

Elaboración de un plan de seguridad del paciente en un Servicio de Cirugía Pediátrica

R.M. Paredes Esteban*, A.L. Castillo Fernández*, R. Miñarro del Moral**, J.I. Garrido Pérez*, R. Granero Cendón*, O. Gómez Beltrán*, M.J. Berenguer García**, M. Tejedor Fernández**

*Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Pediátrica. **Servicio de Calidad y Documentación Clínica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

RESUMEN

Introducción. La seguridad del paciente constituye una prioridad en la gestión de la calidad de cualquier servicio sanitario. Todo paciente tiene derecho a una atención eficaz y segura.

Objetivo. Diseñar un plan de seguridad del paciente en un Servicio de Cirugía Pediátrica.

Material y método. Revisión bibliográfica, constitución de un grupo de trabajo compuesto por profesionales sanitarios de los Servicios de Cirugía Pediátrica, Calidad y Documentación Clínica. Identificación de los eventos adversos potenciales, sus fallos y causas y su ponderación mediante el Análisis Modal de Fallos y Efectos. Construcción del mapa de riesgos y elaboración del plan de acciones preventivas para la disminución del riesgo. Designación de responsables para la ejecución efectiva del plan.

Resultado. El número de eventos adversos identificados para la totalidad del Servicio de Cirugía Pediátrica fue de 58. Se detectaron hasta 128 fallos, producidos por 211 causas. El grupo hizo una propuesta de 424 medidas concretas en forma de acciones preventivas y/o correctoras que, refinadas, hicieron un total de 322.

Se planificó la aplicación efectiva del programa, actualmente en ejecución.

Conclusiones. La metodología empleada ha permitido disponer de una información clave para la mejora de la seguridad del paciente y la elaboración de un plan de acciones preventivas y/o correctoras. Dichas medidas son aplicables en la práctica, ya que su diseño ha sido efectuado mediante propuestas y acuerdos de los profesionales que participan directamente en el proceso de asistencia a los niños con patología quirúrgica.

PALABRAS CLAVE: Cirugía pediátrica; Eventos adversos; Seguridad del paciente; Seguridad clínica.

Correspondencia: Dra. Rosa María Paredes Esteban. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Reina Sofía. Avda. Menéndez Pidal, s/n. 14004 Córdoba
E-mail: rosam.paredes.sspa@juntadeandalucia.es

El trabajo ha sido presentado parcialmente en el Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica

Recibido: Mayo 2013

Aceptado: Noviembre 2014

DESIGN OF A PLAN FOR PATIENT SAFETY IN PEDIATRIC SURGERY SERVICE

ABSTRACT

Introduction. Patient safety is a key priority in quality management for healthcare services providers. Every patient is entitled to receive safe and effective healthcare.

Aims. The aim of this study was to design a patient safety plan for a Paediatric Surgery Department.

Methods. We carried out a literature review and we established a work group that included healthcare professionals from the Paediatric Surgery Department and the Quality and Medical Records Department. The group identified potential adverse events, failures and causes and established a rating using Failure Mode Effects Analysis. Potential risks were mapped out and a plan was designed establishing actions to reduce risks. We designated leaders to ensure the effective implementation of the plan.

Results. A total of 58 adverse events were identified in the Paediatric Surgery Department. We detected 128 failures that were produced by 211 different causes. The group developed a proposal with 424 specific measures to carry out preventive and/or remedial actions that were then narrowed down to 322. The group designed a plan to apply the programme, which is currently being implemented.

Conclusions. The methodology used enabled obtaining key information for improvement of patient safety and developing preventive and/or remedial actions. These measures are applicable in practice, as they were designed using proposals and agreements with professionals that take active part in the care of children with surgical conditions.

KEY WORDS: Paediatric surgery; Adverse events; Patient safety; Clinical safety.

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente constituye una prioridad en la gestión de la calidad de cualquier servicio sanitario. Todo paciente tiene derecho a una atención eficaz y segura.

Como se decía en el informe de 1999 del Instituto de Medicina denominado "Error es humano", es imprescindible la construcción de un sistema de salud más seguro⁽¹⁾ ya que el número de personas que mueren en hospitales debido a errores yatrogénicos por omisión se ha estimado que es entre 44.000 y 98.000 por año, en los Estados Unidos de

Norteamérica. Mueren más personas cada año por errores médicos que por accidentes de coches (43.458), cáncer de mama (42.297) o infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (16.515)⁽²⁾.

El problema ha adquirido una dimensión mundial y se ha incorporado a las agendas políticas y al debate público. La propia organización Mundial de la Salud⁽³⁾ se plantea, a partir de 2004, una gran alianza mundial para la seguridad del paciente en los sistemas sanitarios. El programa de la alianza incluye una serie de medidas consideradas clave para reducir el número de enfermedades, traumatismos y defunciones que sufren los pacientes al recibir atención sanitaria.

Asimismo, el Consejo de la Unión Europea ha publicado en 2009 una serie de recomendaciones para todos los Estados miembros, sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones⁽⁴⁾, que incluye aspectos sobre políticas y programas nacionales, capacitación e información a los ciudadanos y los pacientes, sistemas de información sin sanciones y de aprendizaje sobre hechos adversos, formación de los trabajadores sanitarios, compartir buenas prácticas o desarrollar y promover la investigación en materia de seguridad de los pacientes.

La prevalencia de efectos adversos en la atención a pacientes adultos durante su hospitalización ha sido analizada en estudios realizados en distintos países así como en el nuestro⁽⁵⁾, lo que ha puesto de manifiesto que, aproximadamente, un 10% de los enfermos ingresados sufre un evento adverso durante su estancia en el centro sanitario y que la mitad de ellos son prevenibles.

Estudios específicamente realizados en hospitales pediátricos han obtenido una prevalencia muy similar a la de los adultos (9%)⁽⁶⁾ y en trabajos realizados recientemente se ha podido comprobar que la incidencia de eventos adversos en cirugía pediátrica puede alcanzar hasta un 10,3% (47.877 eventos adversos en 331.093 pacientes)⁽⁷⁾.

OBJETIVO

El objetivo del trabajo es diseñar un plan de seguridad del paciente para un Servicio de Cirugía Pediátrica (SCP) en un hospital de alta complejidad, con la finalidad de reducir de manera efectiva la aparición de efectos adversos (EA). En este artículo se describe el proceso metodológico que se ha seguido hasta alcanzar el diseño. No ha sido objetivo de este trabajo la medición del impacto clínico que la aplicación de este plan puede provocar.

MATERIAL Y MÉTODO

En primer lugar se realizó una búsqueda bibliográfica, consultando las bases de datos sobre temas al respecto en CINAHL, EMBASE, ERIC (USDE), IME-Biomedicina, MEDLINE, PubMed y SciELO (*Scientific Electronic Library*

Online), no encontrando publicación alguna que describa el diseño, elaboración o puesta en marcha de un plan de seguridad del paciente en un Servicio de Cirugía Pediátrica⁽⁶⁻¹⁰⁾.

Se constituyó un grupo de trabajo compuesto por profesionales expertos:

- Cuatro cirujanos pediátricos (dos de ellos seniors).
- Cuatro enfermeras.
- Dos auxiliares de clínica y
- Un celador, todos ellos del SCP.
- Dos médicos y una enfermera del Servicio de Calidad y Documentación Clínica.

El grupo de trabajo fue coordinado por un facultativo, Jefe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica. Se precisaron 4 sesiones de trabajo presenciales del grupo con un total de 16 horas.

Previamente al trabajo presencial del grupo, se elaboró el mapa de procesos del SCP por los dos facultativos del mismo. Los procesos clave se representaron gráficamente siguiendo las distintas etapas de la ruta o trayectoria del paciente.

Inicialmente, el grupo de trabajo expuso sus ideas mediante la técnica de *brainstorming* o lluvia de ideas. Se inició el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE), procediéndose a la identificación, para cada uno de los procesos del SCP, de los posibles eventos adversos, sus fallos y causas.

A continuación se construyó el mapa de riesgo, para lo que se utilizó el mapa de procesos del SCP previamente elaborado sobre el que se identificaron todos los puntos críticos y el tipo de evento adverso que puede aparecer en cada uno de estos puntos.

Se ponderaron los eventos adversos, asignándoseles peso según su frecuencia, gravedad y detectabilidad, con escalas de 1 a 10 puntos para cada una de estas dimensiones, como plantea la técnica del AMFE. El Índice de Prioridad de Riesgo (IPR) se calculó para cada evento adverso multiplicando la puntuación asignada por cada uno de los participantes a los EA y obteniendo el promedio. Adicionalmente, se identificaron los EA que a juicio de los miembros participantes eran críticos, considerando la criticidad como una variable dicotómica (Sí/No).

Para identificar las acciones preventivas/correctoras para la disminución del riesgo se planteó al grupo la pregunta: ¿Qué medidas preventivas o correctoras hay que tomar para evitar la aparición de los EA identificados?

Con el fin de desplegar y aplicar efectivamente en la práctica el plan, las acciones preventivas y/o correctoras se agruparon y clasificaron por apartados homogéneos y se ha designado un responsable de cada uno de los apartados.

Para el registro de los eventos adversos que puedan aparecer posteriormente a la aplicación de las medidas, el SCP ha decidido utilizar el sistema ya instaurado en el Hospital Universitario Reina Sofía (HURS) por la Comisión Central de Calidad y Seguridad del Paciente que tiene un modelo de notificación específico por vía web o correo electrónico.

Durante el trabajo del grupo, los participantes emplearon hojas de trabajo para la identificación de efectos adversos,

fallos y causas (Word), hoja de Excel para la ponderación de los eventos adversos y hojas de volcado de las acciones preventivas (Word). Tanto los formatos de los documentos mencionados, como las instrucciones con las escalas de ponderación de los eventos adversos fueron facilitados por el Servicio de Calidad y Documentación Clínica.

Se utilizaron indistintamente los términos “evento” y “efecto” adverso para todo daño o lesión involuntaria, provocados al paciente como consecuencia o relacionado con la asistencia sanitaria, más que con las complicaciones de la enfermedad.

Se consideró daño la alteración estructural o funcional del organismo y/o todo efecto perjudicial derivado de ella. Los daños comprenden enfermedades, lesiones, sufrimientos, discapacidades y muerte. Pueden ser físicos, sociales o psicológicos⁽¹¹⁾.

RESULTADOS

El número de tipos diferentes de EA identificados para la totalidad del SCP fue de 58. Se detectaron hasta 128 modos de fallo, producidos por 211 causas.

Según el estudio IBEAS⁽¹²⁾, se realizó la clasificación de los 58 tipos de EA: relacionados con la realización de un procedimiento 22 (37,9%), con los cuidados 13 (22,4%), con infecciones 4 (6,9%), con la medicación 4 (6,9%), con el diagnóstico 1 (1,7%) y con otros aspectos 14 (24,1%).

La distribución de los efectos adversos por cada uno de los grandes procesos de asistencia del SCP fue la siguiente: admisión = 5; consultas externas = 7; intervención quirúrgica = 12; hospitalización = 33; alta = 1.

En la tabla I se presentan todos los EA ordenados en la forma en que fueron identificados por el grupo con los valores promedios obtenidos tras la ponderación de cada uno de ellos, según su gravedad, frecuencia de aparición y detectabilidad. En la columna encabezada como criticidad se pueden apreciar aquellos eventos adversos que fueron considerados como críticos por uno o más participantes del grupo.

Los cinco EA con un mayor IPR fueron: peritonitis (198), absceso intraabdominal (198), obstrucción intestinal e fleo postoperatorio (169,50), diagnóstico erróneo (149,80) y dehiscencia de la herida quirúrgica (146,33).

Los cinco EA con mayores puntuaciones promedio de gravedad fueron: ceguera (9), administración inadecuada de medicamentos (7,67), cirugía de lado contrario (7,67), quemaduras durante el proceso asistencial (7,5) y reintervención (7,17).

Los eventos adversos más frecuentes, a juicio del grupo, fueron: vómitos postoperatorios (7,8), alteraciones hidroelectrolíticas tras la cirugía (7,25), infección nosocomial (6,8), dolor (6,8) y la apendicitis evolucionada (6,6).

Los efectos adversos causados por fallos menos detectables fueron ceguera (6,33), traumatismos por caídas (5,83), úlceras por presión (5,5), administración de una dieta inadecuada (5,33) y tromboembolismo (5,25).

Algunos eventos adversos (demora en la intervención quirúrgica programada y urgente, quemaduras, administración inadecuada del tratamiento) se detectaron en más de uno de los procesos de atención, aunque respondiendo a fallos diferentes.

Con la finalidad de ser breves en la exposición de los resultados, en la tabla II se presenta como ejemplo de la producción del grupo y del documento de trabajo que se empleó, una serie de 10 de los EA identificados con sus fallos y sus causas, así como las acciones preventivas consideradas por los integrantes del grupo de expertos.

El mapa de riesgos se construyó sobre el de los procesos principales del Servicio, disponiéndose así de una distribución en función del área del SUH donde se pueden producir los EA. Se presenta en la figura 1.

El grupo encontró hasta 424 medidas concretas en forma de acciones preventivas y/o correctoras para la disminución del riesgo. Una vez refinadas, por eliminación de las que estaban repetidas y fusión de otras, el plan de prevención incluyó 322, que se agruparon y clasificaron en 8 apartados, como puede verse en la tabla III.

Esta tarea de síntesis ha permitido disponer de un plan de prevención del riesgo con 8 líneas de trabajo. Al frente de cada una de estas líneas se ha designado un responsable para llevarlas a cabo y aplicarlas efectivamente en la práctica. Para decidir el orden cronológico de la puesta en práctica, como un instrumento de ayuda, se dispone de la ponderación realizada mediante el AMFE.

DISCUSIÓN

La metodología de trabajo empleada ha sido cualitativa, basada en un panel de expertos seleccionados por la persona responsable del SCP y de Calidad y Documentación Clínica. Por ello, una de las limitaciones del método empleado para alcanzar estas recomendaciones es que la relación de EA obtenida no es exhaustiva. Lógicamente, en la práctica aparecerán otros que el grupo de profesionales no pudo identificar durante la realización del trabajo y que se añadirán al catálogo inicial.

El valor obtenido en la ponderación de los EA, promedio de las puntuaciones asignadas por cada miembro del grupo, tiene una gran utilidad al permitir ordenarlos y posibilitar al grupo tomar decisiones con la ayuda que esto supone.

Los tipos de EA que se han encontrado son similares a los de otros estudios. No ha sido objetivo de este trabajo estimar la frecuencia absoluta de aparición de cada uno de estos tipos de EA en la práctica.

Puede llamar la atención que el número de tipos de eventos adversos sea más frecuente en hospitalización que en la intervención quirúrgica, pero esto está en relación con el hecho de que la pregunta que se le hizo al grupo fue: ¿Qué efectos adversos puede aparecer en cada uno de los procesos? Es habitual que, aunque el EA se detecte en un proceso como la hospitalización, con frecuencia puede haberse originado por un fallo producido en la etapa quirúrgica anterior.

Tabla I. Relación de efectos adversos y resultados de la ponderación.

| Nº | Efecto adverso | IPR | Gravedad | Frecuencia | Detectabilidad | Criticidad |
|--------------------------------|---|--------|----------|------------|----------------|------------|
| Admisión | | | | | | |
| 1 | Actuación clínica inadecuada sobre un paciente | 82,50 | 5,83 | 5,33 | 2,83 | 2 |
| 2 | Diagnóstico erróneo | 149,80 | 5,8 | 5,4 | 3,6 | 2 |
| 3 | Demora en la cirugía programada por suspensión de la intervención | 56,83 | 4,33 | 5,83 | 3 | 0 |
| 4 | Ingresos inadecuados | 71,33 | 4,67 | 5 | 3,17 | 0 |
| Consultas externas | | | | | | |
| 5 | Derivación inadecuada de enfermos | 64,17 | 5,83 | 5 | 2,5 | 2 |
| 6 | Impaciencia en los padres | 37,67 | 3,17 | 4 | 3,33 | 0 |
| 7 | Extracciones sanguíneas reiteradas | 109,33 | 3,67 | 6,17 | 4,33 | 0 |
| 8 | Duplicidad de pruebas complementarias | 78,67 | 3,83 | 5 | 4,17 | 0 |
| 9 | Exploraciones complementarias innecesarias | 83,80 | 2,6 | 5,6 | 4,8 | 2 |
| 10 | Administración de tratamientos médicos incorrectos | 97,00 | 7,17 | 3,83 | 4 | 6 |
| 11 | Demora de la intervención urgente | 91,67 | 4,5 | 5,17 | 4 | 0 |
| 12 | Punción innecesaria en Urgencias | 38,60 | 3,2 | 5,8 | 1,8 | 0 |
| Urgencias | | | | | | |
| 13 | Administración inadecuada del tratamiento | 83,83 | 7,67 | 2,33 | 4,67 | 4 |
| 14 | Profilaxis antibiótica incompleta | 46,60 | 3,8 | 6,2 | 1,8 | 0 |
| Intervención quirúrgica | | | | | | |
| 15 | Sobredosis de medicación | 34,80 | 5,8 | 2,6 | 2 | 4 |
| 16 | Reacción alérgica | 83,60 | 6,8 | 3,4 | 3 | 2 |
| 17 | Estrés prequirúrgico del niño | 45,80 | 3,6 | 6,4 | 1,8 | 0 |
| 18 | Demora en intervención quirúrgica programada | 91,67 | 4,5 | 5,17 | 4 | 0 |
| 19 | Demora en la cirugía por suspensión de la intervención | 53,00 | 4,17 | 5 | 3 | 0 |
| 20 | Prolongación de la estancia en el hospital | 67,67 | 5 | 4,67 | 3,17 | 0 |
| 21 | Reintervención | 123,67 | 7,17 | 3,67 | 4,33 | 4 |
| 22 | Cirugía en lado contrario | 55,83 | 7,67 | 2,17 | 3,5 | 6 |
| 23 | Hipotermia | 60,00 | 3,2 | 6,2 | 2,6 | 0 |
| 24 | Quemadura en quirófano | 50,20 | 7,2 | 2,2 | 3,4 | 4 |
| Hospitalización | | | | | | |
| 25 | Demora en la intervención | 78,20 | 4,5 | 5,17 | 4 | 0 |
| 26 | Sangrado peritoneal, de la herida quirúrgica, anemia aguda | 116,20 | 7 | 3,6 | 4 | 2 |
| 27 | Hemorragia digestiva postoperatoria | 73,20 | 6 | 3,6 | 3,4 | 2 |
| 28 | Quemaduras | 43,67 | 7,5 | 1,17 | 4,83 | 4 |
| 29 | Administración de una dieta inadecuada | 90,33 | 5,33 | 3,33 | 5,33 | 2 |
| 30 | Úlceras por presión | 118,67 | 6,33 | 3,5 | 5,5 | 1 |
| 31 | Traumatismo por caídas | 64,33 | 5,67 | 1,67 | 5,83 | 0 |
| 32 | Apendicitis evolucionada | 95,60 | 5 | 6,6 | 2,2 | 2 |
| 33 | Flebitis | 144,00 | 6,17 | 4 | 4,67 | 0 |
| 34 | Ceguera | 56,83 | 9 | 1 | 6,33 | 8 |
| 35 | Infección de la herida | 96,60 | 5,4 | 4,4 | 3,2 | 0 |
| 36 | Infección nosocomial | 112,80 | 5,6 | 6,8 | 3 | 2 |
| 37 | Peritonitis | 198,00 | 7 | 6 | 4,25 | 0 |
| 38 | Dehiscencia de herida quirúrgica | 146,33 | 6,83 | 4,5 | 4,67 | 4 |
| 39 | Vómitos postoperatorios | 90,40 | 5,8 | 7,8 | 2,2 | 0 |
| 40 | Fiebre | 127,33 | 6 | 5,5 | 3,67 | 1 |
| 41 | Pérdida de la vía venosa periférica | 52,00 | 4 | 5,2 | 3 | 0 |
| 42 | Pérdidas de vías centrales | 134,33 | 5,33 | 5,83 | 4,33 | 0 |
| 43 | Íleo paralítico | 69,20 | 6,4 | 3 | 3,4 | 0 |
| 44 | Obstrucción intestinal e fleo postoperatorio | 169,50 | 6,5 | 5,25 | 4,25 | 0 |
| 45 | Pérdida de sondas nasogástricas o drenajes | 77,67 | 5,17 | 4,83 | 3,5 | 0 |
| 46 | Falsa vía urinaria | 31,00 | 7,17 | 1,67 | 3,33 | 2 |
| 47 | Infecciones orina | 74,00 | 5,83 | 4 | 3,67 | 0 |
| 48 | Deshidratación | 78,80 | 4,4 | 5,2 | 2,8 | 0 |
| 49 | Alteraciones hidroelectrolíticas postoperatorias | 140,25 | 4,5 | 7,25 | 3,75 | 0 |
| 50 | Depresión de constantes vitales: somnolencia, etc. | 118,00 | 6,2 | 6,4 | 3,2 | 6 |
| 51 | Dolor | 83,40 | 3,8 | 6,8 | 3 | 0 |
| 52 | Enfermedad tromboembólica | 61,75 | 7 | 1,5 | 5,25 | 4 |
| 53 | Absceso intraabdominal | 198,00 | 7 | 5 | 4,67 | 0 |
| 54 | Dermatitis contacto, eccemas | 87,60 | 4,2 | 4,2 | 4,8 | 0 |
| 55 | Edema miembros, escleroderma | 138,00 | 5,25 | 6 | 4,5 | 0 |
| 56 | Enfisema subcutáneo, dolor secundario a pneumoperitoneo en laparoscopia | 136,50 | 4,75 | 5 | 4,5 | 1 |
| 57 | Fístula estercorácea | 107,50 | 6,75 | 2,75 | 4,75 | 0 |
| Alta | | | | | | |
| 58 | Reingreso | 67,67 | 5,67 | 3,17 | 4,5 | 0 |

Tabla II. Ejemplo de hoja de trabajo con 10 eventos adversos, fallos, causas y acciones preventivas.

| Proceso: hospitalización | | | |
|--|---|--|---|
| <i>Evento adverso</i> | <i>Fallos</i> | <i>Causas</i> | <i>Acciones preventivas</i> |
| 25. Demora de la intervención | Falta de instrumental | Fallo en la programación quirúrgica Mala comunicación entre cirujano/ supervisora/personal de quirófano Material compartido con otros quirófanos | Dotación adecuada de material específico infantil Sesiones clínicas entre personal de quirófano Comprobar la dotación adecuada de material quirúrgico el día anterior Informar al personal sobre el manejo del material si no es el habitual o conlleva alguna complicación Actualización periódica de las cajas de cirugía |
| 26. Sangrado (peritoneal, de la herida quirúrgica, anemia aguda) | Deficiente hemostasia, proceso séptico que altera la coagulación | Vigilancia postoperatoria insuficiente Falta de monitorización | No subir a planta: solo reanimación o UCI un mínimo de horas Protocolizar |
| 27. Hemorragia digestiva postoperatoria | Falta de medicación protectora gástrica | Descuido en órdenes de tratamiento Falta de protocolo | Hoja prediseñada de tratamiento Protocolo y cumplimiento del mismo |
| 28. Quemaduras | Bisturí eléctrico | Mal contacto de placa con el paciente | Revisión del material Comprobar antes la placa del bisturí Comprobar el contacto de la placa, si salta alarma, no continuar hasta comprobar todo el sistema de nuevo |
| 29. Administración de una dieta inadecuada | Se reciben en planta dietas no adecuadas para la patología del paciente | Mala identificación del paciente No comprobación de pautas dietéticas No se ha prescrito por el cirujano la dieta adecuada | Verificar el nombre del paciente antes de dar la dieta Revisión de dietario por parte de la nutricionista Revisar adecuadamente las dietas terapéuticas Comprobar la dieta a través de los padres |
| 30. Úlceras por presión | No se revisa la piel del niño ni zonas de presión | Sobrecarga asistencial Falta de personal Falta de tiempo | Protocolo de cuidado de la piel en pacientes a riesgo de UPP Realizar protocolo de UPP Personal de refuerzo Realizar adecuadamente cambios posturales Formación continuada al personal en el cuidado de las UPP Dotación adecuada de material para el cuidado de la piel (colchones anti-escaras) |
| 31. Traumatismo por caídas | No hay vigilancia del paciente | Falta de información a los padres Sobrecarga del personal Fallo de las medidas de seguridad (barandillas) | Aplicación de protocolo de prevención de caídas existente Comprobar al inicio del turno que las barandillas están correctamente ubicadas Información a cuidador del peligro y protección Comunicar a padres y personal de planta cómo usar los materiales para evitar caídas: inmovilización de pacientes, barandas, etc. Evitar uso de andadores Dotación de camas de tamaño adecuado (mediano) |
| | Falta de prevención de caídas | Distracción del cuidado paterno Falta de manejo de la cama | Folleto informativo que implique a familiares Aplicar el protocolo de caídas En traslados: subir barandillas y que un profesional lo acompañe |
| 32. Apendicitis evolucionada | Tiempo de espera prolongado | Solo se dispone de un celador durante el turno de mañana | Contratar personal suficiente Comenzar antibioterapia en cuanto se diagnostique Poner a otro celador El celador de planta que refuerce en momentos necesarios Disponer de otro celador en la mañana |

Tabla II. Ejemplo de hoja de trabajo con 10 eventos adversos, fallos, causas y acciones preventivas (Continuación).

| <i>Evento adverso</i> | <i>Fallos</i> | <i>Causas</i> | <i>Acciones preventivas</i> |
|-------------------------------------|---|---------------------------------|--|
| 33. Flebitis | Vías no protegidas | Mala praxis | Formación (manejo vías) Registro de lesiones Sesiones periódicas sobre eventos (interdisciplinarios) Doble comprobación a la hora de proteger Proteger bien la zona y colocación correcta de los apósitos Reciclaje Protocolizar Prevenir y revisar bien los apósitos Implicar a familiares pidiendo que comuniquen cualquier incidencia |
| | Apósitos mal colocados | Técnica deficiente | Formación (manejo vías) Sesiones periódicas sobre eventos (interdisciplinarios) Reciclaje |
| | Falta de vigilancia en quirófano | Sobrecarga del personal | Creación del comité de vías en la planta Revisiones periódicas de las vías Fijación adecuada Cambios de apósito de fijación |
| | Fallan las medidas de seguridad | | Sesiones clínicas sobre cuidado de catéteres Aplicación de protocolo de asepsia en vías (uso de guantes con antiséptico) |
| | Falta de vigilancia de la vía en la planta de hospitalización | Personal inexperto en Pediatría | Formación previa del personal que va a trabajar en Pediatría |
| Manipulación inadecuada de las vías | | | |
| 34. Ceguera | Protección ocular inadecuada | Antiséptico no adecuado | Tabla informativa sobre antisépticos y protectores oculares en los quirófanos para el personal Protección adecuada (sellado de zona ocular con apósito) para que el antiséptico no llegue a esa zona Utilizar antisépticos adecuados a la edad del paciente limitando su uso a áreas con seguridad probada |

La escasa identificación de EA en Urgencias puede estar relacionada con la ausencia de representantes de este Servicio en el equipo de trabajo, lo que hizo que la atención de los profesionales que constituyeron el grupo se focalizara en el ámbito en que desarrollan habitualmente su tarea.

Quizás una limitación intrínseca del método es que fue diseñado para analizar procesos industriales que no alcanzan, en general, el nivel de complejidad de los asistenciales. En nuestro ejemplo, se ha hecho un uso muy ambicioso, al aplicarlo sobre todo el mapa de procesos del SCP.

Por las limitaciones antes mencionadas, el plan de acciones preventivas obtenido es resultado de una aproximación muy general y supone solo el de comienzo. Se precisarán abordajes más específicos, de cada uno de los procesos clínicos más frecuentes, para alcanzar un desarrollo global del plan, con la extensión necesaria para que permita su aplicación con el suficiente detalle.

Un valor añadido es que el ejercicio de elaboración del plan ha permitido reforzar la formación práctica y la cultura

de seguridad del paciente de un número considerable de profesionales de la UGC.

El proyecto culminó con la planificación de su aplicación efectiva, actualmente en ejecución. El mantenimiento del plan en el tiempo, la monitorización de los EA que se produzcan y su oportuno análisis para introducir nuevas medidas suponen una apuesta futura para el Servicio que conllevará mejoras en los resultados clínicos. Estas mejoras será posible hacerlas objetivas mediante la correspondiente evaluación.

CONCLUSIONES

Aunque, con las limitaciones mencionadas, la metodología empleada, el AMFE, permite efectivamente elaborar un plan de seguridad del paciente para un SCP al ordenar y clasificar los EA según su gravedad, frecuencia, detectabilidad y criticidad, lo que resulta ser de gran utilidad para el diseño, ayudando a priorizar aquellas acciones que pueden

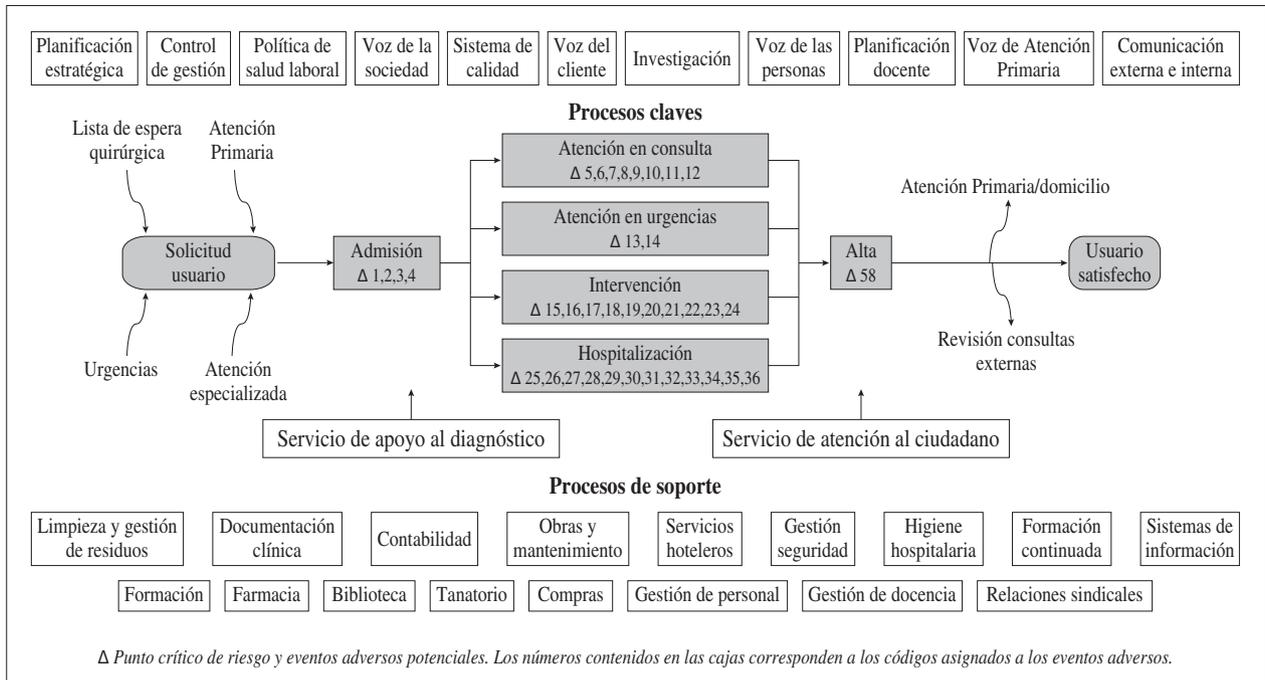


Figura 1. Mapa de riesgos de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Pediátrica.

Tabla III. Clasificación de las acciones preventivas y/o correctoras para la disminución del riesgo.

| Acciones preventivas | Nº |
|---|------------|
| Modificaciones y mejoras en el proceso asistencial | 84 |
| Listado de comprobación. Pueden afectar a cualquier actividad y en cualquier momento del proceso asistencial y no solo de la fase quirúrgica (checklist). Con esta herramienta se trata de ayudar al profesional a no olvidar la realización de algún acto que, de no ser así, puede generar la aparición de un efecto adverso al paciente | 70 |
| Gestión. Son actividades cuya ejecución será responsabilidad de la Dirección de la Unidad de Gestión Clínica o de la Supervisión de enfermería, aunque puedan delegarla, si lo consideran oportuno: modificaciones en la organización del trabajo, gestiones acerca de la Dirección para modificaciones estructurales o necesidades de personal, etc. | 58 |
| Protocolos/procedimientos. Pueden ser "protocolos clínicos" como se han conocido tradicionalmente o procedimientos operativos estandarizados (POE) según las recomendaciones de la Comisión de Documentación clínica, información y estadística del hospital | 55 |
| Actividades formativas. Dirigidas al personal de la Unidad de Gestión Clínica en los aspectos concretos que se han identificado. En general, se trata de actividades de formación en el Servicio. En ocasiones, la formación puede ir dirigida a otros profesionales: de otras UGC o de Atención Primaria, por ejemplo | 24 |
| Información específica al paciente o familiares sobre determinados aspectos del tratamiento o de la secuencia de las actividades que se precisará realizar al paciente o determinadas normas y otros elementos | 17 |
| Tecnologías de la información y comunicación. Incorporación de mejoras o innovaciones tecnológicas cuyo uso evita de manera eficaz la posibilidad de determinados fallos que provocan efectos adversos | 7 |
| Medidas para mejorar y asegurar la comunicación y la coordinación entre profesionales del mismo equipo o con otros equipos (del mismo centro o de Atención Primaria) | 7 |
| Total | 322 |

tener un mayor impacto en la mejora de la seguridad de los pacientes.

La realización de estudios similares al descrito en este artículo, en los SCP de nuestro país, o bien un estudio multicéntrico, permitirá contrastar nuestros resultados con los

de otros SCP, lo que posibilitará conocer la consistencia del método y/o las herramientas empleadas.

Un valor añadido del trabajo ha sido la mejora de la formación y de la cultura de seguridad del paciente en un número amplio de profesionales del SCP.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. Err is human: building a safer health system. A report from the Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
2. Centers for Disease Control and Prevention (National Center for Health Statistics). Births and Deaths: Preliminary Data for 1998. National vital statistics reports 47: 1999.
3. Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente. Octubre, 2004. <http://www.who.int/patientsafety/es/>.
4. Recomendación del Consejo de la Unión de 9 de junio sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Diario Oficial de la Unión Europea de 3 de julio de 2009. C 151/1-6. http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_es.pdf.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Madrid, 2006. http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf.
6. Matlow AG, Baker GR, Flintoft V, Cochrane D, Coffey M, Cohen E, et al. Adverse events among children in Canadian hospitals: the Canadian Paediatrics Adverse Events Study. CMAJ. 2012; 184: 709-18.
7. Townsend SRT, Hall M, Jenkins KJ, Roberson DW, Rangel SJ. Analysis of adverse events in pediatric surgery using criteria validated from the adult population: justifying the need for pediatric-focused outcome measures. J Pediatr Surg 2010; 45: 1126-36.
8. Miller MR, Elixhauser A, Zhan C. Patient safety events during pediatric hospitalizations. Pediatrics. 2003; 111: 1358-66.
9. Miller MR, Zhan C. Pediatric patient safety in hospitals: A National picture in 2000. Pediatrics 2004; 113: 1741-6.
10. Nakayama DK, Lester SS, Rich DR, Weidner BC, Glenn JB, Shaker JJ. Quality improvement and patient care checklists in intrahospital transfers involving pediatric surgery patients. J Pediatr Surg. 2012; 47: 112-8.
11. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1. Informe Técnico Definitivo. Enero de 2009. WHO. http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.
12. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010. http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf.