

¿Cómo mejorar la seguridad del paciente en una UCIP?

Y. de la Calle Aliaga

Enfermera Unidad Cuidados Intensivos Pediátricos. Enfermera Grupo de Seguridad del Paciente de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid.

INTRODUCCIÓN

En estos últimos años, la preocupación por continuar mejorando la calidad asistencial se ha fijado en una dimensión primordial de la misma: la seguridad clínica del paciente, entendida como una asistencia sanitaria exenta de todo daño o riesgo inaceptable o innecesario.

El interés por eliminar o reducir los riesgos, así como los efectos adversos relacionados con la atención sanitaria es desde hace varias décadas un objetivo de mejora asistencial, pero aspectos como el aumento de coste y complejidad de la práctica clínica son un nuevo marco en las ciencias de la Salud.

Por esta razón, las principales organizaciones de salud como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Comité de Sanidad del Consejo de Europa y otros organismos internacionales han planteado y estudiado nuevas acciones para que se puedan controlar y evitar los posibles efectos adversos de la práctica asistencial.

En este sentido, y motivado por la consejería Madrileña de Salud, (Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios Decreto 134/2004 de 9 de septiembre, BOCM de 20 de septiembre) la unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital (UCIP) La Paz ha desarrollado estrategias en gestión de riesgos encaminadas a promover cambios en el sistema de trabajo asistencial, dirigidos a reducir la probabilidad de que los pacientes sufran efectos no deseados.

En las unidades de atención al paciente crítico por la propia naturaleza de su actividad y el uso intensivo de tecnología y recursos son probablemente, de mayor riesgo para que se produzcan errores con o sin posibilidad de generar daño. La incidencia de acontecimientos adversos en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) descrita en diferentes estudios puede variar entre el 1 y el 32%. Los pacientes podrían experimentar 1,7 errores / día y casi la mitad de ellos sufren un error que potencialmente amenaza su vida durante su estancia. Los errores de medicación son los más frecuentes y suponen alrededor del 25-30%, seguido de los incidentes relacionados con los aparatos de monitorización o tratamiento que se utilizan en la UCI y, en tercer lugar, los relacionados con los dispositivos que se colocan a los pacientes: catéteres, sondas y drenajes. Con una frecuencia muy similar a estos dos últimos, están los incidentes relacionados con los cuidados. Prácticamente todos los enfermos que ingresan en una UCI estarían expuestos a sufrir un error, afortunadamente, la mayoría de ellos sin daño.

El rápido reconocimiento del mismo y la instauración de medidas adecuadas, mejora su pronóstico. Una de las características de la UCI es la dependencia tecnológica. Los monitores controlan un gran número de variables del paciente y determinadas máquinas sustituyen funciones transitoriamente perdidas. Del buen funcionamiento de esas máquinas y de la buena interpretación de la información que ellas nos dan, depende en gran parte la vida del paciente.

El recambio de personal de medicina, enfermería y auxiliar de enfermería en las UCI es cada vez más frecuente. La disponibilidad de profesionales

con experiencia en cuidados intensivos es escasa, lo que supone un riesgo adicional para los pacientes si no se planifica la recepción y preparación de estos profesionales.

¿QUÉ PODEMOS HACER PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE NUESTROS PACIENTES?

LÍNEA ESTRATÉGICA. Conocer y aprender de nuestra realidad

Obtener información en Seguridad del Paciente constituye un aspecto fundamental para conocer y prevenir los eventos adversos.

La identificación de las situaciones de riesgo es el principio fundamental para poder poner los medios necesarios que reduzcan la probabilidad de que los pacientes sufran eventos adversos. Tendremos que disponer por lo tanto de información válida de manera frecuente y sistemática para la toma de decisiones, que puedan mejorar la seguridad del paciente. Para este cometido es fundamental desarrollar sistemas de información y comunicación de estos eventos adversos. Para ello tenemos que conocer que existen una serie de puntos clave en la génesis del error:

- Los relacionados con los aspectos psicológicos que van implicados en las personas.
- La gravedad de las consecuencias que provocan
- Dependencia de la asistencia sanitaria
- Factores que contribuyen a su aparición

Además tenemos que asumir que errar es humano, y precisamente esto es fundamental para la prevención. En segundo lugar analizar los factores personales y del sistema que contribuyen al error, que no creer en la idea preconcebida de que los errores ocurren de forma aleatoria o que las personas bien formadas nunca cometen errores. Todos nos equivocamos, y uno de los más comunes es sobreestimar nuestras aptitudes para hacer lo correcto, en condiciones en las que la presión, el cansancio, el estrés, la falta de los recursos óptimos y los problemas personales son circunstancias frecuentes.

A efectos de analizar el error desde el punto de vista del individuo, el mismo ha sido definido como el fallo de las acciones planificadas para conseguir un fin deseado. En este sentido, pueden cometerse distintos errores:

- Cuando se sabe lo que se quiere hacer, pero se realiza un acto imprevisto.
- Cuando se decide mal lo que se quiere hacer, se aplica mal una pauta de conducta correcta
- Cuando se sabe lo que se quiere hacer, pero se aplica una mala pauta de actuación
- Cuando no se está seguro sobre lo que se tiene que hacer.

De esta forma los despistes, olvidos, errores e incumplimiento de normas son los errores más frecuentes en dependencia del mecanismo psicológico involucrado.

Los errores pueden considerarse desde varias perspectivas: según el momento del proceso asistencial y en relación de la adecuación del uso de los recursos.

En relación al *momento* del proceso asistencial en que ocurren pueden diferenciarse: errores a la hora de realizar pruebas diagnósticas, en la elección y aplicación de tratamientos, en la prevención, en el cuidado y seguimiento de los pacientes y al utilizar los múltiples dispositivos y equipos disponibles. El más importante en este marco, es el error de medicación. Por error de medicación, se entiende cualquier suceso evitable relacionado con el uso no adecuado de los fármacos mientras la medicación está bajo control de personal sanitario, paciente o consumidor. Se incluyen los relacionados con el etiquetado, envasado, distribución, administración y uso del medicamento. Las posibilidades de cometer errores de medicación son múltiples y han sido analizadas cuidadosamente en diferentes trabajos. Entre las causas más comunes destacan las siguientes:

- Desconocimiento de la historia clínica del paciente: alergias, medicación que consume.
- Uso de medicamento adecuado
- Confusiones de medicamentos que tienen nombre parecido o etiquetado similar
- Desconocimiento y falta de información sobre interacciones, dosis, etc.
- Cálculo de dosis individualizadas, particularmente en niños
- Decimales
- Forma de administración inadecuada
- Frecuencia incorrecta: adelantos, atrasos u omisión de dosis
- Vías de administración inapropiadas
- Uso de abreviaturas no estandarizadas

En los relacionados con *aspectos organizativos*, los relativos a la comunicación insuficiente entre los distintos profesionales.

En relación a dependencia de la *adecuación en la utilización* de las técnicas y procedimientos disponibles para la solución de un problema, podemos hablar de un mal uso de aparataje entre otros.

Los errores también se pueden clasificar por gravedad real o potencial y sus consecuencias, los fallos pueden ser graves, leves y casi errores, importante clasificarlos para ver el tipo de EA que ha causado el error.

También por factores causales del error podemos hablar de errores activos y fallos del sistema.

Todos estos tipos de Errores es importante tenerlos en cuenta para analizarlos en el contexto de una unidad compleja como es UCIP. Es fundamental contar con la participación de todos los profesionales responsables de la asistencia diaria y con la experiencia para la detección y abordaje de situaciones mejorables de seguridad clínica. Existen diferentes estimaciones de la incidencia de eventos adversos en la práctica clínica, con distintos resultados en función de la herramienta de detección empleada:

- 2000: Global trigger tool Kit (Institute for Healthcare Improvement)
- 2009: Child Health Corporation of America-Pediatric Pharmacy Advocacy Group
- To err is human 98.000 muertes/año por EA
- Trigger tool kit: 210.000/año

Se promueve el empleo de la herramienta *trigger tools* para el análisis de fallos y la *notificación voluntaria* de sucesos adversos (incidentes y/o efectos adversos) como fuente de identificación de problemas, análisis y aprendizaje.

Para hacer efectivo este objetivo se establecieron las siguientes actuaciones:

- Se implantó un buzón dentro del servicio, para que cualquier profesional escribiera de forma voluntaria, incidentes y/o eventos adversos, que para el profesional considere importante informar.
- Se deja a disposición de los profesionales una hoja guía para la comunicación de los eventos adversos, esta hoja solo es una mera herramienta para mejorar la comunicación y detalles del incidente, no siendo obligatoria rellenarla. Si el profesional quiere reflejarlo en una hoja en blanco, también es válido.
- Al implementar el buzón de notificaciones, se informa al personal de la función de éste, y que sobre todo no es para culpabilizar a compañeros, ni "señalar", sino para la mejora de esos puntos de riesgo que se puedan mejorar.
- Para análisis de anteriores EA no registrados, se forma a personal (1 enfermera, 1 auxiliar de enfermería y 1 médico) para recabar datos de

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Nº IDENTIFICACION DE PACIENTE FECHA DE ALTA FECHA DE RECOGDA DE DATOS </div>		
Trigger	Nº de veces registrado	Comentarios
T1 Exitus		
T2 PCR		
T3 Catéter		
T4 ulcera por presión		
T5 exceso sedación		
T6 hipotensión		
T7 RX EAP		
T8 <25% Htc		
T9 INR>4 o TTP>100		
T10 Intubación		
T11 movilización TET		
T12 Infección		
T13 Dolor		
T14 reingreso		
T15 BUN/Creat		
T16 reintervención		
T17 naloxona		
T18 insulina		
T19 adrenalina nebulizada		
T20 Desclofeniramina		
T21 laxantes		
T22 Metadona		

- Equipo con formación en Seguridad.
- 22 ítems.
- Pacientes de ingreso >48h
- Muestra randomizada de 10 pacientes/mes
- Revisión de historias clínicas
- Clasificación EA:A1

FIGURA 1.

estos EA y a que categoría pertenecen con la herramienta trigger tools. Se toma como tiempo, el año anterior a implantar la educación en seguridad. (Fig. 1)

LÍNEA ESTRATÉGICA. Desarrollar metodología y herramientas

Se impulsa la implantación por parte del grupo de seguridad, al analizar los datos obtenidos de los sistemas de notificación de Eventos Adversos y análisis de historias clínicas (trigger tools) de procedimientos y protocolos sencillos para garantizar la seguridad y evitar los diferentes errores expuestos. De aquí parten:

- Protocolo de sedación guiada por enfermería. Se obtienen resultados de la práctica clínica de EA (Eventos Adversos) asociados al dolor del 22%, Por lo que se implanta como herramienta un protocolo de sedación guiada por enfermería, para que se minimice este EA.
- Actualización de protocolos específicos (trasplante hepático, tosferina, IRA, etc.). Al recibir en varios SN (Sistemas de notificación) información sobre inseguridad de los profesionales se actualizan los protocolos existentes en la unidad.
- Normas de prescripción segura de fármacos.

Los errores de medicación y sus consecuencias negativas constituyen en la actualidad un grave problema de salud en los sistemas sanitarios. Los estudios nacionales sobre efectos adversos (EA) ligados a la asistencia sanitaria ponen

de relieve que, tanto en atención primaria como en hospitales, los EA asociados a medicación son el tipo de EA más frecuente. Según el estudio ENEAS estos incidentes hubieran sido evitables en aproximadamente un 35% de los casos. Otros estudios de ámbito nacional han destacado también la elevada repercusión asistencial y económica de los EA asociados a la medicación.

En Cuidados Intensivos Pediátricos La Paz el resultado obtenido en la revisión de historias clínicas (Trigger tools) es de un 31,5% que aunque es algo menor que en el anterior estudio ENEAS sigue siendo considerablemente importante para tenerlo en cuenta, por lo que se han puesto en marcha estrategias para disminuir estos incidentes. Tipo:

- Prescripción de fármacos en perfusión habitual y alternativa.
- Caducidad.
- Sistemas de infusión.
- Diluyente.
- Etiquetado diferencial.

Es importante conocer el seguimiento de estas pautas para evitar los posibles EAs. Y después de implementar una conciencia global en el grupo sobre la problemática en errores de prescripción en el personal sanitario, el seguimiento fue:

- 100% etiquetadas y rotulada.
- 78,5 prescripción recomendada.
- Revisión de gráficas de tratamiento, sistema de doble firma. Para evitar errores en la pauta de fármacos, se impulsó la revisión de la gráfica de tratamiento por parte de dos facultativos uno de ellos debiendo ser el médico adjunto y su correspondiente firma al concluir la revisión.
- Gráfica de registro de tratamiento de hemofiltro. Se implanta un registro de terapia de reemplazo renal para tener toda la información tanto de la terapia que se lleva a cabo, como los datos de las diferentes presiones (P. Arterial, P. venosa, PTM) preparación de la heparina y ritmo de infusión, liquido de reposición y composición, reposición ritmo pre/Post, robo ml/h, etc. y así la coordinación con todo el equipo multidisciplinar.

Cada herramienta sería ideal conocer su índice de impacto en el grupo y el seguimiento que lleva, para poder potenciar los puntos débiles, aquellos que no son llevados a cabo por la mayoría, para su mejora. Y aquellos puntos fuertes, reforzar el esquema seguido y su conducta. Así conseguiremos introducir formas de trabajar seguras para los pacientes, e interiorizarlo como algo propio del trabajo sin esfuerzo añadido.

Otras herramientas importantes para el análisis de los incidentes y EAs son:

Impulsar el Análisis Causa Raíz (ACR) de los sucesos centinela

El Análisis Causa-Raíz (ACR) El ACR es una metodología sistemática y comprensiva para identificar los errores en la práctica clínica, que pueden no ser aparentes en forma inmediata, y que pueden haber contribuido a la ocurrencia de un evento adverso y/o casi daño. El objetivo de un ACR es establecer: ¿qué sucedió?, ¿por qué sucedió? y ¿qué puede hacerse para prevenir que suceda de nuevo?

El ACR no se centra en el error humano. Su interés va más allá, hacia el sistema, es decir, el origen de la cadena de errores: el error latente o causa-raíz. La causa-raíz es la razón que explica el error o la falta de eficacia del proceso de atención. Al dirigir las soluciones a esta causa, la seguridad de la atención es mayor.

Por motivo, el ACR se debe involucrar y participar activamente a los miembros del equipo en el análisis sistemático y estructurado de los eventos adversos para mejorar la calidad y garantizar la seguridad en la atención de los y las pacientes.

Antes de la implementación del ACR se deberían considerar los eventos a estudio, así como las personas que se involucraran en el análisis, los pasos a seguir para la valoración y evaluación de los resultados del ACR, la protección del tiempo y la disponibilidad de los recursos que requieren los profesionales involucrados en el análisis, garantizar la confidencialidad de los datos y la protección legal de los documentos resultantes del ACR, conseguir involucrar a las autoridades para apoyar las propuestas de acción que resultan del análisis realizado por el equipo y las estrategias para la propagación de las lecciones aprendidas hacia dentro y fuera del servicio.

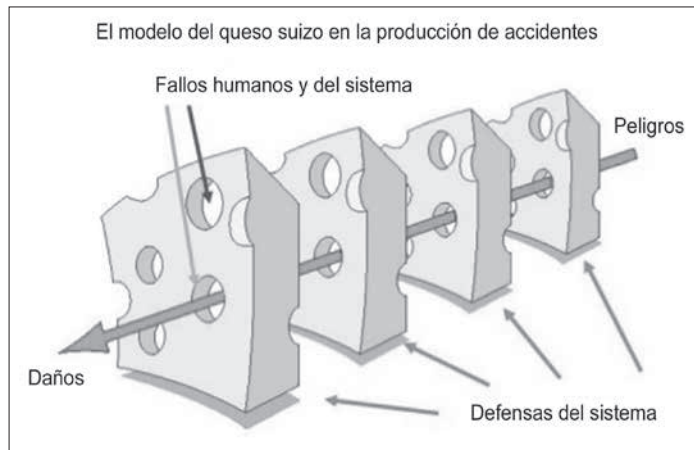


FIGURA 2. Modelo de Reason para identificación de barreras. El modelo del queso suizo de James Reason explica cómo cuando las barreras del sistema fallan y se alinean, los riesgos y errores alcanzan al paciente, produciendo un daño. Cuanto más consistentes y fuertes son estas barreras, menor es la probabilidad de que ocurran daños y eventos no deseados. Así, esta herramienta sirve para analizar las barreras que fallaron y posibilitaron la ocurrencia de un evento centinela.

Un evento centinela es aquel evento adverso que ocurre de forma inesperada y que incrementa el riesgo u ocasiona la muerte o una discapacidad grave y permanente en la persona. Es centinela porque su aparición alerta que algo está fallando en la organización. Se podría explicar por múltiples causas, de ahí su análisis pormenorizado.

Este método ACR hace un análisis sistemático y estructurado para que todos los posibles factores que pudieron contribuir a incidir a su ocurrencia no pueda pasar inadvertidos. Se parte de las causas más visibles hasta aquellas que están más ocultas, posiblemente por el funcionamiento del sistema per se.

Se subraya que el ACR nunca tiene un carácter punitivo, tanto los responsables de implementar esta estrategia como las autoridades se deben adherir firmemente a este principio. El ACR no se centra en el individuo sino en el sistema. Y por lo tanto busca soluciones a este nivel, para generar las recomendaciones. Se debe comunicar adecuadamente este mensaje y adecuar las soluciones propuestas por el grupo de acuerdo a este principio.

La evaluación se tiene que incorporar como otro paso más en el ACR. El plan de acción es el producto principal del ACR que se implementará en la organización para reducir EA similares en el futuro. El plan de acción tiene que llevar consigo las acciones concretas a llevar a cabo, las personas responsables para ello y los plazos de implementación.

¿Cuáles son los pasos del ACR?

- Paso 1. Organizar el Equipo.
- Paso 2. Definir el evento
- Paso 3. Investigar el evento
- Paso 4. Determinar qué pasó
- Paso 5. Determinar por qué pasó. Factores contribuyentes(Factores del paciente, factores individuales, factores de tarea, factores sociales y de equipo, factores de formación y entrenamiento, factores de equipamiento y recursos, condiciones de trabajo, factores organizativos y estratégicos y factores de comunicación
- Paso 6. Estudiar las barreras
- Paso 7. Elaborar e implementar un plan de acción

Se entiende por barrera desde una perspectiva de seguridad del paciente a un control o medida que adopta una organización con el fin de prevenir la ocurrencia de errores en el sistema, detectar tempranamente errores, evitar el daño al paciente y mitigar lo mayormente posible las consecuencias del error cuando alcanza a la persona. (Fig. 2)

Promover y compartir el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE)

El Análisis Modal de Fallos y Efectos de procesos en Seguridad del Paciente, la técnica conocida como análisis modal de fallos y efectos (AMFE) o *Healthcare*

Failure Mode & Effect Analysis (HFMEA) es, probablemente, la herramienta más común para analizar los riesgos asistenciales de un modo prospectivo.

El AMFE se define como el estudio sistemático y proactivo de procesos y de los productos con el fin de evitar fallos, problemas y debilidades antes de que aparezcan. La denominación del instrumento proviene de las tres preguntas que se plantean para resolver: ¿Qué puede fallar? (failure modes)

- ¿Por qué puede ocurrir? (failure causes)
- ¿Qué consecuencias puede producir el fallo? (failure effects)

Se lleva utilizando en sanidad relativamente poco tiempo en comparación con su origen que se encuentra en la ingeniería. Es un instrumento muy utilizado en sectores en los que la seguridad es un componente crítico del funcionamiento tales como aeroespacial, aviación civil, automóvil e industria química.

El instrumento es de utilidad para reducir riesgos en técnicas diagnósticas, procesos, aparataje, procedimientos, protocolos, guías clínicas etc.,... tanto en fase antes de poner en funcionamiento-, bien cuando ya lo están, pero se considera que su rendimiento no es el adecuado.

El AMFE consta de cinco etapas:

- 1) Identificación de la cuestión a analizar
- 2) Selección del equipo de trabajo
- 3) Identificación detallada de las fases del proceso
- 4) **Análisis de fallos, posibles causas y efectos**
- 5) Selección de acciones y evaluación de resultados

Apoyándose en el diagrama de flujo, la finalidad de la fase de Análisis de fallos de AMFE es analizar para cada una de las etapas del mismo: fallos potenciales (failure modes) que pueden ocurrir, posibles causas de los mismos y efectos o consecuencias.

Para cada fallo potencial, se tiene que realizar una estimación o probabilidad de aparición, probabilidad de ser detectado y trascendencia.

En función de estos tres factores, puede estimarse el coeficiente de riesgo (RPN: Risk Profile Number = $A \times B \times C$); índice útil para priorizar las acciones de reducción del riesgo, o una matriz de riesgo en la que se relacionen gráficamente la trascendencia (impacto y gravedad) con la magnitud (frecuencia o probabilidad de aparición) de un riesgo. La matriz que se obtiene agrupa los riesgos en diferentes categorías según su probabilidad y trascendencia, en: riesgos intolerables por su altísima probabilidad y trascendencia; importantes, con menor probabilidad y trascendencia; moderados, de trascendencia moderada o tolerable y probabilidad de aparición media; y bajos, debido a su infrecuencia y poca relevancia.

Impulsar la utilización de otras metodologías y herramientas de análisis (check list, briefing, partes diarios de incidencias...)

Uniéndonos a la intención mundial de mejora en la asistencia diaria, y visualizando diversas herramientas como las anteriores, para asegurar una buena evaluación del sistema organizativo hacia el paciente y además la trasmisión de información fuera lo más completa, inequívoca, sencilla y eficaz posible, se elabora un listado de verificación o checklist para la evaluación de los sistemas implicados en el puesto pediátrico.

Además uno de los errores más comunes que ocurren en servicios de alta complejidad como son las Unidades de Cuidados Intensivos son los despistes y olvidos, estos despistes son distracciones o fallos de la atención (*slips*) y los olvidos –fallos asociados a la memoria (*lapsus*)–, son errores que ocurren cuando se realizan inadecuadamente actividades cotidianas de forma rutinaria o inconsciente. El diseño de equipos “a prueba de errores”, la instalación de listas de verificación, los check-lists, procedimientos y normativas son algunas de las estrategias que pueden contribuir a su reducción.

Así la lista de Verificación de Seguridad tiene como objetivo reforzar las prácticas en seguridad, fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre todos los miembros del equipo (médico y personal de enfermería)

La incorporación a la actividad diaria profesional de este checklist aporta, un nuevo campo de visión del paciente y todo lo que le rodea. Sin que nada se deje a la memoria o praxis de cada profesional, lo que mejorará de forma exponencial la seguridad en la atención y calidad de los cuidados, disminuyendo la incidencia de errores y/o Eventos adversos no deseados por despistes u olvidos, tanto por parte del personal con más experiencia como de nueva incorporación. (Fig. 3)

CHECKLIST ENFERMERIA		ETIQUETA PACIENTE		
FECHA:				
CAMA:				
PROBLEMAS ACTIVOS	VIGILAR/ TAREAS PENDIENTES			
ALARMAS	MONITOR	M	T	N
RESPIRATORIO	Tubo endotraqueal = Bolsa autoinflable = Posición			
	Traqueostomía = Circuito respirador = Fijación			
GAS	Gafas nasales = Humificador = Fijación			
	VNI = Sonda de aspiración = Neumotaponamiento			
DRENAJES	Pleural = Aspiración			
	Pericardíaco = posición			
SNG	Intraventricular = Fijación			
	Peritoneal = Permeabilidad			
STP	Heridas quirúrgicas = Permeabilidad			
	SNG = Posición			
GASTROSTOMIA	STP = Fijación			
	Gastrostomía = Permeable			
SAS	Sonda vesical = Fijación			
	Tutor = Permeable			
ESTOMAGO	CVC = PVC = Fijación			
	Vía periférica = Permeabilidad			
TTC	Arteria = Inserción			
	Presurizadores			
HERIDAS QUIRÚRGICAS	Ileostomía = Permeabilidad			
	Colostomía = Aspecto			
ULCERAS POR PRESIÓN	Yeyunostomía = Aspecto			
	Perfusiones =			
SOLUCIÓN VÍA DE ADMINISTRACIÓN	Medicación . Vía de Administración =			
	Heridas quirúrgicas =			
SOLUCIÓN	Úlceras por presión =			
	Sedación =			
ANALGESIA	Analgesia =			

FIGURA 3.

LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejorar la comunicación y la transferencia de información en la asistencia sanitaria.

Los problemas relacionados con la comunicación entre los profesionales de la salud tienen un importante papel en el origen de los incidentes y eventos adversos (EAs) de la actuación hacia los pacientes. Por ejemplo, en España, en el Ámbito de la Atención Primaria, se estima que en el 24,6% de EAs los problemas de comunicación se encuentran entre los factores causales.

Los problemas de comunicación más frecuentes se centran en la comunicación entre el profesional sanitario y el paciente, que destacan como la primera causa de peor curso evolutivo de la enfermedad de base de los pacientes (en un 25,3% de los casos, incluso por delante del retraso en el diagnóstico).

En este sentido, el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), dentro de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2010-2012, establece como objetivo: “Mejorar la comunicación y la transferencia de la información en la asistencia sanitaria”; y en lo que se refiere a las órdenes verbales, “difundir la estrategia de escribir, repetir y confirmar” para asegurar una correcta transmisión de la información.

Para llevar a cabo esta estrategia de mejora en seguridad de comunicación es primordial la revisión y mejora de los circuitos de información que se llevan a cabo en los servicios.

- Para hacer efectivo este objetivo se establecen las siguientes actuaciones
- Revisar y mejorar los circuitos de información sobre Seguridad del Paciente.

- Comunicación asertiva por la seguridad del paciente.
- Comunicar alto.
- Comunicación de asa cerrada en órdenes verbales.
- Lista de mails para distribución de información en materia de seguridad.
- Realizar un boletín informativo sobre Seguridad del Paciente, de carácter periódico, que aglutine las estrategias generadas por las diferentes direcciones generales, las experiencias y las prácticas seguras propias y ajenas. Con respecto a la comunicación en la organización asistencial:
- Continuidad (equipos asistenciales médicos y personal de enfermería estables) dentro de lo posible continuidad de un personal experimentado en Cuidados intensivos pediátricos, para evitar el riesgo adicional que supone un personal no experto, y cuando llegará personal de nueva incorporación, planificar la recepción y preparación de estos profesionales, con un adecuado programa –protocolo de personal de nueva incorporación.
- Ronda multidisciplinar (médicos responsables, enfermería, especialistas). Con respecto a la comunicación con los padres:
- Puertas abiertas.
- Presencia en las rondas de médico-enfermera.
- Encuesta de calidad percibida. Esta encuesta es fundamental para poder realizar un feedback (retroalimentación) muy útil para la mejora en calidad asistencial. Conocer de primera mano lo que perciben los padres sobre el sistema organizativo es muy adecuado para mejorar también en materia de seguridad al paciente.

Comunicación en Asa cerrada

La transmisión inequívoca de la información entre profesionales, relativa a los pacientes, es una de las medidas fundamentales para prevenir los errores en el ámbito sanitario.

Entendiendo que las órdenes médicas verbales, y especialmente las relativas a la prescripción de fármacos, no pueden ser un método rutinario de comunicación, excepcionalmente, en determinadas situaciones de urgencia puede ser inevitable recurrir a ellas. Esto hace necesario establecer unas pautas de actuación claramente definidas respecto a la emisión y recepción de órdenes verbales para prevenir los errores en estas circunstancias.

Objetivos

Protocolizar las pautas de actuación en cuanto a la emisión y recepción de órdenes médicas verbales en la prescripción de fármacos.

Prevenir los errores y efectos adversos relacionados con la transmisión de órdenes médicas verbales.

Población diana

Todos los profesionales médicos que en el desarrollo de su actividad puedan emitir órdenes verbales sobre el tratamiento farmacológico del paciente, y todos los profesionales de enfermería receptores de dichas órdenes en la unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Pautas de actuación

Teniendo en cuenta que todas las prescripciones farmacológicas deberán realizarse por escrito en la hoja de tratamiento del paciente, existen circunstancias en las que es inevitable prescribir verbalmente uno o más fármacos, desde el médico (emisor) hasta la enfermera (receptor).

Es conveniente, en la medida de lo posible, que haya una tercera persona que corrobore la orden.

Orden verbal directa

Se podrá emitir exclusivamente en situaciones de urgencia vital del paciente, emergencias múltiples o en el transcurso de un procedimiento estéril.

- En estos casos:
- El médico emitirá la orden de administración del fármaco de forma clara, indicando las unidades (mg, micro) y la vía de administración, en un tono perfectamente audible.
 - La enfermera repetirá la orden recibida.
 - El médico confirmará la comprensión de la misma. Si no fuera así, emitirá de nuevo la orden, repitiendo el proceso hasta su confirmación.
 - Este proceso se repetirá con cada uno de los fármacos que se prescriban.
 - El médico escribirá y firmará en la historia clínica del paciente, de manera legible, las órdenes del tratamiento prescrito en cuanto la situación lo permita.
 - La enfermera registrará la indicación de la orden verbal.

BIBLIOGRAFÍA

- Aibar C, Aranaz J. ¿Pueden evitarse los sucesos adversos relacionados con la asistencia sanitaria? . An Sist Sanit Navarra. 2003; 26: 195-209.
- Alonso Carrión L, Castells Bescós E, Alba Conejo E, Ruiz Cartero A. El razonamiento clínico como fuente de error. Med Clin (Barc). 2002; 118: 587-9.
- Estrategia en seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
- Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000; 320: 768-70.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err is Human: Building a Safer Health System. WashingtonDC: National Academy Press; 2000
- Otero López MJ, Alonso Hernández P, Maderuelo Fernández JA, Garrido Corro B, Domínguez Gil A, Sánchez Rodríguez A. Acontecimientos adversos prevenibles causados por medicamentos en pacientes hospitalizados. Med Clin (Barc). 2006; 126: 81-7.
- Otero-López MJ, Bajo Bajo A, Maderuelo Fernández JA, Domínguez-Gil Hurlé A. Evitabilidad de los acontecimientos adversos inducidos por medicamentos detectados en un servicio de urgencias. Rev Clin Esp. 1999; 199: 796-805.
- Parker D, Lawton R. Psychological contribution to the understanding of adverse events in health care. Qual Saf Health Care. 2003; 12: 453-7.
- Reason J. (.). Safety in the operating theatre – Part 2: Human error and organisational failure. Qual Saf Health Care. 2005; 14: 56-61.
- Ruiz-López P, González Rodríguez-Salinas C, Alcalde-Escribano J. Análisis de causas raíz. Una herramienta útil para la prevención de errores. Calidad Asistencial. 2005; 20: 71-8.
- Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, Etchells EE. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. CMAJ. 2005; 173: 511-15.
- WHO. World Alliance for Patient Safety: Forward Programme 2005 [monografía en internet]. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2005
- Ortiz Z, Esandi ME, Andina E. El Análisis Causa-Raíz (ACR). Instrumento para la búsqueda e implementación de soluciones para evitar las muertes maternas, fetales y neonatales. Argentina: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); 2011.