

# III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

## LA SEGURIDAD, UNA PRIORIDAD EN NUESTRO TRABAJO

**Autor principal** MARGARITA DE BLAS GARCIA

**CoAutor 1**

**CoAutor 2**

**Área Temática** Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Médica

**Palabras clave** SEGURIDAD ERROR INCIDENTE BARRERAS

### » Resumen

La calidad asistencial se mide por determinadas variables, siendo una de las más valoradas y de mayor relevancia la seguridad del paciente, por lo que se constituye como una estrategia prioritaria el desarrollar y promover la cultura de seguridad de los profesionales, así como introducir prácticas seguras para reconocer el error, valorar por qué ha sucedido y poner en marcha barreras para evitar que vuelva a ocurrir, con el objetivo último de ofrecer una asistencia más segura a nuestros pacientes.

En nuestra unidad se diseñó un circuito de declaración de incidentes anónimo, se analizan las posibles causas de los incidentes, se priorizan según gravedad e incidencia y se establecen una serie de barreras para evitar que el error vuelva a ocurrir.

### » 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?

Nuestro trabajo se está desarrollando en el Hospital de "La Princesa" de Madrid, en la unidad de hospitalización de digestivo-urológica.

En nuestro hospital se creó una unidad funcional de gestión de riesgos sanitarios que recoge las notificaciones de todos los incidentes/efectos adversos que se producen en el hospital, sin embargo y a pesar de que se creó hace algún tiempo la notificación es escasa debido a la falta de información de los profesionales, a miedo a ser "castigado", a ser tachado de "mal profesional", a las posibles consecuencias que el declarar el error pueda tener... , por ello y por la importancia que supone ofrecer a nuestros pacientes una asistencia de calidad se pensó en articular un circuito de declaración de incidentes anónimo para valorar las posibles causas (se utilizó el que ya existía en el hospital) poner las adecuadas barreras para intentar evitar que el error vuelva a ocurrir.

Una enfermera de la unidad se hizo cargo del proyecto estableciéndose como la enfermera referente en seguridad de la unidad y junto con la supervisora decidieron establecer una serie de reuniones, primero informativas definiendo error, efecto adverso, incidente y otros conceptos como el de cultura de seguridad, remarcando la importancia de comunicar el incidente.

### » 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?

Hasta el momento se ha realizado 5 reuniones del personal de frecuencia bimensual, estas reuniones son preparadas por la enfermera referente en seguridad de la unidad junto con la supervisora que previamente a la reunión han valorado las notificaciones anónimas recibidas, se priorizan según gravedad e incidencia, se valoran las posibles causas y se plantean una serie de barreras para evitar que vuelva a ocurrir; después en la reunión con todo el equipo se establecen cuales de las medidas planteadas son las más viables y las más factibles de llevar a cabo y se ponen en marcha; después en la próxima reunión se evalúa su eficacia según las notificaciones recibidas.

Hasta el momento se han implantado barreras para evitar errores en las dietas de los pacientes (se priorizó por frecuencia), así se ha establecido un tiempo para la comunicación entre enfermera-auxiliar (muchos de los errores que se cometían eran por falta de comunicación), se ha establecido un adecuado registro informático de las dietas, se ha decidido sacar un listado de dietas al comienzo de cada turno actualizado y se ha decidido revisar de forma sistemática el libro de pruebas.

También se han establecido más barreras en la adecuada identificación del paciente sobre todo en la realización de pruebas analíticas y transfusiones (priorizado por su gravedad)

Actualmente se está trabajando en implantar barreras tanto en el registro como en la administración de fármacos

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

El coste de implantar las barreras para evitar el incidente es prácticamente nulo, pues son medidas que desarrollan el personal con los medios de los que dispone, de igual manera la viabilidad es total puesto que es el propio equipo el que selecciona las barreras más adecuadas para poder llevarlas a la práctica

Hasta el momento se han conseguido buenos resultados, puesto que ha disminuido la notificación de los incidentes sobre los que se habían establecido barreras.

### » Barreras detectadas durante el desarrollo.

La principal barrera que se ha detectado ha sido concienciar a los compañeros de la necesidad de notificar el error, para ello se ha hecho hincapié en las reuniones el fomentar el concepto de cultura de seguridad, una cultura que se basa en el carácter no punitivo del error, en concienciarnos de que el error existe, en que todos nos podemos equivocar, en perder el miedo a hablar del error, en perder el miedo a ser "culpado" y a ser tachado de "mal profesional" y fomentando el pensamiento de que la única manera de poder evitar que un error pueda volver a ocurrir es hablando de lo que nos ha pasado para poder poner las adecuadas barreras con el objetivo de que no vuelva a ocurrir ni a nosotros mismos ni a otros compañeros.

### » Oportunidad de participación del paciente y familia.

El paciente y la familia participan en la medida en que nos comunican los posibles errores que ellos detectan en cualquier aspecto de sus cuidados, el personal facilita esta comunicación animándolos a que sean partícipes y colaboradores en los cuidados que les prestamos.

» **Propuestas de líneas de investigación.**

Debido a los buenos resultados obtenidos vamos a seguir trabajando en esta línea, además en la actualidad se está elaborando un poster que se va a colocar en diversos puntos de la unidad para recordar a todo el equipo la importancia de que siempre estemos trabajando y reflexionando sobre cómo podemos hacer nuestro trabajo más seguro para nuestros pacientes.