

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

## "La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

### LA SEGURIDAD EN TRALADO PACIENTES HOSPITALIZADOS ENTRE DEPARTAMENTOS. ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS (AMFE)

**Autor principal** VERÓNICA DÍAZ SÁNCHEZ

**CoAutor 1** MARIA DEL PILAR SOLDEVILLA DE LA ESPERANZA

**CoAutor 2**

**Área Temática** La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Obstétrico-Ginecológica

**Palabras clave** SEGURIDAD AMFE COMUNICACIÓN ERROR HUMANO

#### » Resumen

**Objetivos:** describir la mejora de la seguridad del proceso de traslado de pacientes hospitalizadas que precisan un diagnóstico ecográfico en la urgencia ginecológica.

**Material y Método:** el estudio del trabajo se realiza en un hospital de segundo nivel de la Comunidad de Madrid, aplicando el análisis modal de fallos y efectos (AMFE). Como exige la metodología, se cuantificaron los riesgos de cada modo de fallo en una escala de 1: 1000, utilizando el índice NPR (número de priorización del riesgo). Se determinó una primera fase de mejora, definiendo el nivel de actuación como NPR >100. Se detectaron varios riesgos en los protocolos actuales y se propuso su eliminación con la redefinición de circuitos, controles y verificaciones adicionales, lista de comprobación y auditorías internas, entre otros.

**Resultados:** tras el análisis del índice de riesgos se determinan como prioritarias las intervenciones en materia de mejora en la comunicación interna, flexibilización del sistema automatizado de producción de solicitudes interconsultas, acceso continuado a las actualizaciones de la historia clínica, asegurando las vías de retroalimentación en la comunicación efectiva, así como, la prioridad en el establecimiento de un protocolo específico.

#### » 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?

Centrándonos en el tema de seguridad del paciente, hay que priorizar aquellos procesos, procedimientos o actividades que entrañan especial riesgo en la producción de efectos adversos en pacientes hospitalizadas que precisan traslado temporal a la unidad de urgencia ginecológica para el diagnóstico ecográfico. Se considera un área de especial interés el traslado de pacientes a esta unidad, por ser el lugar donde se realizan las interconsultas ginecológicas de toda paciente ingresada en el hospital.

#### » 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 trabajo se articula como proyecto de mejora, aplicando el análisis modal de fallos y efectos (AMFE), un instrumento analítico aplicado en varios hospitales de Estados Unidos en la década de los años sesenta del siglo pasado en el contexto de la industria aeroespacial militar. Como exige la metodología, se cuantificaron los riesgos de cada modo de fallo en una escala de 1: 1000 utilizando el índice NPR (número de priorización del riesgo) Se determinó una primera fase de mejora, definiendo el nivel de actuación como NPR >100. Se detectaron varios riesgos en los protocolos actuales y se propuso su eliminación con el redefinición de circuitos, controles y verificaciones adicionales, lista de comprobación y auditorías internas, entre otros.

Elección del equipo

El equipo de trabajo está integrado por profesionales que conocen el proceso objeto de análisis. Se representó en todas las categorías profesionales involucradas.

Descripción gráfica del proceso

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

Se determinaron los fallos potenciales de cada una de las actividades del proceso. Se enmarcaron dichos fallos potenciales al lado de cada actividad del proceso. Se detallan las posibles causas que producen estos fallos. Quedan especificadas las causas de los fallos potenciales analizando su frecuencia (F), la gravedad (G) y la posibilidad de detección (D) (posibilidad de que el fallo se pueda detectar antes de que se produzca el daño).

Puntuación:

Gravedad(G)	Frecuencia (F)	Detectabilidad (D)
Catastrófico 9-10	Frecuente 9-10	Baja 9-10
Mayor 5-8	Ocasional 7-8	Moderada 7-8
Moderado 3-4	Infrecuente 5-6	Ocasional 5-6

#### » Barreras detectadas durante el desarrollo.

Pasos del proceso. Posibles fallos-Posibles causas-Posibles efectos:

1. Decisión de traslado paciente: Posibles fallos: Indicación inadecuada. Posibles causas: A. Escasez de conocimiento del contexto del paciente y familia. B. Falta de reconocimiento de los riesgos en los entornos del procedimiento Posibles efectos: A. Incomodidad del paciente y familia (NPR: 30). Percepción de mayor gravedad del proceso(NPR 96). B. Paciente aislado que no reciben continuidad del mismo durante el traslado y prueba diagnóstica (NPR 128).

2. Emisión de la interconsulta: Posibles fallos: Rigidez del sistema automatizado de producción de la interconsulta. Posibles causas: Dificultad en el acceso a la información clínica sobre el estado de la interconsulta (petición, recepción, realización, informe)

Posibles efectos: A. Falta de información del paciente sobre su prueba diagnóstica (NPR360). B. No integración de los cuidados enfermeros (NPR 243).

comunicar la información importante sin interrupciones. 1.B. Falta de estandarización en la comunicación entre personal en el momento del traspaso del paciente. 1.C. Dificultad de acceso a información clínica del paciente por parte del personal de urgencias (no tienen acceso directo a la historia clínica).2. A. Escasez de formación en habilidades de comunicación. Posibles efectos: A. Información intercambiada escasa para prestar atención segura al paciente (NPR 243). B. Retraso en la realización de la prueba diagnóstica (NPR216). C. Error en la realización de prueba diagnóstica (NPR 48). D. Insatisfacción del paciente (NPR 120).

4. Traspaso del paciente: Posibles fallos: 1. Identificación errónea del paciente2. Falta de protocolo específico implementado.3. Conducta automática durante el proceso de instancia previa.4. Dificultad de trabajo en equipo de los prestadores de atención sanitaria Posibles causas: 1.A. Falta de estandarización en el enfoque de identificación de pacientes entre los distintos establecimientos dentro del hospital.1.B. Falta de implicación del paciente y familia en su proceso de salud, en su identificación y en la expresión de sus inquietudes.1.C. Aumento de carga laboral del personal y del tiempo que pasan alejados de la atención al paciente. 1. D. Cuestiones culturales: Ropa que oculta la identidad. Estigma asociado con el uso de una banda de identificación, falta de familiaridad con nombre extranjeros. 2. A. Falta de reconocimiento de los riesgos en los entornos del procedimiento.3.A. Se cumple las formalidades, pero sin una comunicación significativa).4.A. Celador no forma parte del equipo de enfermería.4.B. Cultura sanitaria individualista. Posibles efectos: A. Retraso en la realización de la prueba diagnóstica (NPR 216). B. Error en la

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

Educar a los pacientes sobre los riesgos relacionados con la identificación incorrecta de los mismos. Pedir a los pacientes o a sus familiares que verifiquen la información de identificación para confirmar que sea correcta. Animar a los pacientes y sus familiares o cuidadores a ser participantes activos en la identificación, expresar sus inquietudes respecto a la seguridad y los errores potenciales, y hacer preguntas sobre

#### » Propuestas de líneas de investigación.

Donde sea posible, explorar tecnologías y métodos que puedan mejorar la efectividad de los trasposos, como registros médicos electrónicos validados, que permitan un acceso real a la información y el intercambio de la misma. Establecer procedimientos para asegurar que los procesos que emplean tecnología electrónica sean interactivos y efectivos, y que den tiempo para preguntas o actualizaciones sobre la atención del paciente. Controlar la frecuencia e incidencia de procedimientos incorrectos que sigan ocurriendo como parte de sistemas de denuncia voluntaria. Utilizar todas las denuncias de incidentes para promover colaboraciones multidisciplinares que incentiven cambios basados en sistemas en todas

#### » Bibliografía.

1. Wristbands for hospital inpatients improves safety. National Patient Safety Agency, Safer practice notice11, 22 November 2005. Disponible en: [http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/1440\\_Safer\\_Patient\\_Identification\\_SPN.pdf](http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/1440_Safer_Patient_Identification_SPN.pdf) [Consultado 5 de Abril de 2013]2. Secure identification: the smart card revolution in health care. The Silicon Trust, 4 June 2003. Disponible en: <http://www.silicon->