

ANÁLISIS PARA LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

AUTORES: GARCÍA ORTEGA A., COARASA SANCHEZ R.

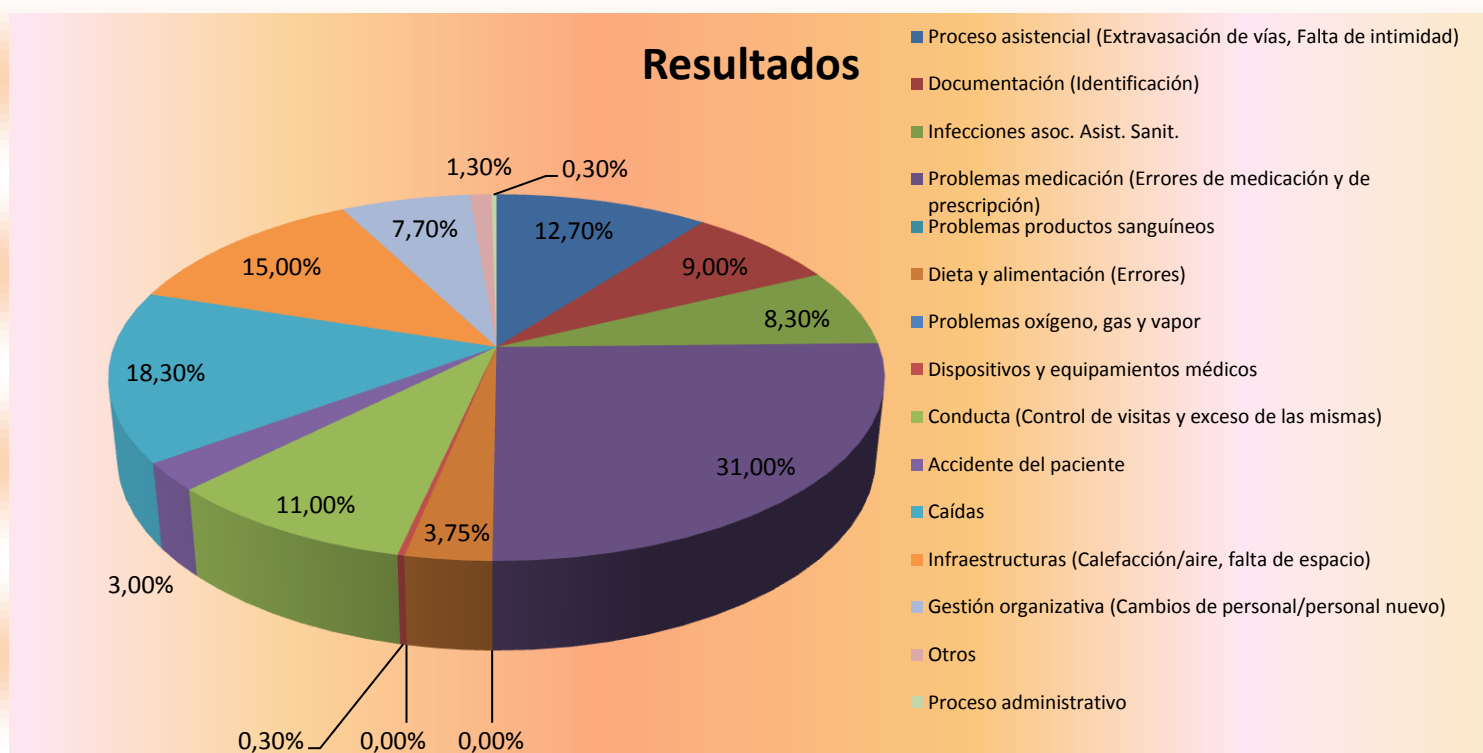
INTRODUCCIÓN: La seguridad del paciente, como dimensión clave de la calidad asistencial, es un concepto que incluye un conjunto de actuaciones orientadas a eliminar, reducir y mitigar los resultados adversos producidos como consecuencia del proceso de atención a la salud.

Con la misma línea estratégica puesta en marcha por la Agencia de Calidad Andaluza, la Unidad de gestión Clínica de Pediatría del Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga crea en 2010 una Comisión de Calidad y Seguridad que pretende proporcionar una atención de calidad y cuidados seguros

Objetivos: Conocer las preocupaciones en temas de seguridad del personal de la unidad. Efectuar una gestión adecuada del riesgo, mediante la identificación e implementación de las medidas necesarias para eliminarlos o minimizarlos. Mejorar la capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes, realizando sesiones formativas-informativas. Aplicar la metodología en prácticas seguras. Se pretende fomentar una cultura de seguridad, favoreciendo la implicación de los propios profesionales

MÉTODOS: Para proceder a la gestión de la seguridad en la unidad de Pediatría, se constituye un grupo multiprofesional compuesto por representantes de Calidad, Farmacia, Medicina Preventiva, Director y Coordinadora de Cuidados de UGC, Supervisoras, Auxiliares de enfermería y Enfermeras de dicha Unidad, el cual lleva a cabo un análisis de la situación (Entorno, profesionales, pacientes, actividades realizadas)

Se realizan reuniones periódicas en las que se exponen y analizan incidentes notificados relacionados con temas de seguridad. Para alcanzar un mayor conocimiento de los mismos se realiza la difusión de una encuesta, basada en la encuesta para personal sanitario del Sistema Nacional de Salud sobre la cultura de seguridad del paciente. Se efectúa la recogida y posterior análisis de las encuestas contestadas por los diferentes profesionales (Facultativos, enfermeros, Aux. de enfermería, celadores...) Presentación y difusión de los resultados obtenidos para plantear las líneas de mejoras oportunas. Se efectúa un AMFE de la unidad y se lleva a cabo un análisis causa-raíz de eventos en los sucesos centinelas.



CONCLUSIONES: Desde la creación y participación de los profesionales en las comisiones existe una mayor sensibilidad en la detección de medidas de seguridad, así como en la notificación de eventos adversos. Se garantiza mayor éxito en la consecución de resultados e implicación en la propuesta de líneas de mejora. Entre ellas podemos destacar:

La creación de un único sistema de Notificación de incidentes a través de la Web del hospital, que facilita al profesional la declaración del mismo a través de un solo formulario.

Medidas sobre los botiquines, identificación y separación de fármacos de riesgo, unificación en Protocolos de administración de medicamentos, mejora del sistema de prescripción informática. Participación de profesionales y familiares en la campaña Manos Seguras, talleres de Higiene de Manos.

Se mejora la pulsera de identificación, incluyendo datos inequívocos del paciente y se crea un sistema de identificación activa, que consiste en auditorías semanales llevadas a cabo por el personal de la unidad y registradas por la Supervisora.

BIBLIOGRAFIA: Desarrollo de la Estrategia Nacional en Seguridad del Paciente 2005-2011, Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad, Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (dic. 2011) Ministerio de Sanidad. Análisis de la Cultura sobre seguridad del Paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español (2009)