



**AMFE.
NUESTRA SEGURIDAD
PARA UNA
MEJOR CALIDAD.**

JOSEFA VEGA LORA
VICTORIA GAITEIRO RAMIREZ DE VERGER
DOLORES FERNANDEZ LORA

II CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERIA CIUDAD DE GRANADA

"Calidad y seguridad del paciente a través del cuidado continuo personalizado"

AMFE. Nuestra seguridad para una mejor calidad.

Autor principal JOSEFA VEGA LORA

CoAutor 1 VICTORIA GAITEIRO RAMIREZ DE VERGER

CoAutor 2 DOLORES FERNANDEZ LORA

Área Temática CALIDAD DE CUIDADOS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Palabras clave Análisis Causas Soluciones Evaluación de la situación

» Resumen

El Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) es un método sistemático y proactivo para la evaluación de procesos. Permite identificar dónde y cómo podrían fallar tales procesos de la propia práctica clínica, con el fin de identificar aquellas partes que más necesiten modificarse.

El trabajo que se describe se ha llevado a cabo en la unidad hospitalaria de Cirugía Vasculard en el H. U. Virgen del Rocío en Sevilla, detectándose varios puntos débiles, (casi comunes en todas las unidades sanitarias), errores potencialmente mejorables y evitables.

La detección y puesta en marcha de estrategias de mejora ha supuesto un gran avance en el aumento de la seguridad del paciente.

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

La herramienta de trabajo utilizada para la realización de un mapa de seguridad clínica para el paciente fue la creación de un AMFE.

La OMS define la seguridad del paciente como " la ausencia de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria ". Como componente imprescindible de la calidad asistencial, debe ser considerado algo prioritario en los sistemas sanitarios.

El Efecto Adverso (EA) relacionado con la Asistencia Sanitaria se define como " el daño que se deriva de los planes o acciones de un profesional sanitario durante la prestación de asistencia sanitaria o que se asocia a ellos, y no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente ". (1)

Los estudios realizados en diferentes países desarrollados, estiman que entre un 4 y un 17% de los pacientes ingresados en centros hospitalarios sufren un efecto adverso derivado de la asistencia sanitaria.

Según datos aportados por el Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS), estudio multicéntrico realizado en España en el año 2005 se detectan 1603 pacientes con EA durante la hospitalización (desde una muestra de 5624), resultando que el 9,3% estaban relacionados con la asistencia sanitaria y, directamente con la asistencia hospitalaria un 8,4 %; el 42,8 de los EA se consideró evitable. (2)

En los últimos años organizaciones sanitarias han desarrollado planes, acciones y medidas que permitan controlar los efectos adversos evitables en la práctica clínica, siendo estos insuficientes y pocos los logros conseguidos hasta el momento, posiblemente porque necesitemos un cambio de cultura necesaria para incrementar la seguridad del paciente en el ámbito sanitario.

Los Efectos Adversos derivados de la práctica clínica producen un alto sufrimiento tanto al paciente, familiares y a los profesionales implicados; pero también suponen altos costes económicos y gran desconfianza hacia los sistemas sanitarios.

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

El objeto de análisis de este proyecto fue detectar errores existentes en los diferentes procesos de la práctica clínica, las consecuencias que provocan tanto para el paciente como para el profesional e identificar unas propuestas de mejoras alcanzables por el personal sanitario.

Para aumentar la calidad y seguridad del paciente es necesario promover que el profesional integre en su actividad diaria la necesidad de una mayor y mejor concienciación y compromiso.

Se formo un grupo de trabajo multidisciplinar para la realización de este proyecto: Análisis Modal de Efectos y Fallos (A.M.F.E). Los procesos a mejorar se eligieron haciendo una tormenta de ideas. De todos ellos se escogieron los que provocaban Efectos Adversos atendiendo no solo al número de veces que se dan, sino también por la gravedad de la consecuencia que podían producir.

Fue necesario concretar diferentes reuniones para unificar criterios en cuanto a actuaciones y propuestas de mejoras y finalmente se hizo una evaluación para cada Modo de Fallo asignando un valor numérico (NPR: Número de Prioridad de Riesgo) según la gravedad, la probabilidad de que ocurra y la probabilidad de detección.

Estos índices de evaluación son: (3)

- Índice de Gravedad (IG): evalúa la gravedad del efecto sobre el paciente en caso de que ocurra. La evaluación se realiza en una escala del 1 (menor daño posible) al 10 (mayor daño posible).

- Índice de Ocurrencia (IO): evalúa la probabilidad de que se produzca el Modo Fallo por cada una de las causas potenciales en una escala del 1 (menor probabilidad de que ocurra) al 10 (mayor probabilidad de que ocurra).

- Índice de Detección (ID): evalúa, para cada causa, la probabilidad de detectar dicha causa y el Modo Fallo resultante antes de llegar al cliente en una escala del 1 (mayor probabilidad de que se detecte) al 10 (menor probabilidad de que se detecte).

Es decir, $NPR = IG \times IO \times ID$.

El resultado del Número de Prioridad de Riesgo nos ayuda a seleccionar aquellos modo de fallos con NPR más alto para determinar prioridades.

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

El Análisis Modal de Fallos y Efectos (A.M.F.E) tiene especial interés aplicarlo cuando se va a incorporar a una organización o unidad un nuevo proceso y cuando se vayan a introducir cambios sustanciales existentes, ya sea por la incorporación de nuevas técnicas o tecnologías, y ante las reclamaciones o quejas reiteradas de clientes.

Entre sus beneficios encontramos: (4)

- Mejorar la calidad y fiabilidad del proceso por tanto, mejorar la calidad en cuanto a seguridad del paciente.
- Identificar y eliminar precozmente los fallos potenciales del proceso.
- Priorizar las deficiencias del producto o proceso.
- Mejorar el conocimiento de la organización.
- Poner énfasis en la prevención de problemas.
- Documentar los riesgos y las acciones tomadas para reducirlos.
- Minimizar los cambios y costes asociados.
- Promover el trabajo en equipo y el intercambio de ideas entre los diferentes profesionales.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

El grupo participo de manera activa, animada y comprometida desde un principio llegando siempre al acuerdo mediante un sistema de votaciones, previas discusiones y explicaciones de las diferentes opiniones.

Las barreras detectadas eran concretar día y hora para las diferentes reuniones establecidas, el trabajar en equipo es enriquecedor para cualquier participante pero no podemos olvidar que la vida personal, horarios escolares, etc., son obstáculos siempre existentes, lo cual implica que todos teníamos que tener presente la posibilidad de algún cambio inesperado de la programación prevista.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

En este trabajo la participación del paciente y familia es de forma indirecta, se recordaba situaciones que habían pasado, se exponían experiencias vividas. No hubo participación activa ni de pacientes ni de familiares.

» Propuestas de líneas de investigación.

- Revisar protocolos.
- Revisar, actualizar y cumplimentar correctamente los registros.
- Realización de un Plan de Comunicación de la unidad.
- Talleres formativos, sesión de terapia VAC.
- Difusión de Guía de práctica clínica.
- Reuniones multidisciplinares.
- Pedir al paciente que repita la información que se le ha transmitido.
- Difusión del procedimiento: traslado interno del paciente.
- Difusión del procedimiento: preparación y administración de fármacos.

Cualquier organización proyectada a la Calidad y al Cliente, debe recoger todas y cada una de sus actividades en un documento (planes de actuación, guías clínicas, etc..) elaborado por los profesionales que lo llevan a cabo y contrastados por la evidencia científica disponible facilitando así que todos los profesionales, actúen de la misma manera, obteniendo resultados de cuidados de calidad. (5).

>>Referencias Bibliográficas

- (1) <http://enfermeriahvptplascencia.blogspot.com/2010/os/anexo-5-plan-de-comunicación-interno>.
- (2) <http://www.saludinnova.com/practices/view/19/>
- (3) <http://wed.www3.unicordoba.edu.con/sites/default/files/INFORME%CALIDAD>.
- (4) <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1702/45/00450084-LR>.
- (5) <http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc-inter/manual-protocolo-procedimiento>.