD ASISTENCIAL

No hay una definición universal del concepto de calidad de la atención sanitaria. Las definiciones existentes responden a distintas interpretaciones del significado de atender las necesidades de atención sanitaria. Algunas de las más conocidas son:

- **Donabedian (1980):** Calidad asistencial es el tipo de asistencia esperado para maximizar el nivel de bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance entre beneficios y pérdidas esperadas en todas las fases del proceso de atención.

- **Ministerio de Sanidad del Reino Unido (1997):** Calidad asistencial es hacer las cosas adecuadas, a las personas adecuadas, en el momento preciso y hacer las cosas bien a la primera.
- **Oficina Regional Europea de la OMS (1985):** La calidad de la atención sanitaria consiste en asegurar que cada paciente recibe el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.
- **Instituto de Medicina de Estados Unidos (2001):** La calidad de atención es el grado en el cual los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados de salud y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento.
- **El Programa EMCA** define la calidad asistencial como “la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario”.

DIMENSIONES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

La calidad de la atención es un concepto complejo en el que se identifican distintos componentes de la calidad que pueden ser medidos y se conocen como las dimensiones de la calidad asistencial.

- **La efectividad** y la eficiencia son dos dimensiones que están incluidas en todas las definiciones de calidad asistencial. La efectividad es la medida en que una determinada práctica o atención sanitaria mejora el estado de salud de población que la recibe, es decir, el beneficio que se obtiene tras una intervención en condiciones de aplicabilidad reales.
- **La eficiencia** se define en términos de relación entre coste y resultado, Es el grado en el que se consigue el más alto nivel de calidad con los re-

ursos disponibles. Relaciona los resultados obtenidos, medidos por la efectividad, con los costes que genera el servicio prestado.

- **La accesibilidad** consiste en la facilidad con que puede obtenerse la atención sanitaria en relación con limitaciones económicas, organizativas, geográficas o culturales. Algunos autores incluyen en ella el concepto de equidad como la medida en que los cuidados apropiados son recibidos por la población de forma equitativa, es decir, si la atención sanitaria llega a quien la necesita y cuando la necesita.
- **La atención centrada en el paciente**, aunque no tiene una definición globalmente aceptada, se refiere al grado en que son tenidos en cuenta en el proceso de atención los valores y las preferencias de los pacientes, mientras que la satisfacción es la medida en que la atención sanitaria cumple con las expectativas de los usuarios.
- Como hemos podido comprobar **la seguridad**, referida a la reducción del riesgo, es un componente importante de las definiciones que hemos revisado de calidad asistencial, y se consideraba tradicionalmente que estaba incluida en la calidad científico-técnica de la atención.

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, DIMENSIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Los sistemas sanitarios son organizaciones con una compleja interacción entre relaciones humanas, recursos tecnológicos, conocimientos y condiciones de los pacientes que con frecuencia producen daños innecesarios.

El interés por no producir daños innecesarios a los pacientes ha formado parte históricamente de las preocupaciones de los profesionales sanitarios. En la década de los 50 del siglo XX se publican trabajos sobre los efectos indeseables de la atención sanitaria y se relacionan con el progreso de los métodos diagnósticos y terapéuticos en la medicina. Es en la década de los ochenta cuando la Sociedad Americana de Anestesiología lanza el término Patient Safety con la creación en 1985 de la Anesthesia Patient Safety Foundation.

La seguridad es una de las dimensiones de la calidad asistencial y la OMS la define como “la ausencia de daño innecesario, real o potencial, asociado a la atención sanitaria” (OMS, 2009). A diferencia de las otras dimensiones de la calidad que ponen el foco en conseguir los máximos niveles posibles de beneficio en salud y de satisfacción para el paciente, la seguridad se enfoca en reducir un efecto indeseado como es el daño o riesgo de daño producido por la propia asistencia sanitaria.

La extensión del concepto de seguridad no solo al daño real, sino también a aquellos fallos de la atención que potencialmente podrían causar daño, hace que se solape con otras dimensiones de la calidad y, en especial, con la efectividad. Este solapamiento refuerza la indisolubilidad de la seguridad como una dimensión de la calidad, y la necesidad de integrar su gestión con la gestión y mejora de la calidad.

Los principios y métodos de la gestión de la calidad son aplicables también a la mejora de la seguridad. Por tanto, las actividades para la gestión de la calidad y la seguridad serán una combinación de actividades dirigidas a planificar o diseñar la calidad, actividades de monitorización para asegurarse que no hay problemas de calidad y que se actúa según lo planificado, y la puesta en marcha de ciclos de mejora cuando a través de la monitorización se identifiquen problemas de calidad.

En el caso de la seguridad del paciente, como en otras dimensiones de la calidad asistencial y dentro del marco común metodológico, se han desarrollado algunas herramientas específicas como los sistemas de notificación de incidentes y la promoción de la cultura de seguridad, y por otro lado, se han adaptado al sector sanitario dos herramientas procedentes de la industria de probada utilidad para el análisis de riesgos, el Análisis Causa-Raíz (ACR) y el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE).

CALIDAD Y SEGURIDAD EN EL SMS

La metodología de gestión de la calidad se empieza a introducir en el Servicio Murciano de Salud con la puesta en marcha en 1995 del Programa EMCA a través de un convenio entre la Consejería de Sanidad y la Universidad de Murcia. Durante estos años se ha realizado un gran esfuerzo en formación con más de 200 cursos impartidos y más de 4000 alumnos, se han impulsado 70 proyectos de investigación específicos en materia de calidad asistencial así como el asesoramiento de numerosas iniciativas de mejora de calidad impulsadas por los profesionales de SMS.

Por otra parte, el Ministerio de Sanidad lanzó el Plan de Seguridad del Paciente que tiene su reflejo en el Plan Regional de Acción para la Seguridad del Paciente 2012-2016.

La reorganización del SMS que asume directamente la gestión de la calidad que estaba en la Consejería y unifica en la subdirección de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación las competencias en estas materias nos ofrece una situación privilegiada para que, a partir de la evaluación del trabajo realizado en estos años definamos una estrategia regional de calidad y seguridad que nos permita seguir avanzando en la mejora continua de la calidad de los servicios que prestamos a nuestros pacientes.

Cultura de seguridad. ¿De qué estamos hablando?



Ruiz Ortega JM

Jefe de Servicio.
Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad
y Evaluación.
Servicio Murciano de Salud

Se lee, se comenta y mucho que para aumentar el nivel de seguridad de los pacientes debemos implantar una cultura de seguridad en nuestros centros. ¿Y eso qué es? A efectos prácticos, ¿qué tenemos que hacer? ¿Es una herramienta didáctica y no sirve más que para eso? Trataré de adentrarme en este mundo "cultural" con prudencia.

Dicen que fue en el año 1993 cuando el organismo ACSNI (Advisory Committee on the Safety On Nuclear Installations) -algo así como un comité consultivo para la seguridad de las instalaciones nucleares- definió la cultura de la seguridad como el producto de valores individuales y de grupo, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso, estilo y habilidad en la gestión de la salud y la seguridad de una organización. Y se basan en una comunicación caracterizada por confianza recíproca, percepciones compartidas sobre la importancia de la seguridad y la confianza de que es efectivo hacer prevención. Para conseguir aterrizar en la definición anterior, ¿es necesaria una completa transformación de nuestros servicios hospitalarios, áreas de enfermería, unidades de atención primaria o del centro sanitario en su conjunto? Creo que no.

No se trata de conformar un conjunto que hay que ir descomponiendo en par-

tes hasta llegar a las individualidades; se puede conseguir cultura de seguridad construyendo componentes esenciales para ir ensamblándolos en un todo cultural que funcione, haciéndola emerger a través de medidas prácticas, realistas y perseverantes. Por tanto es un compuesto de muchos elementos individuales o lo que es lo mismo, formas de pensar, actuar y dirigir que interactúan mejorando la "salud de la seguridad". A los profesionales sanitarios acostumbrados a "hacer" les puede parecer un concepto utópico, es decir, una idea inalcanzable. Propongo adentrarnos en las siguientes ideas que a mi modo de entender pueden generar una cultura de seguridad: **valores** (qué es lo importante), **creencias** (cómo funcionan las cosas) y **normas de comportamiento** (cómo hacemos las cosas). Mezclemos estos conceptos con la estructura y, de alguna manera, con el estilo de dirección (y/o si queremos de control). Obtendremos un producto. Es decir, en aquellas organizaciones con cultura, los profesionales saben lo que tienen que hacer en la mayor parte de las ocasiones ya que son imbuidos por un conjunto de valores (conocen lo que es primordial).

Los **elementos principales de una cultura de seguridad** son:

- 1 Un motor que es la **ambición** por conseguirla, y aunque difícil de alcanzar merece la pena esforzarse por conseguir este objetivo.
- 2 El motor ha de ser potente y eso depende del **respeto** que le tengamos a la creencia de que puede ocurrir un accidente, es decir, tener **miedo** ante los peligros, lo que nos mantendrá alerta y en guardia constante.
- 3 Para mantener este estado permanente de cautela es necesario disponer de información sobre resultados no deseados, eventos adversos, incidentes y accidentes. Eso es lo que llamaríamos tener una **"cultura informada"**.

4 Esa información no hay otra manera de obtenerla que de los trabajadores en contacto con los pacientes en riesgo; por eso hay que poner en marcha una **"cultura informante"** con profesionales dispuestos a notificar sus incidentes y errores para que sean recopilados, analizados y generen informes.

5 Para que exista una cultura informada e informante debemos gestionar de manera adecuada la culpa. Una organización libre de ella no es posible; el que afirme lo contrario es un idealista. Siempre habrán actuaciones temerarias, negligencias culposas, sabotajes o comportamientos inaceptables. Una inmunidad general carece de credibilidad entre los profesionales. Una **"cultura justa"** -a mi juicio- es aquella capaz de crear una atmósfera de confianza que incentive la información que se proporcione para aumentar los niveles de seguridad de nuestros centros o unidades.

6 Las organizaciones campeonas en seguridad son capaces de adaptarse ante los nuevos peligros de manera rápida. Por tanto, una **"cultura flexible"** en la que los profesionales son capaces de afrontar los nuevos peligros sin necesidad de que se tenga que poner en marcha la cadena de mando jerárquica; adaptabilidad para afrontar crisis que se basa en el respeto hacia las habilidades, destrezas y experiencia de los profesionales; en este punto destacar la labor fundamental que han de desempeñar los jefes de servicio, coordinadores o supervisores de áreas teniendo en cuenta que ese respeto ha de ganarse y no imponerse. Los líderes inspiran a sus equipos a través del ejemplo que predicán, las buenas prácticas y el sentido de responsabilidad institucional. Las organizaciones con mayor capacidad para aprender son aquellas que mantienen una mentalidad abierta y un sentimiento de curiosidad, y que asumen que siempre hay algo que aprender debido a la complejidad e inseguridad que caracterizan la incertidumbre en la práctica asistencial.

7 **"Cultura que aprende"**, es decir, saca conclusiones de los sistemas de información e implanta las reformas necesarias cuando hace falta.

Elementos primordiales son los de "cultura que informa", "cultura justa", "cultura flexible" y "cultura que aprende". La interacción de todos configuran una cultura de seguridad que hace reducir los incidentes o accidentes organizativos. Montar estas piezas por separado no tiene mucho sentido si las mismas no hacen funcionar el sistema. La cultura de la seguridad es mucho más que la suma de sus partes. La seguridad no es un elemento cultural externo que se puede comprar e inculcar en una institución. Es algo que una organización "ES" más que lo que una organización "TIENE". La cultura no es estática, sino el resultado de encuentros dinámicos entre los distintos actores de un centro sanitario. Es un camino no un destino, es una lucha continua más que un resultado.

Este camino es el que ha emprendido decididamente el Servicio Murciano de Salud aceptando la seguridad de los pacientes y su cultura como parte esencial de la calidad asistencial. Y es por eso que se ha creado en el citado Organismo una Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación dependiente de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, apostando definitivamente por impulsar esta parcela tan fundamental para la tranquilidad de los pacientes, profesionales y la propia institución sanitaria. Procuraremos no defraudar estas magníficas intenciones y expectativas.

En ese sentido felicitamos a la Unidad de Calidad y Seguridad del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca por la magnífica labor que desarrolla en el centro sanitario; debemos recordar que hace tiempo -allá en el año 2000- fue el pionero en España en este ámbito de la seguridad de los pacientes, poniendo en marcha la primera Unidad de Gestión de Riesgos Sanitarios, punto de partida y modelo para otras posteriores repartidas en toda la geografía. Estoy orgulloso de trabajar al lado de estos magníficos profesionales que forman la Unidad de Calidad y Seguridad del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

El teléfono roto...

¿un juego de niños o un problema de seguridad?

Albacete C.
Médico. UCI general

Un médico residente. Una madrugada cualquiera, pasadas las dos de la mañana...

Una llamada suena. Es acerca de un paciente que conoces, que está en situación neurocrítica y en proceso de destete de ventilación mecánica. Recuerdas que esa noche movilizaba las cuatro extremidades y que está en tratamiento con Propofol 1% a 15 ml/h manteniendo cifras de tensión adecuadas (TAM en torno a 70 mmHg).

A través del teléfono no reconoces bien la voz de quien te llama ni se escucha con total claridad. Te avisa de que "el paciente de la cama tal tiene..." y algo como "...setenta y cinco de tensión" en pronunciación no clara. Interpretas que el paciente está con 175 mmHg de sistólica.

Respondes directamente que se le administre un bolo de 40 mg de Propofol, se suba la perfusión de éste a 20 ml/h y se administre analgesia con 5 mg cloruro mórfico. Se corta la llamada. Vuelta a dormir.

Unos 10 minutos después, el teléfono suena de nuevo. La misma voz, en tono apremiante, te dice que el paciente se encuentra hipotenso con sistólica en torno a 60 y una frecuencia cardiaca de 160 lpm. Súbitamente te encuentras totalmente despierto. Ordenas iniciar medidas enérgicas de reanimación con sueroterapia. Vas para allá. La situación se resuelve, consiguiendo estabilizar

al paciente unas 5 horas después.

Este incidente de seguridad se relaciona directamente con no haber acudido a evaluar al paciente antes de prescribir cualquier medicación, ni haber validado esa prescripción según los procedimientos vigentes en el hospital. La hora de la llamada y conocer al paciente con anterioridad son claros factores contribuyentes. También es muy poco probable que esta prescripción se hubiera administrado si la llamada de enfermería hubiera sido efectuada por una persona con experiencia en el servicio. En el caso que nos ocupa, se trataba de un profesional contratado de forma eventual por parte de enfermería lque no conocía los efectos secundarios del propofol. Por ello no se extrañó de la orden telefónica: administrar propofol a un paciente hipotenso.

Como medidas para reducir el riesgo e intentar evitar que vuelva a suceder un episodio similar, se realizaron varias acciones en UCI general:

- Charlas dirigidas a residentes, incidiendo sobre la necesidad de valorar al paciente a pie de cama
- Mejora de la comunicación con la enfermería, repasando y mejorando los procedimientos existentes en la Unidad.
- Inclusión en el plan de acogida de los nuevos profesionales de enfermería formación sobre los fármacos más utilizados en UCI y sus posibles efectos secundarios.

Pero también es cierto que algo similar puede suceder en cualquier momento en otras unidades de hospitalización o en urgencias. Por eso otra intervención para prevenirlo es difundir este episodio a todos vosotros. Respeta los procedimientos de prescripción. Están diseñados para mejorar la seguridad de los pacientes.

La Arrixaca se implica en el proyecto europeo PaSQ para el desarrollo de prácticas clínicas seguras



PaSQ European Union Network
for Patient Safety and
Quality of Care



Funded by
the Health Programme
of the European Union

¿QUÉ ES PaSQ?

PaSQ son las siglas de la Red de la Unión Europea para la Seguridad del Paciente y la Calidad Asistencial (PaSQ). Tiene como objetivo mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención a través del intercambio de información y experiencias, así como mediante la implementación de buenas prácticas. Está cofinanciada y apoyada por la Comisión Europea dentro del Programa de Salud Pública de la UE.

Su trabajo se estructura mediante 7 áreas de trabajo (*Work Packages*). La Arrixaca colabora actualmente en el WP5, que se centra en la implantación de iniciativas en seguridad del paciente y la evaluación de su impacto.

¿EN QUÉ CONSISTE EL PROYECTO WP5?

En una primera fase del proyecto coordinada por Alemania, se realizó una revisión bibliográfica para seleccionar un grupo inicial de buenas prácticas de acuerdo con unos criterios. Se seleccionaron finalmente 4:

- **Conciliación de la medicación.**
- **Intervención multimodal para aumentar el cumplimiento de la higiene de las manos.**

- **Mejora de la seguridad quirúrgica mediante la introducción de listas de verificación ("checklists").**
- **Escala de alerta temprana en pediatría.**

Hasta ahora, 18 países han implementado al menos una de las 4 prácticas. En España se adhieron 12 Comunidades Autónomas, entre las que figura la Región de Murcia, y en ella el Área de Salud Murcia-Oeste Arrixaca.

ESCALA DE ALERTA TEMPRANA EN PEDIATRÍA

Se pretende implantar un sistema de alerta infantil integrado en la historia clínica electrónica que consiste en detectar en tiempo real los signos de deterioro clínico que presentan los niños ingresados. De esta forma, se facilita la identificación de riesgo y empeoramiento de los pacientes, lo que favorece una rápida intervención que contribuye a mejorar su seguridad clínica.

El programa de detección precoz se realiza mediante el registro de una serie de datos que proporcionan información sobre la evolución del menor. En primer lugar se tiene en cuenta la preocupación de los padres o del profesional de enfermería. A continuación se observa si las frecuencias respiratorias y cardiacas son diferentes a los valores normales ajustados a la edad de cada

paciente. Y, por último, si es necesario la ayuda con oxígeno y la situación del nivel de conciencia. Esta escala, conocida como **PEWS (Paediatric Early Warning Scores)** ha sido previamente validada y utilizada en el Reino Unido con resultados satisfactorios

Para una mejor efectividad, la aplicación se ha de integrar en SELENE. Así, cuando el resultado de las seis constantes es igual o superior a tres por no ajustarse a los valores normales, salta un aviso que indica situación de riesgo. A partir de ese momento, la enfermera será la encargada de comprobar el estado del niño y llamar al pediatra. La alerta desaparecerá una vez se haya conseguido estabilizar al paciente y la puntuación es menor de tres. La figura

Preocupación Médico - Enfermera - Familia	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
FR (r.p.m.)	<input type="text" value="25"/>	maxErr: 80 maxAnor: 70 minErr: 1.0 minAnor: 20
Distrés respiratorio	<input type="text" value="Severo"/>	
Precisa Oxigenoterapia (L/min)	<input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> SI	
FC (l.p.m.)	<input type="text" value="42"/>	maxErr: 220 maxAnor: 190 minErr: 15.0 minAnor: 80
Nivel de conciencia	<input type="text" value="Disminuido"/>	
Total PEWS	<input type="text" value="1"/>	
Plan acción	Nivel de Alerta: ROJA. Tiempo de respuesta: INMEDIATO La enfermera y el Médico adjunto deben revisar al paciente	
NOTA	NOTA - Si cree que necesita más ayuda en cualquier momento, llame INDEPENDIEMENTE DEL PEWS	

Figura 1. Captura de pantalla del formulario provisional de Selene para el Sistema de Alerta Temprana en Pediatría de la Arrixaca.

1 presenta un borrador del aspecto que tendrá el formulario.

Según la experiencia demostrada en otros países europeos, la adopción del sistema de alerta precoz infantil puede evitar el traslado innecesario de los menores a las unidades de cuidados intensivos y que deriven en complicaciones muy graves o incluso en el fallecimiento.

CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

Con este proyecto se persigue mejorar la precisión del historial farmacológico y reducir los errores de prescripción, ya que sabemos que el error de medicación se ha identificado como una de las formas más frecuentes de errores médicos y se asocia a daño médico importante.

Los datos disponibles indican que una cuarta parte de los errores de prescripción en el ámbito hospitalario se derivan de historiales farmacológicos erróneos o incompletos, lo que sucede hasta en las dos terceras partes de ellos. Casi la mitad de estos errores de medicación se producen cuando en el momento del ingreso o al alta del paciente. Las principales causas de las listas de medicación incorrectas son la información errónea sobre los medicamentos proporcionada por los pacientes y la falta de actualización de la lista por parte de los facultativos, incluida la adición y supresión de fármacos.

La idea es extender la conciliación de medicación que se practica en la Arrixaca a través de nuestro programa "Mis medicamentos", en marcha desde principios de 2013 y que se ha ido implantando progresivamente en todas las Unidades del Hospital General. Fue descrito en su día en esta revista (Salud Segura 2013;1(4):14).

La conciliación de la medicación es un proceso para identificar la lista más correcta de los medicamentos actuales de un paciente (el mejor historial farmacológico posible) - incluido el nombre, la dosis, la frecuencia y la vía de administración de los medicamentos - y comparar esta lista con los medicamentos recetados; las discrepancias se identifican y se ponen en conocimiento del facultativo que expide la receta para conciliarlas. Los cambios resultantes se registran.



La información sobre lo que han recetado los médicos del paciente deberá complementarse con una entrevista clínica detallada para determinar cómo los pacientes están usando realmente sus medicamentos y los medicamentos adicionales recetados o comprados.

Las recomendaciones indican que la conciliación de medicamentos debe llevarse a cabo en un plazo de 24 horas a partir del ingreso hospitalario, y la participación del farmacéutico deberá producirse lo antes posible tras el in-

greso. Los medicamentos también deberán conciliarse en los traslados hospitalarios internos y en el alta, momento en el que se deberá entregar al paciente el mejor plan posible de medicación al alta.

En todo el proceso la participación activa del paciente en el proceso de conciliación es vital. Para la adquisición del mejor historial farmacológico posible, el paciente o sus cuidadores y familiares deberán ser entrevistados para verificar la información obtenida de las diversas fuentes sobre los medicamentos del paciente. Se debería animar a los pacientes para que lleven consigo sus envases/ listas de medicación al ingresar en el hospital o al acudir a la consulta del médico. Al ser dados de alta en la organización sanitaria, deberá persuadirseles para que se familiaricen con la lista de medicamentos recetados al alta.

LISTA DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA

Pese a que las intervenciones quirúrgicas están destinadas a salvar vidas, la atención quirúrgica poco segura puede causar daños considerables. En los países industrializados se producen complicaciones graves en el 3%-16% de las intervenciones quirúrgicas hospitalarias, con índices de incapacidad permanente o mortalidad del 0,4-0,8% aproximadamente. Varios estudios indican que aproximadamente el 50% de los acontecimientos adversos quirúrgicos se pueden considerar prevenibles. Los acontecimientos adversos más importantes relacionados con las intervenciones quirúrgicas son las intervenciones erróneas (localizaciones anatómicas erróneas, pacientes erróneos), infecciones de localización quirúrgica, cuerpo extraño retenido, etc. Los problemas relacionados con los equipos, incluida la insuficiencia de equipos y los defectos en los equipos, podrían llevar a condiciones poco seguras. Además, los errores de muestras quirúrgicas (etiquetado incorrecto o pérdida de muestra) pueden llevar a un mal diagnóstico o demora en el tratamiento.

FICHe: Un proyecto piloto para la identificación segura de pacientes en la Arrixaca

Gómez Company JA¹, Sánchez Nanclares G¹, García Pérez I², Peñalver Monteagudo CM³, Álvarez Varela J³, Jiménez Cerrillo MR⁴

¹ Coordinadores Proyecto FICHe.

² UMANICK Technologies.

³ Enfermeros Proyecto FICHe.

⁴ Auxiliar Enfermería Proyecto FICHe.

La Arrixaca pone en marcha en su Hospital de Día Onco-Hematológico un innovador sistema biométrico de identificación segura de pacientes mediante reconocimiento de la huella dactilar y el iris. Con ello se evitará cualquier error en la identificación que pueda derivar en efectos adversos que dañen la salud de los pacientes

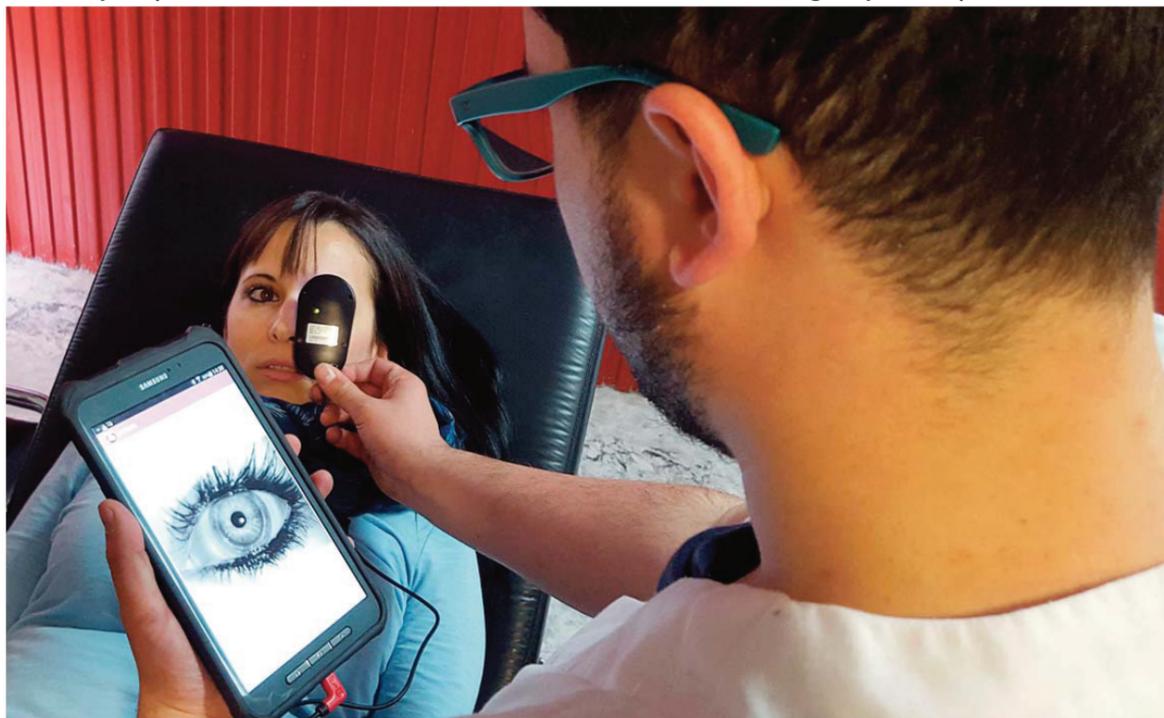
Por desgracia, en los procesos hospitalarios se producen a veces **errores inintencionados en la identificación de los pacientes**. Y parte de ellos derivan en efectos adversos que dañan la salud de los pacientes: cirugías a pacientes equivocados, administración de medicación o transfusiones incorrectas, o duplicación de historiales médicos, entre otros.

El caso de Pedro García (la historia es real aunque el nombre es ficticio) ilustra perfectamente esta problemática. Este paciente ingresó en un hospital público español para ser operado de una fístula anal, el celador le llevó al quirófano, el anestesista le sedó, y acto seguido llegó el cirujano y le operó. La operación transcurrió sin contratiempos y, algo después, Pedro despertó en su habitación sin apéndice, la fístula la seguía teniendo. Lo que Pedro no sospechaba, es que ese mismo día había ingresado, en la misma planta del hospital, una persona con el mismo nombre, aquejada de apendicitis aguda. El celador se equivocó llevando al paciente a quirófano y, una vez dentro, no se ejecutó ningún protocolo adecuado de comprobación de identidad.



La consecuencia más grave de un error en la identificación es, sin duda, el daño en la salud del paciente, pero no es la única. También puede desembocar en un gasto adicional para el hospital. En el caso de Pedro, no sólo se tuvo que realizar una nueva operación con más medicación y noches de hospitalización, sino que además se tuvo que costear la defensa jurídica ante la demanda interpuesta por el paciente, y la posterior indemnización dictaminada por el juez. Y asumir el evidente deterioro para la imagen del hospital. A todo ello hay que añadir el daño sufrido por la segunda víctima de esta situación: el residente de segundo año que realizó la operación, al que en dicho momento no le asistió su adjunto.

Por casos como éste, la **Organización Mundial de la Salud** ha definido la identificación como una de las áreas más importantes para mejorar la seguridad del paciente. En su [informe sobre seguridad del paciente](#), la OMS ha definido las 9 prioridades fundamentales para mejorar la seguridad del paciente, prevenir o mitigar el daño al paciente por los efectos adversos derivados de los procesos de la atención sanitaria. Entre ellas, la **IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE** se halla en el 2º puesto en importancia. La OMS destaca que “en los hospitales y otros centros del sistema de salud se cometen errores de identificación de pacientes generalizados y continuos, que con frecuencia conducen a errores en la medicación, transfusión o prue-



bas, procedimientos realizados sobre la persona equivocada, o entrega de niños a familias equivocadas”

De entre todos los errores que provocan daños en la salud del paciente en urgencias, el 4% es fruto de una identificación incorrecta. La cifra aumenta a un 13% en cirugías y se dispara a un alarmante 67% en el caso de las transfusiones. Los daños al paciente son, como decíamos, la consecuencia más grave, pero hay otros problemas derivados de una mala identificación, el más común son los **historiales duplicados**. Se calcula que del 8 al 12% de todos los historiales clínicos en Estados Unidos, están duplicados o solapados con el de otro paciente, según un estudio de M2SYS. La gran mayoría de estos errores se producen en admisión (92%) y provocan ineficacia administrativa y pérdidas económicas para la organización.

Pero el paciente no es el único perjudicado, también hay **segundas víctimas**, como refleja el grupo de trabajo “Segundas Víctimas” en su estudio dirigido por el Dr. Aranaz “[Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre las segundas víctimas](#)”. Si la salud del paciente sufre daños fruto de un error, el profesional también sufre. Todo esto supone una responsabilidad añadida que **influye negativamente en el verdadero objetivo de los profesionales clínicos: el cuidado y la sanación del paciente**.

Las pulseras identificativas han permitido reducir los errores de identificación a un 50%, pero todavía hay mucho margen de mejora. En sólo un año, la National Patient Safety Agency de Reino Unido registró más de 24.000 informes de identificaciones incorrectas. En dos años, el número de pacientes que sufrieron los efectos adversos derivados ascendía a 236. Los brazaletes se pueden perder o dañar, o colocar en un paciente equivocado, pero la biometría ofrece una identificación inequívoca y totalmente segura. Los pacientes son identificados en base a sus características biológicas, como por ejemplo sus huellas dactilares, el iris de sus ojos, su rostro o su voz.

Sensibilizada con esta necesidad, el Área 1 Murcia-Oeste ARRIXACA, en colaboración con la empresa UMANICK TECHNOLOGIES, S.L., ha puesto en marcha un proyecto piloto en su Hospital de Día Onco-Hematológico, para realizar así un estudio del impacto de la identificación biométrica en la mejora de la seguridad del paciente y de los procesos asistenciales. **El objetivo de esta experiencia es mejorar la seguridad del paciente y agilizar los procesos asistenciales; además de ofrecer una mayor comodidad, confianza y tranquilidad tanto a profesionales como a pacientes.**

Este proyecto se enmarca en el **Programa de la Comisión Europea FICHe (Future Internet Challenge eHealth)** para la promoción de la más avanzada innovación en tecnologías de la información aplicadas a la salud. El SERVICIO MURCIANO DE SALUD es el partner español en 7 de los 20 proyectos en marcha a escala europea.

Con un protocolo de identificación de pacientes como el que se ha puesto en marcha en nuestro Hospital de Día Onco-He-

matológico, el profesional puede estar más relajado y centrarse totalmente en la atención clínica del paciente, sin miedo a que un error pueda empeorar su estado de salud.

El sistema de identificación biométrica está teniendo una buena acogida por parte del personal clínico, con opiniones tan positivas como la de la enfermera Encarnación Cuevas: *“es un adelanto para la seguridad tanto del paciente como del profesional”*. El jefe de servicio de Oncología, José Luis Alonso, también destaca las ventajas que ofrece, afirmando que *“el sistema biométrico es fundamental para la administración de la quimioterapia, así como para asegurarnos de la identificación del paciente durante todo el proceso asistencial. De esta forma atacamos uno de los caballos de batalla como es la seguridad del paciente”*.



La experiencia piloto **comenzó el pasado 1 de enero y finalizará el 31 de marzo de 2016**. La inscripción de los pacientes en el sistema biométrico es completamente **voluntaria**. Los pacientes entienden la mejora que supone el uso del nuevo sistema, que está teniendo gran aceptación. Prueba de ello es que, pese a encontrarse todavía en la fase inicial, **ya se han inscrito más de 400 personas**.

Los pacientes han opinado, evidenciando la necesidad de un sistema de identificación más seguro con comentarios como: *“Ya era hora de que pusieran este sistema. En mi caso hubo un fallo a la hora del procedimiento en administración de fármacos, por lo que es un avance muy importante”* o *“Me parece una idea estupenda, ya que a un familiar le diagnosticaron una enfermedad que no le correspondía porque coincidía en nombre y apellidos con otra persona”*.

Una vez inscritos, los pacientes pueden ser identificados con total seguridad, en menos de cinco se-

Eres único tu tratamiento médico también



gundos, en distintos procesos sanitarios como transfusiones o quimioterapia, simplemente colocando el dedo sobre un sensor o mirando a una cámara. **El sistema de identificación biométrica es inocuo, rápido y cómodo y, sobre todo, completamente seguro.**

El estudio **IMPACTO DE LA IDENTIFICACIÓN BIOMÉTRICA EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES**, tiene como principal objetivo **determinar la eficacia de la biometría en entornos sanitarios y eliminar los errores en la identificación de pacientes**.

Dependiendo de los resultados obtenidos, el sistema biométrico podría mantenerse de forma permanente, con posibilidad de ampliación a otros servicios del hospital como urgencias o quirófanos.