

IV CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

CONSECUENCIAS DE LA METODOLOGÍA AMFE EN EL SUBPROCESO CRÍTICO

Autor principal TERESA RUANO GINÉS

CoAutor 1 EVA MARÍA SÁNCHEZ JURADO

CoAutor 2

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería de Cuidados Críticos y Urgencias

Palabras clave seguridad del paciente riesgo prevención de accidentes accidente

» Resumen

INTRODUCCIÓN.

El AMFE es un método de análisis de diseños proactivo y sistémico para la identificación y prevención de los posibles fallos, evaluando su probabilidad de aparición, posibilidad de detección, los posibles efectos y su gravedad, así como sus causas.

OBJETIVOS.

Nuestros objetivos son: Mejorar la seguridad del paciente crítico, identificar los posibles fallos en el subproceso del paciente crítico, clasificándolo mediante IPR, establecer un plan de mejora que permita eliminar o reducir la probabilidad de que se produzcan.

MATERIAL Y MÉTODO.

Se crea una subcomisión de seguridad que elabora: el flujograma del proceso de crítico, el AMFE de crítico, se establece y aplica el plan de mejora, se realiza una evaluación, reorganizamos las causas según la nueva priorización.

RESULTADOS.

Los resultados obtenidos han sido:

- 1-El 100% del personal sanitario tiene actualizada la formación en SVA y SVB.
- 2-El 50% del personal no sanitario se ha formado en detección de situaciones de riesgo.
- 3-Se han realizado 3 cursos de SVA y 4 de SVB por cada año de aplicación del AMFE.
- 4-Se ha elaborado y puesto en marcha por la unidad de laboratorio un procedimiento de actuación ante valores críticos.
- 5-Se crea y aplica el procedimiento de órdenes verbales.
- 6-Se instalan 3 teléfonos manos libres para acceso de Salud Responde al servicio de traducción.
- 7-Se instalan 3 PC con acceso local.
- 8-Se establecen ciclos de sesiones formativas.

» 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?

El Hospital de Alta Resolución de Benalmádena (HARB) pertenece a la Agencia Sanitaria Costa del Sol y fue inaugurado en 2007, siendo la inauguración del proceso crítico en 2008.

Es un centro acreditado por JOINT COMMISSION (JC) siendo superada la última acreditación en el año 2012.

Este centro está gestionado por procesos: quirúrgico, médico y crítico.

El proceso crítico está dividido en varios circuitos asistenciales:

Pediatría (consulta médica y de enfermería).

Críticos.

No demorable (dos consultas).

Demorable (2 salas de curas, 1 trauma, 1 enfermería, 5 consultas médicas).

El número de urgencias vistas desde su apertura han sido:

2008: 21.530 (apertura en agosto, 5 meses)

2009: 57.824

2010: 55.397

2011: 57.074

2012: 54.321

» 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?

En 2009 tras su apertura se crea una Subcomisión de Seguridad formada por un equipo multidisciplinar cuyo primer objetivo es mejorar la seguridad de los pacientes, con lo cual se decide elaborar e implantar un plan de Seguridad utilizando la metodología AMFE.

¿Por qué se decidió utilizar esta metodología? Porque es un método de análisis para evaluar el proceso de forma estructurada y sistémica, con el propósito de identificar y prevenir los posibles fallos, evaluando su probabilidad de aparición, posibilidad de detección, los posibles efectos y su gravedad, así como sus causas. Permite la priorización para establecer acciones de mejora y poder eliminar y reducir la probabilidad de que se produzcan dichos fallos.

OBJETIVOS GENERALES.

Mejorar la seguridad del paciente: elaborar e implantar un plan de seguridad en el HARB para mejorar la seguridad de los pacientes.

Impulsar las estrategias de seguridad clínica según las metas nacionales de seguridad del paciente establecida por JC y el contrato programa incluido en los objetivos operativos del área.

ESPECIFICOS.

Identificar los posibles fallos en el área funcional de críticos clasificándolos mediante IPR (índice de prioridad de riesgos).

MATERIAL Y MÉTODO.

La subcomisión de seguridad del HARB, elaboró:

1. Los flujogramas correspondientes a los distintos circuitos asistenciales.
2. Se realizaron los AMFES de cada uno de ellos.

La aplicación de la metodología AMFE en los distintos circuitos asistenciales se encuentra en diferentes estadios de desarrollo, siendo el AMFE de críticos el más avanzado, y donde mejor se puede objetivar la utilidad de dicha metodología. Por este motivo vamos a centrar nuestra exposición en el mismo.

En 2009 se realiza el AMFE estableciéndose el plan de mejora según IPR y se pone en marcha.

En el 2011 se realiza la primera evaluación del mismo donde se analizó la efectividad de las acciones correctoras tomadas.

En 2012 se realizó una nueva priorización con su nuevo plan de mejora.

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

El resultado de su aplicación ha supuesto la puesta en marcha de una serie de actividades y toma de decisiones que han repercutido en la unidad de la siguiente manera:

1-En cada año de vigencia del AMFE se han impartido 3 cursos de SVA y 4 de SVB, con lo cual se ha conseguido la formación del 100% del personal sanitario que conforma la plantilla del personal de urgencias del HARB.

2-El 50% del personal no sanitario de urgencias del HARB (celadores, administrativos) se ha formado en detección de situaciones de riesgo.

3-Se ha elaborado y puesto en marcha por la unidad de laboratorio un procedimiento de actuación ante valores críticos.

4-Se crea y difunde el procedimiento de órdenes verbales dentro del plan de acogida de personal de nueva incorporación y en el plan formativo de la unidad. Durante el año 2009 solo se registro un EA relacionado con la administración de medicación mediante órdenes verbales.

5- Se crearon grupos de mejora interdisciplinares para auditar las Hª clínicas.

6- Debido a la cercanía de sala de espera de pediatría con la sala de críticos, se consultó con un ingeniero experto en medicina nuclear quien determinó que no era necesario dosímetro de sala ni plomar la sala de críticos.

7-Se instalan 3 teléfonos manos libres para acceso de Salud Responde al servicio de traducción.

8-Se instalan 3 PC con acceso local.

9-Se establecen ciclos formativos a través de sesiones clínicas dirigidas al personal para su continuo reciclaje (cortas, repetitivas y muy concretas).

10-Se comienza a trabajar en 2011 las competencias por objetivos, asignando responsable a cada competencia.

11-Se establece un número de teléfono directo con centro coordinador, el centro de referencia para coordinación de traslados intrahospitalarios.

12-Se asigna responsable de la custodia de la historia clínica del paciente a la auxiliar en sala de crítico (recapitular toda la información, realizar las copias y entregar originales en admisión para la digitalización).

» **Barreras detectadas durante el desarrollo.**

Desde la comisión de seguridad clínica del Hospital de Alta Resolución de Benalmádena, no hemos encontrado restricciones para la elaboración y puesta en marcha de este AMFE, así como las propuestas aportadas para solucionar los fallos detectados.

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

En nuestro estudio no hemos incluido la participación del paciente ya que el uso de esta metodología no implica la participación ni del paciente ni

» **Propuestas de líneas de investigación.**

La puesta en marcha del AMFE de críticos ha supuesto la detección y solución de distintos fallos en el proceso del paciente crítico, evidenciándose la eficacia de dicha metodología.

Ha supuesto el inicio de una conciencia en seguridad en la unidad.

Por todo lo expuesto y desde nuestra experiencia, consideramos útil la aplicación de metodología AMFE a los distintos circuitos asistenciales.

» **Bibliografía.**

- Ruiz P, González C. El análisis modal de fallos y efectos. Una herramienta muy útil para la seguridad del paciente. JANO 2008, 1702: 45-8.
- Análisis modal de fallos y efectos. Fundación Iberoamericana para la gestión de la calidad. Disponible en: <http://www.fundibeu.org/opencms/export/sites/default/PWF/downloads/gallery/methodology/tools/amfe.pdf>.
- Itinerario Formativo para la Seguridad del Paciente. Escuela Salud Pública Andalucía.