

La seguridad del paciente en siete pasos

Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA)

Sistema Nacional de Salud (NHS)

Reino Unido



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

SECRETARÍA GENERAL
DE SANIDAD

AGENCIA DE CALIDAD
DEL SISTEMA NACIONAL
DE SALUD

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SIETE PASOS

Noviembre 2005



**MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO**

*Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA)
Sistema Nacional de Salud (NHS)
Reino Unido*

*Los derechos de autor del documento «Seven Steps to Patient Sa-
fety» pertenecen a Nacional Patient Safety Agency (NPSA), quién au-
toriza su uso a otras organizaciones de la sanidad para propósitos de
formación y no comerciales*

*Traducción y resumen
Miguel Recio Segoviano*

*Agencia de Calidad
Ministerio de Sanidad y Consumo*



Edita y distribuye:
© MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA
CENTRO DE PUBLICACIONES
Paseo del Prado, 18 - 28014 Madrid

Imprime: RUMAGRAF, S. A.
Avda. Pedro Díez, 25. 28019 MADRID

PREFACIO

El Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, en el marco de las Políticas relacionadas con la Seguridad de los Pacientes, asume la necesidad de poner a disposición de los profesionales sanitarios aquellos instrumentos y guías del conocimiento las que por su utilidad e interés, puedan suponer un aporte al desarrollo y consolidación de las estrategias de Seguridad en el Sistema Nacional de Salud. El Documento, Siete Pasos, elaborado por la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente del Reino Unido supone una guía de referencia para una aproximación y seguimiento en relación a las actividades vinculadas en esta área de trabajo.

La versión que se presenta es un resumen esquematizado del documento original.

Madrid enero de 2006.

ÍNDICE

	<i>Págs.</i>
INTRODUCCIÓN	7
PASO 1: CONSTRUIR UNA CULTURA DE SEGURIDAD	9
PASO 2: LIDERAZGO DEL EQUIPO DE PERSONAS	13
PASO 3: INTEGRAR LAS TAREAS DE GESTIÓN DE RIESGOS	19
PASO 4: PROMOVER QUE SE INFORME	23
PASO 5: INVOLUCRAR Y COMUNICARSE CON PACIENTES Y PÚBLICO	29
PASO 6: APRENDER Y COMPARTIR LECCIONES DE SEGURIDAD (RCA)	35
PASO 7: IMPLEMENTAR SOLUCIONES PARA PREVENIR DAÑOS	43
ANEXOS	47
1. TABLA DE FACTORES CONTRIBUYENTES	47
2. LISTADO DE FUNCIONES / RESPONSABILIDADES DE LOS LÍDERES DE SP	49
3. ENCUESTA DE CRITERIOS DE MEJORA DEL TRABAJO EN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR	53
4. CAMPOS BÁSICOS DEL NRLS	54
5. TABLA DE TERMINOLOGÍA RECOMENDADA POR NPSA	55
6. TABLA DE EJEMPLOS DE EA's SEGÚN SU GRAVEDAD	56

	<u>Págs.</u>
7. TABLA DE EJEMPLOS DE CATEGORÍAS DE EA's A REMITIR A NRLS	61
8. TABLA DE TÉRMINOS Y DEFINICIONES PARA CLA- SIFICAR EA's POR SU IMPACTO	62
9. TABLA DE NIVEL DE INVESTIGACIÓN PARA DIFE- RENTES GRADOS DE EVENTOS ADVERSOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	63
TABLA DE ACRÓNIMOS	65

INTRODUCCIÓN

Cada día, cientos de miles de personas son tratados con éxito, y de forma segura, en el sistema sanitario del Reino Unido. Sin embargo los adelantos en la tecnología y el conocimiento de las últimas décadas han creado un sistema de salud de enorme complejidad. Esta complejidad conlleva riesgos, y la experiencia demuestra que las cosas pueden ir mal y que los eventos adversos afectan, y afectarán en el futuro, a nuestro sistema de salud. Los pacientes pueden verse afectados a pesar de la dedicación y profesionalidad de nuestro personal.

La «Seguridad del Paciente en Siete Pasos» describe las fases que las organizaciones del sistema de salud del Reino Unido (NHS) han de abordar para mejorar la seguridad. Esta guía constituye una referencia para la planificación y seguimiento de las actividades ligadas a la seguridad del paciente. El seguimiento de estos pasos ayudará a asegurar que el servicio sanitario proporcionado sea lo más seguro posible, y que cuando las cosas no vayan bien se reaccione de la forma correcta. También ayudarán a alcanzar los objetivos de gestión clínica y gestión de riesgos de cada organización.



PASO 1: CONSTRUIR UNA CULTURA DE SEGURIDAD



REFERENCIA DE OTROS ÁMBITOS: «*Cuando la cultura de una organización se concierne de la seguridad y se habla de los fallos / errores, la seguridad mejora*».

1. ¿QUÉ ES UNA CULTURA DE LA SEGURIDAD?

- Conciencia de que las cosas pueden ir mal.
- CAPAZ de reconocer errores → Aprender de ellos → Actuar para mejorar las cosas.
- ABIERTA E IMPARCIAL (Justa) para COMPARTIR información abiertamente y para tratar al profesional en eventos adversos (Esto es crítico tanto para paciente como para quien le cuida o trata).
- Basada en un enfoque al SISTEMA: las cosas no están sólo ligadas al individuo, sino también al sistema en el que trabaja.
- Abordar qué fue mal en el SISTEMA ayuda a APRENDER lecciones y PREVENIR su recurrencia.
- Está PRESENTE cuando: atiende a paciente + fija objetivos + desempeña procedimientos / procesos + compra productos + rediseña...

Afecta a MISIÓN, VISIÓN Y OBJETIVOS de la organización.

Seguridad del paciente debe ser parte de la Estrategia, Misión, Visión, Objetivos, Indicadores, Proyectos y forma de trabajar.
--

2. BENEFICIOS DE UNA CULTURA DE LA SEGURIDAD

- Impacto positivo en el funcionamiento de la organización.
- Transición desde Análisis de Fallos → Mejora Continua (dado que la perfección no es posible).
- El personal está informado de QUÉ PUEDE IR MAL y QUÉ HA IDO MAL (no rumor / temor)

- Reducir la RECURRENCIA y SEVERIDAD ↓ debido al aprendizaje.
- DAÑO / IMPACTO al paciente ↓ (prevención + comunicación)
- Personal con menos stress, culpabilidad, falta de confianza... al ocurrir menos EVENTOS ADVERSOS.
- Tiempo de espera ↓ debido a menos retorno de pacientes ligados a errores.
- Reducción de costes extra-tratamiento.
- Reducción de costes de RECURSOS requeridos para gestionar quejas y reclamaciones.
- Reducción de costes sociales (bajas pacientes) y financieros (pagos por incapacidades).

3. CULTURA ABIERTA E IMPARCIAL (JUSTA)

- ABIERTA respecto a:
 - Hablar con colegas y supervisores acerca de eventos adversos.
 - PACIENTES + Personal + Publico cuando suceden eventos adversos y para explicar lecciones aprendidas.
- JUSTA en su trato y apoyo al personal cuando sucede un evento adverso.
- Disipa dos mitos:
 - PERFECCIÓN: «Si se intenta algo con empeño, no habrá errores».
 - CASTIGO: «Castigando a quien comete errores, reducimos su número».
- RESPONSABLE de sus actos.
- ELEMENTOS NECESARIOS.
 - Conocer la cultura actual antes de cambiarla (baseline assesment).
 - Potenciar el ENTENDIMIENTO de SP y EXPLICITAR BENEFICIOS.

- **LIDERAZGO** que:
 - PROMUEVE aprender de SP eventos y potenciar su comunicación.
 - ACTUA gestionando RIESGOS PROACTIVAMENTE.
- Asegurar que eventos se tratan de forma IMPARCIAL (IDT ayuda a ello) y se APRENDE.
- Publicitar la gestión de eventos adversos.
- Dar feedback e informar a pacientes.
- Sin obviar elementos disciplinarios en eventos graves, se contará con un enfoque a SISTEMA.

4. ENFOQUE AL SISTEMA

«Si un evento adverso ha implicado factores humanos, necesitamos considerar no solo qué acciones de remedio se necesitan para mejorar la seguridad con la que realiza su cometido el profesional de la sanidad, sino también qué debilidades existieron en las situaciones y estructuras de la organización. Estas debilidades habrán jugado parte del papel al permitir que el evento adverso ocurriese».

(«An Introduction to Human Error Theory», RCA ToolKit NPSA).

(Culpa individual → culpa en sistema en que trabaja) la mayoría de eventos adversos no tienen causa intencional maliciosa.

4 COMPONENTES DE LOS EVENTOS ADVERSOS en SP:

- **FACTORES CAUSALES**
 - **FALLOS ACTIVOS:** Acciones/Omisiones (actos inseguros) de personal en contacto directo con Paciente.
 - **CONDICIONES LATENTES EN EL SISTEMA:**
 - Planificación no realista de turnos.
 - Diseño no seguro/compatible.
 - Procedimiento no robusto.
 - Vías de comunicación atascadas.
 - **VIOLACIÓN DE PROCEDIMIENTOS.**

- FACTORES CONTRIBUYENTES:
 - del paciente, individuo, tarea, comunicación, equipo...
 - Factores sociales: formación, equipos/recursos...
 - Condiciones de trabajo y factores de entorno.
- FACTORES TEMPORALES: Cuando Factor Causal produce Evento Adverso
- CONSECUENCIAS: Impacto del EA.
- FACTORES MITIGADORES: que han reducido o mitigado el impacto (por acción u omisión)

Ver tabla de Factores Contribuyentes.

IDT: Herramienta web para gestores y organizaciones que trabajan con el personal involucrado en EA. Ayuda a identificar si la acción de los individuos fue ligada a:

- Fallos del Sistema.
- A propósito:
 - Acto inseguro
 - Temerario
 - Criminal

Está basado en ¿Por qué? Más que a ¿Quién?

Para ampliar información consultar

www.npsa.nhs.uk/health/resources/incident_decision_tree



PASO 2: LIDERAZGO DEL EQUIPO DE PERSONAS



1. ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE EL LIDERAZGO?

El tránsito desde:

- FALTA DE LIDERAZGO
- POBRE TRABAJO EN EQUIPO

hasta:

- POLÍTICAS CLARAS
- MOTIVACIÓN
- ENTORNO ABIERTO
 - a cambios
 - escucha
 - comunicación
 - a aprender
 - a mejora continua
- INVOLUCRACIÓN
- COMPROMISO VISIBLE DE LOS LÍDERES (basado en ejemplo)

es CRÍTICO para que SP sea efectivo

2. EL PAPEL DEL LÍDER

PASO 1: Fomentar una cultura abierta y justa:

- Realizar encuesta de SP
- Asegurar el uso de IDT en eventos adversos

PASO 2: Liderazgo de su equipo

- Designar responsable ejecutivo de SP dentro de la dirección de la organización.

- Designar responsable operacional y responsables SP en cada área.
- Mantener contactos directos.
- Reuniones de seguimiento.
- Incorporar SP a la formación del personal nuevo y del actual. Formación especializada a responsables y especialistas.

PASO 3: Integrar la gestión de riesgos con la gestión global de la organización

- Desarrollar indicadores (n.º errores medicación, transfusión, ...), objetivos, seguimiento e implementación de planes de mejora.

PASO 4: Promover la comunicación de eventos adversos

- Ligar el sistema local de la organización con el sistema global.
- Generar informes de SP para el personal y la dirección.

PASO 5: Involucrar y comunicar a pacientes y familiares

- Obtener de la dirección su claro respaldo a la política de apertura a pacientes / familiares tras EA.

PASO 6: Aprender de los errores y enseñar a aprender al personal de cómo y por qué los EA suceden

- Formación básica en Análisis de Causa Raíz (ACR) a todo el personal, y avanzada a responsables de SP.
- Revisar y participar de al menos un ACR al año.

PASO 7: Implementar soluciones que reduzcan el riesgo mediante cambios en prácticas, proceso o sistema

- Revisar las prácticas vigentes en relación a las alertas de SP que se reciben.
- Mantener contacto con otras organizaciones y líderes que hayan implementado soluciones.

3. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PASO 2: LIDERAZGO DE SU EQUIPO DE PERSONAS

Designar un LÍDER OPERACIONAL dedicado a SP responsable de:

- Formación en SP del personal
- Implementar las herramientas de SP

PERFIL: experiencia en la organización, autoridad para decidir y asegurar recursos, experto en gestión de riesgos. Ser valorado y respetado en la organización, formador, dependencia directa del director ejecutivo.

NOTA: Para ampliar información sobre este aspecto consultar: «GESTIÓN DE RIESGOS Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. TUTORIAL Y HERRAMIENTAS DE APOYO». Aplicación Interactiva en formato CD-ROM (Agencia de la Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo).

Designar un MIEMBRO DE LA DIRECCIÓN con RESPONSABILIDAD COMPARTIDA EN CLÍNICA Y SP:

Asegurar compromiso de la dirección, políticas, herramientas, recursos y cultura abierta y trabajo en equipo.

Designar LÍDERES EN SP en cada unidad (para visualizar que SP no es cosa del líder de SP):

FUNCIONES:

- Sensibilizar SP como prioridad, no carga extra.
- Estar formado en gestión de riesgos, cultura de seguridad, factores humanos y de sistema.
- Disponer de recursos y tener autoridad en su unidad en cuanto a SP.
- Entender de riesgos de su unidad y como se relacionan con los de la organización.
- Desplegar en su área la gestión de riesgos, mejora continua y gestión de cambios.
- Fomentar un entorno abierto y de comunicación.
- Proveer de formación en SP y sus herramientas.
- Seguimiento de indicadores SP en su unidad y reunión con líderes de SP de otras unidades para medir avances y logros.

MANTENER «CONTACTOS DIRECTOS»: Visitas a diferentes áreas de la organización para discutir asuntos clínicos y de SP con el personal (Ej.: tipo de EA ocurridos y acciones para prevenirlos):

Es difícil disponer de tiempo para ello, pero estudios y experiencias muestran su papel crítico para el desarrollo de una cultura de seguridad

BENEFICIOS:

- Sensibilizar en SP.
- Evidenciar COMPROMISOS de la dirección en SP.
- Promover un entorno abierto y de comunicación. Facilitar las propuestas de mejora.

REUNIONES para compartir información de RIESGOS POTENCIALES de SP (ej: al comienzo del turno).

CARACTERÍSTICAS: enfoque claro a SP, brevedad, entorno abierto, agenda concisa, pueden ser 1 vez en semana.

AGENDA:

- Identificar riesgos potenciales (casos complejos, nuevos equipos...).
- Identificar oportunidades de mejora.
- Revisar/actualizar temas abiertos de reuniones previas. Resumir riesgos y propuestas.
- Día/hora próxima reunión.

4. ANEXOS

LISTADO DE FUNCIONES / RESPONSABILIDADES DE LOS LÍDERES DE SP

ENCUESTA DE CRITERIOS DE MEJORA DEL TRABAJO EN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

- Motivada por la evidencia de que «los equipos que trabajan bien juntos crean un entorno seguro».
- Traducir literal y ponerlo como documento vinculado

- El Sist Nacional de Salud (NHS) dispone de un video de 20 mn de sensibilización en SP
- NHS ofrece servicios de formación en SP en distintas localidades y fechas para diferentes niveles
- NHS-NPSA ofrece la herramienta de formación ON-LINE de introducción a SP
- NPSA trabaja activamente para introducir SP en titulaciones y post-grado.



PASO 3: INTEGRAR LAS TAREAS DE GESTIÓN DE RIESGOS



Situación:

- La Sanidad conlleva riesgos
- INNOVACIÓN y cambios conllevan riesgos
- La mayoría de los incidentes presentan patrones sistemáticos/ recurrentes
- Identificación → valoración / cuantificación + aprendizaje + buena gestión de riesgos → Mejor sanidad y seguridad del paciente.

Objetivo PASO 3: «Cómo las organizaciones pueden incorporar la Gestión de Riesgos a su Sistema de Gestión, incluyendo las herramientas de Gestión de Riesgos».

1. TIPOS DE RIESGOS

- Clínicos (ligados a pacientes directamente)
- No Clínicos:
 - Tecnológicos
 - Administrativos
 - Seguridad
 - Finanzas
 - RRHH
 - MA

Todos pueden afectar potencialmente a paciente.

Visión NO FRAGMENTADA e integrable en el SISTEMA

Alineada con OBJETIVOS

2. QUÉ ES GESTIÓN INTEGRADA DE RIESGOS

- ID + baremación / valoración + análisis + gestión de TODO tipo de riesgo en todos los niveles de la organización

- Facilita prioridades y toma de decisiones que optimicen
 - Riesgos
 - Costes
 - Beneficios

- Incluye:
 - Todo tipo de riesgos
 - Integrar riesgos en Sistema de Gestión Clínica y en Modernizaciones / nuevas Tecnologías, etc.
 - Información Reactiva y Proactiva
 - Todos los niveles
 - Procedimientos consistentes de formación, valoración e investigación de riesgos.
 - Herramientas de Gestión de Riesgos y Registro de Riesgos.
 - CONTROLES y su seguimiento
 - Integrar Riesgos en Planificación estratégica

- Beneficios:
 - Reducción o mitigación de Riesgos
 - Permite innovar optimizando el triangulo
 - Riesgo
 - Resultado
 - Coste
 - Consolida la toma de decisiones
 - Mejorando la información, mejora la seguridad del paciente
 - Lecciones de un área se pueden extender a otras
 - Consistencia en Identificación - análisis - investigación de todo riesgo.
ACR se usa para:
 - Incidencias
 - Quejas
 - Reclamaciones

- Apoya gestión hospitalaria y mejora calidad (Standard o referencia)
 - Permite planificar en entorno incierto y prever impactos de eventualidades
 - Mejora en confianza de público y pacientes
- Precisa de:
- Equilibrio Riesgo - Beneficio
 - Extender las buenas prácticas que se detecten
 - Liderazgo y motivación del personal
 - Entorno de mejora continua
 - Ajustes en:
 - ESTRUCTURA:
 - * Integrada en la existente e incorporada a objetivos, focos, directiva, día a día
 - * Existencia de comité, definiciones, responsables, reuniones, vías de comunicación.
 - * Comité Directivo para Riesgos (ejecutivo y no-ejecutivo) + Comisión Operativa local Multidisciplinar
 - PERSONAL: Comité directivo + Responsable de Gestión de Riesgos / SP + Líder de SP en cada área + Equipo de Expertos en cada tipo de Riesgo
 - * Responsabilidad
 - * Promoción de cultura abierta y justa
 - * Facilita medios para Identificación y valoración de riesgos (formación)
 - * Facilita herramientas e información
 - * Generalizan riesgos ya afrontados y riesgos multidepartamentales.
 - * Informe trimestral a dirección
 - ANÁLISIS / VALORACIÓN DE RIESGOS
 - Identificación + acciones para su reducción
 - «El proceso de análisis y valoración ayuda a la organización a entender los riesgos que afrontan (internos y externos), su

capacidad de controlarlos, su probabilidad de ocurrencia e impacto».

Beneficios:

- * Da una buena perspectiva de nuestras capacidades de gestión de riesgos
- * Promueve una cultura abierta y justa
- * Planifica y establece PROCESOS
- * Mejora las practicas para hacerlas mas seguras y consistentes
- * Permite alcanzar objetivos estratégicos
- * Asegura que las LECCIONES son compartidas entre organizaciones

Condiciones de contorno:

- * Deben involucrar a las personas para las que el riesgo es relevante
- * Deben involucrar a todas las partes concernientes, incluidos los pacientes
- * Debe clasificarse y consensuarse el NIVEL de riesgo permisible:
 - bajo si paciente afectado
 - alto si tenemos buen control

3. HERRAMIENTAS DE ANÁLISIS / VALORACIÓN DE RIESGOS

(provenientes de otros ámbitos de industria de alto riesgo y con historia exitosa en su utilización)

- Análisis de probabilidades de cada riesgo.
- Matriz de riesgos
- Análisis de Modo de Fallos y sus Efectos (AMFE)

<p>NOTA: Para ampliar información sobre este aspecto consultar: «GESTIÓN DE RIESGOS Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. TUTORIAL Y HERRAMIENTAS DE APOYO». Aplicación Interactiva en formato CD-ROM (Agencia de la Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo.</p>
--



PASO 4: PROMOVER QUE SE INFORME



1. PROMOVER QUE SE INFORME

1.1. Motivación para hacerlo:

- Asegurar que se APRENDE DE LAS LECCIONES y se actúa PROACTIVAMENTE para PREVENIR Y MEJORAR.
- Disponer a nivel nacional de una FUENTE de base para ANÁLISIS Y RECOMENDACIONES.
- Las lecciones aprendidas localmente ROBUSTECEN a nivel nacional.
- Incluye aprendizaje, tanto de eventos que han producido daños como de los que no.

1.2. Precisa de:

- La confianza en informar sobre EA y de un entorno y cultura de apertura.
- Una cultura en la que el informar se potencie y agradezca y que no culpe al individuo por hacerlo.
- Conocer QUÉ y CÓMO INFORMAR, y poder hacerlo de forma CLARA y SENCILLA.

1.3. Beneficios:

- Los recursos se podrán usar de forma más eficaz para mejorar SP.
- Ayudará a una mejor respuesta, análisis y contacto temprano con el paciente.
- Servirá para prepararse proactivamente para QUEJAS / DEMANDAS, e incluso informar a paciente puede inducir menor probabilidad de quejas / demandas.
- Reducción de costes (ligada a una reducción de las EA's).

1.4. Barreras:

- Sensación de fallo: los altos niveles de desempeño pueden dificultar el admitir que algo no fue según se esperaba
- Miedo a ser culpado, a poder decir algo que pueda ser usado en su contra, a pasar culpas a otros, ...
- Que se pueda usar fuera de contexto, incorrectamente o sin tener en cuenta factores
- Miedo a riesgos médico-legales
- No se ve el beneficio de informar: no se reconoce, no se ven resultados, interminable, burocrático, ...
- Falta de recursos: personales, tiempo, dedicación, ...
- «No es cosa mía»: es la responsabilidad de alguien
- No está claro QUÉ, CÓMO Y CUANDO informar

2. EJEMPLO: EL SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN Y APRENDIZAJE (NRLS) EN EL REINO UNIDO (NPSA)

2.1. ¿Qué es?:

- Una herramienta para promover el APRENDIZAJE de las EA's, que recibe informes de organizaciones, personal, contratistas y pacientes acerca de SP.
- Una BASE de DATOS confidencial y anónima para AGRUPAR, ANALIZAR, ENTENDER Y PRIORIZAR en base a frecuencias, tendencias, patrones y factores contribuyentes.

2.2. ¿Cómo informar al NRLS?:

- Vía Sistema Local de Gestión de Riesgos de cada organización ligada al NRLS.
- Vía formulario electrónico (e_form). Tiene la opción de compartir o no compartir la información con la organización local.

2.3. Beneficios de informar al NRLS para las organizaciones y su personal:

- Contribución a construir un diagnóstico de situación a nivel nacional
- Posibilidad de comparar (Benchmark) los indicadores de su organización y priorizar acciones
- Dar mayor relevancia al sistema local de gestión de riesgos, al ligarse al nacional
- Información de Análisis de Causa Raíz (ACR) y acciones tomadas en eventos adversos similares
- Mejorar la confianza de pacientes y público
- Servir de referencia o acreditación de la organización al formar parte de NRLS

2.4. Aspectos clave del diseño de NRLS:

2.4.1. Conjunto de datos recogidos

- Sencillo, que no consume demasiado tiempo
- Relevante para SP
- Sólo datos acerca del paciente, no de visitas
- Información tanto de individuos como de grupos
- Sólo DATOS (en vez de opinión), salvo opiniones sobre factores causales
- NO INFORMACIÓN IDENTIFICATIVA DE PACIENTE O PERSONAL
- No fecha nacimiento, sólo edad
- Conjunto de categorías para codificar y agregar los EA's
- *Conjunto de campos básicos del NRLS establecido*

2.4.2. Confidencialidad y datos anónimos

- No se almacenarán NOMBRES de pacientes o PERSONAL SANITARIO

- Se da la posibilidad de registrar la identidad de la organización y así poder dar feedback
- El formulario electrónico también dará opción de identificar la organización o no hacerlo
- Los beneficios de disponer del dato de la *organización* de origen son:
 - Mejor conocimiento del contexto, tipo, tamaño, ...
 - Poder alimentar a la organización vía LRMS
 - Posibilidad de solicitar un ACR
 - Agrupar por organismos similares durante el análisis y sus soluciones
- Los resultados que se hagan públicos serán agregados para proteger identidades individuales

2.4.3. *Retroalimentación aprendizaje, información compartida*

- Reconocimiento instantáneo tras recibir un informe
- Devolución instantánea (vía web) de lecciones aprendidas y soluciones relevantes a casos parecidos
- Envío de tendencias, asuntos y soluciones que se van generando
- Envío de datos de frecuencias y severidad de los diferentes EA

2.5. ¿Por qué es el NRLS importante para los sistemas de información locales?

- Existe un alto grado de variabilidad en estudios de informes, prácticas de gestión de riesgos (incluso dentro de una misma organización)
- Diferentes grados de madurez en la cultura de realizar informes ante EA's
- Falta de integración de SP con reclamaciones, aspectos sanitarios, ...
- Falta de claridad en QUÉ y CÓMO informar sobre EA's

- No requiere duplicar el esfuerzo de informar al sistema local (se nutre de él)
- Permite enviar ciertos informes a la Agencia del Medicamento (medicinas, reacciones adversas, ...)

3. ¿QUÉ DEBEN HACER LAS ORGANIZACIONES PARA PROMOVER UNA CULTURA QUE VALORE INFORMAR ANTE EA'S?

3.1. Definiciones claras y estandarizadas

Ver Tabla de terminología recomendada por NPSA.

Nota: El término cuasi-error que surgió a mediados de los 90 no es recomendada y se prefiere la utilización de «evento adverso prevenido» o «error prevenido».

Ver Tabla de ejemplos de EA's según su gravedad.

Ver Tabla de ejemplos de categorías de EA's a remitir a NRLS.

3.2. Clasificar los Eventos Adversos (EA) de acuerdo con el impacto

- Permite consistencia y hacer comparativa de datos
- No es campo obligatorio del NRLS:
 - al ser dependiente de la persona que realiza el informe
 - es difícil conocer su probabilidad de ocurrir de nuevo (ésta se obtendría tras el estudio agregado de los datos)
 - Los impactos de la confianza del público son difíciles de cuantificar
 - El daño no es sólo físico, sino también psicológico.

Ver Tabla de términos y definiciones para clasificar EA's por su impacto.

3.3. Desarrollar el plan de implementación del NRLS en cada organización

3.3.1. Elementos clave

- El personal necesita saber qué es NRLS y qué se pide de ellos
- Planificación local de qué tipo de informe y cómo se remite a NRLS
- Instalación y conexión al sistema nacional del NRLS (Para sistema de información no compatible con NRLS se decidirá si desarrollarlo internamente o adquirirlo)
 - Designar líder local
 - Trabajo conjunto líder local-NPSA local
 - Decidir informe vía: Sistema local o e_form
 - Implementación
 - Formación en ACR

3.3.2. Soporte de NPSA durante la implementación

- Contacto permanente
- Revisión y visto bueno del plan de implementación
- Coordinación de pruebas de validación de la transferencia de datos
- Apoyo durante la instalación (telefónico, foro web, guía de referencia, listado de personas y plazos, ...)
- Facilitar el conjunto de formularios necesarios para aquéllos sistemas de informes sin papel (electrónico)
- Certificación final de conectividad con NRLS



PASO 5: INVOLUCRAR Y COMUNICARSE CON PACIENTES Y PÚBLICO

.....

1. MOTIVACIÓN: Involucrar a los pacientes en los diferentes aspectos de la sanidad puede MEJORAR la SEGURIDAD y el servicio prestado mediante:

- Identificación precoz de riesgos y problemas por parte de los pacientes
- Aportación de ideas y preocupaciones que puedan suponer mejoras
- Las soluciones serán más viables y realistas con su participación

2. INVOLUCRAR A LOS PACIENTES Y AL PÚBLICO EN EL DESARROLLO DE SERVICIOS MÁS SEGUROS

- Los pacientes son «expertos» en su estado y pueden ayudar a identificar riesgos y soluciones a problemas de SP
- Ejemplos de formas de INVOLUCRAR
 - Reuniones, foros mixtos (profesionales de la sanidad y pacientes) para asignar PRIORIDAD a asuntos de SP
 - Recoger aportaciones de representantes de pacientes para diseñar el sistema de información de eventos adversos y cómo aprender de éstos
 - Participación de pacientes en diseño de soluciones y productos, y en sus distintas fases de implantación
 - Las organizaciones deben, además, proveer de un sistema formal de recoger «la voz del paciente».

3. INVOLUCRAR A LOS PACIENTES EN SU PROPIO CUIDADO Y TRATAMIENTO

- Amplia evidencia de que los pacientes DESEAN involucrarse en:
 - Alcanzar una buena diagnosis.
 - Decidir el tratamiento apropiado.

- Hablar de posibles riesgos.
- Asegurar la correcta ADMINISTRACIÓN y SEGUIMIENTO del TRATAMIENTO.

— EJEMPLOS:

1. Reino Unido (NPSA): Pregunte Vd. por su medicación

- MOTIVO:
 - 50% de los pacientes no toman la medicación según prescripción
 - Sólo 1/3 dice saber suficiente sobre efectos secundarios

A los pacientes se les reparte una vez al año una tarjeta con una serie de preguntas:

 - ¿Qué hace este medicamento?
 - ¿Cuánto tiempo necesito usarlo?
 - ¿Cuándo y cómo debo tomarlo?
 - ¿Qué debo evitar: otros medicamentos, bebidas, actividades...?
 - Riesgos y efectos secundarios
- CONSEJOS PRÁCTICOS (en el reverso de la tarjeta que se reparte)
 - Compartir sus inquietudes acerca de la medicación prescrita. Pregunte por otras opciones.
 - Dígame al profesional qué otros medicamentos está tomando.
 - Dígame si piensa que la medicación no le está funcionando bien o presenta efectos secundarios.
 - Pregunte cómo tomar la medicación y durante cuánto tiempo.
 - Pregunte si necesita ayuda para obtener su medicación.

2. EE.UU. (JCAHO): «HABLE CLARO» (Speak Up)

- S (Speak Up): Hable claro de sus inquietudes y lo que no entienda, sin vergüenza, sin miedo. AVISE si ve errores o algo no parece correcto
- P (Pay Attention): Preste atención y asegúrese de recibir el tratamiento correcto. Debe tener claro su tratamiento correcto (vuelva a preguntar), sus riesgos, quién le tratará, ...
- E (Educate): Comprenda su diagnóstico:
 - ¿Cómo me afecta? / ¿Cómo se trata? / ¿Cómo debo responder?
 - Escriba los datos importantes y lea los formularios
 - Consiga los resultados de pruebas (no suponga que la ausencia de noticias es una buena noticia)
 - Aprenda a usar los aparatos que su tratamiento requiera
- A (Ask): Pida a un familiar o amigo que le ayude a:
 - Preguntar en momentos de stress
 - Recordar las respuestas
 - Asegurarse de que entienden sus opiniones
- K (Know): Conozca su medicación
 - ¿Para qué es?
 - Efectos secundarios
 - ¿Esté recibiendo la medicación que le corresponde? (No errores)
 - Goteros demasiado rápidos o lentos
 - Alergias, interacciones, ...
 - Diagnóstico y recetas LEGIBLES (para Vd. y para su farmacia)
- U (Understand): Conozca la calidad del servicio de su centro: tiempo de espera, operaciones canceladas, ...

- P (Participate): Participe de las decisiones que afectan a su tratamiento
 - ¿Quién le tratará?
 - ¿Cuánto puede durar?
 - Hable con otras personas que hayan pasado procedimientos similares

4. PROMOVER UN DIÁLOGO ABIERTO Y BIDIRECCIONAL ENTRE PROFESIONALES DE SANIDAD Y PACIENTES ANTE EVENTOS ADVERSOS

Motivo

- Ayudar al paciente a sobrellevar los efectos
- Puede prevenir el que los eventos adversos se conviertan en quejas y litigios

Tres elementos de esta apertura

- Dar explicaciones y reconocer el daño causado
- Iniciar la investigación tras el evento adverso
- Dar apoyo físico y psicológico para afrontar las consecuencias

¿Cómo conseguirlo en cada organización?

- DESARROLLAR UNA POLÍTICA DE APERTURA
 - QUE INCLUYA:
 - Cómo tratar la información
 - * Privacidad / Confidencialidad
 - * Protección datos / derecho a información
 - Descripción del proceso: detección, informe, respuesta, solución
 - Definir responsabilidades e identificar un PORTAVOZ interno y externo

- Apoyo en los primeros contactos con pacientes y familia tras el evento adverso
- Apoyo y seguimiento del paciente y personal involucrado
- EJEMPLO: 10 PUNTOS CLAVE DE UNA POLÍTICA DE APERTURA (Reino Unido NPSA)
 1. Reconocer los eventos adversos tan pronto se identifiquen y tratarlos con seriedad y comprensión
 2. Información veraz y abierta por parte del portavoz nominado
 3. Reconocer y comprender el daño causado
 4. Reconocer que el paciente tiene derecho a ser informado y tratado con respeto y consideración tras el EA
 5. Promover que el personal informe de EA y dar apoyo a los involucrados (personal, legal, ...)
 6. Buscar la causa raíz del EA y enfocarse en la mejora del sistema
 7. Extender la política de apertura a TODA la organización y todos los colectivos profesionales y de gestión.
 8. Gestión clínica que asegure: Investigación de EA, implementación de cambios y evaluación de su eficacia. Entorno de aprendizaje continuo de las experiencias de SP
 9. Asegurar privacidad y confidencialidad
 10. Continuar el cuidado del paciente con respeto y comprensión. Si lo prefiere derivarlo a otro equipo
- CONTACTAR CON EL PACIENTE DURANTE EL ANÁLISIS DEL EA

Este contacto:

- Depende del nivel de gravedad del EA:
 - No daño → No contacto
 - Daño bajo → Discusión abierta personal-paciente
 - Daño medio-alto → Plan y proceso predefinido

- Debe hacerlo la persona correcta, con las habilidades necesarias y en forma correcta. Y más de una vez, si es preciso.
 - Incluye: naturaleza del EA, tipo de análisis, avances, preguntar al paciente por los hechos que condujeron al EA, resultados, informes y planes preventivos.
- DESIGNAR LA PERSONA QUE INFORMARÁ A PACIENTE Y FAMILIA
- PERFIL: Senior (credibilidad interna y paciente), habilidad interpersonal, conocedor de los hechos relevantes, capaz de ofrecer disculpas y apoyo posterior.
- PROPORCIONAR FORMACIÓN Y APOYO AL PERSONAL EN HABILIDADES DE COMUNICACIÓN (es clave al afrontar EA's).
- PROPORCIONAR APOYO A LOS PACIENTES: explicaciones, contactos, información de apoyos de todo tipo.

PASO 6: APRENDER Y COMPARTIR LECCIONES DE SEGURIDAD (RCA)

.....

1. MOTIVACIÓN

Eficacia implica → Reportar + analizar causas originadas + aprender para prevenir

Las causas van mas allá del individuo

- Causas subyacentes
- Contexto en que ocurrió el incidente

ACR herramienta cronológica

- Qué ocurrió
- Cómo y por qué ocurrió
- Qué reportar, qué datos incluir, cuándo reportar...
- Cómo analizar y llegar a acciones en base a la información

Explicación usual de evento adverso

- Negligencia, incompetencia, falta de cuidado...
- Mala suerte...

Experiencia en otros sectores críticos para riesgos (alta tecnología, aviación, ...)

- Causa raíz
 - Mezcla de factores interdependientes variados
 - Sistema en el cual la posibilidad humana de error no se refuerza o controla adecuadamente

2. ACR

2.1. ¿Qué es?

- ✓ Herramienta para una investigación sistemática (más allá del individuo) de causas subyacentes y contexto o ambiente en que se produce el evento adverso.

- ✓ Está diseñada para identificar la secuencia de eventos partiendo del adverso y estudiando el incidente desde puntos de vista variados (incl. Paciente).
- ✓ Beneficios DE ACR:
 - Estructurado y sistemático
 - Centrado en Sistema/Contexto, no en culpa individuo
 - Mejora la cultura de seguridad del paciente
 - Involucra a los pacientes
 - Demuestra los beneficios de reportar => recomendaciones y cambios como resultado de la identificación de la(s) causa(s) raíz del incidente

2.2. Participantes

Designados por los gestores:

- Variedad de grupos y funciones
- Con antigüedad y experiencia
- Ayudados por expertos
- Con conocimiento de RCA
- Incluirán la percepción del Paciente.

2.3. Fases del ACR

1. IDENTIFICAR QUÉ EVENTOS DEBEN SER INVESTIGADOS (y cuáles no)
 - Nivel de afectación a pacientes
 - Potencial para aprender
 - La complejidad del análisis debe ser proporcional a la complejidad del evento
 - La profundidad del análisis debe ser proporcional a la profundidad del evento
 - La organización debe tener STD de actuación / definición de: No impacto / bajo / moderado / severo / muerte y su nivel de investigación

- *Debe* hacerse ACR en: muerte, lesión permanente, pérdida funcional o parte del cuerpo.
- *Puede* hacerse ACR en: necesidad de operar, transferencia a UCI, posible lección para prevenir, implicación externa (demanda)

Ver Tabla de NIVEL DE INVESTIGACIÓN PARA DIFERENTES GRADOS DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

2. RECABAR INFORMACIÓN

- TIPOS DE DATOS: informes y hojas de seguimiento clínico, resultados, políticas o procedimientos vigentes, informes de eventos adversos, lista de personal involucrado e informes.
- ENTREVISTAS: ¿Qué y por qué ocurrió?
 - a. Las preguntas son típicamente abiertas y pueden incluir variaciones de las siguientes:
 - ¿Qué cree que ocurrió?
 - ¿En qué se basó para tomar su decisión?
 - ¿Cuál era su objetivo en ese momento?
 - ¿Qué ocurrió entonces?

O puede solicitar información

 - Explique los pasos principales por los que pasó usted.
 - Describa lo que ocurrió
 - b. Paciente y cuidador:
 - Informar de eventos
 - Informar de inicio ACR
 - Pedir percepción y cronología
 - Actualizar
 - Informe final
 - Informe mejoras implementadas

- HISTORIAL DEL PACIENTE
- EQUIPO
- VISITAS AL LUGAR:
 - Cond. Ambiente/contexto.
 - Acompañado de experto local para que las condiciones sean las del evento adverso.
 - Fotos, reconstrucciones del evento adverso (no culpabilizar).

3. SECUENCIA CRONOLÓGICA DE HECHOS

- Reconstrucción de eventos que condujeron al evento adverso
- Impacto positivo en el grupo: ACR incluirá (en general) al grupo involucrado en el evento adverso para abordarlo juntos en vez de cómo suma de individuos y sus visiones
- Reunión de REVISIÓN MULTIDISCIPLINAR
 - a. Para todo el personal involucrado
 - b. Todos contribuyen a cronología y factores causales
 - c. Precisa aportaciones completas y honestas => FACILITADOR (debe enfocarse como herramienta para aprender y mejorar)
 - d. Buena gestión de tiempo, agenda, conclusiones, y herramientas:
 - Línea temporal
 - Identifica errores
 - Identifica problemas en proceso
 - Tabla actividad persona-tiempo

NOTA: Para ampliar información sobre este aspecto consultar: «GESTIÓN DE RIESGOS Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. TUTORIAL Y HERRAMIENTAS DE APOYO». Aplicación Interactiva en formato CD-ROM (Agencia de la Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo.

4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

- Identificación de causas y lecciones a aprender
- Considerar las circunstancias presentes cuando el individuo se enfrentó a la situación (no las actuales)

4.1. Herramientas

- BRAINSTORMING Muchas ideas en poco tiempo
 - Las que quiera cada participante
 - O turnos por participanteVale para identificar
 - Causas de EA
 - Soluciones posibles a esas causas
- BRAINWRITING: Igual, pero escrito y anónimo (previene presiones y facilita ideas elaboradas)
- GRUPO NOMINAL: Prioritizar o decidir sobre qué enfocarse. Es continuación del Brainstorming. El grupo no interacciona, solo vota. Ideal para controversias y temas sensibles.
- 5 QUÉS: Se pregunta ¿por qué? en cascada → Profundidad al ACR, Causas básicas más allá de lo inmediato.
- DIAGRAMA ESPINA DE PEZ o DIAGRAMA DE CAUSA-EFECTO: Para representar la información de factores contribuyentes. Las espinas principales son grupos o ámbitos.

Ver ANEXO 1: *Tabla de FACTORES CONTRIBUYENTES.*

NOTA: Para ampliar información sobre este aspecto consultar: «GESTIÓN DE RIESGOS Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. TUTORIAL Y HERRAMIENTAS DE APOYO». Aplicación Interactiva en formato CD-ROM (Agencia de la Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo).

5. ANÁLISIS DE BARRERAS

- Protecciones que han fallado para que se haya producido un evento adverso
- Barreras que deberían haber estado para prevenir el evento adverso

- Objetivo: ¿Por qué han fallado?
- Identificar qué barreras podrían usarse para prevenir y que no vuelva a ocurrir esto

5.1. Tipos

- FÍSICOS: Código de barras, puertas de acceso con código, programas que no permitan campo vacío, doble llave para drogas...
- NATURALES: Distancia, tiempo, ubicación, repetir chequeo en tiempo, repetir chequeo otra persona
- ACCIONES HUMANAS:
 - Probar temperatura baño previo al paciente
 - Confirmar Identidad del paciente con otra persona o con el paciente o cuidador
 - Marcar el punto a operar
- ADMINISTRATIVAS: Protocolos y procedimientos, listas, avisos
«Las barreras más fiables son las de tipo físico y natural (no son dependientes de la memoria o del seguimiento de procedimientos)».

NOTA: Para ampliar información sobre este aspecto consultar: «GESTIÓN DE RIESGOS Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. TUTORIAL Y HERRAMIENTAS DE APOYO». Aplicación Interactiva en formato CD-ROM (Agencia de la Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo).

6. DESARROLLO DE SOLUCIONES Y PLAN DE IMPLEMENTACIÓN (ver Paso 7)

7. REDACTAR INFORME Y COMPARTIR LECCIONES

- Escribir sencillo y que se entienda
- Para: paciente, organismo, autoridad sanitaria, Ministerio, medios, público...
- Guías:
 - Sumario inicial (evento adverso, consecuencias, tipo investigación, hallazgos y recomendaciones)

- Índice, título, paginado, versión, nombre de archivo
- No nombres, sólo títulos
- ACR
- Recomendaciones y conclusiones + documentación anexa

APOYO QUE PROPORCIONA EN REINO UNIDO LA AGENCIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (NPSA)

- Formación en ACR para todas las organizaciones de Sanidad en el Reino Unido.
- Formación especializada a líderes de SP y acreditación como formadores.
- Formación en cursos de un día para todo el personal de sistema sanitario.
- Cursos de ACR on line en www.npsa.nhs.uk/rca.

PASO 7: IMPLEMENTAR SOLUCIONES PARA PREVENIR DAÑOS

.....

1. OBJETIVOS:

- Trasladar las lecciones y cambios e incorporarlos a nuestros procesos y sistemas (la forma en que trabajamos)
- Asegurar soluciones: Realistas, Sostenibles y efectivas en costes.
- Introducción controlada: evaluación de riesgos.

2. APRENDIZAJE ACTIVO: A menudo el aprendizaje se detiene en la fase de implementación.

- Aprendizaje PASIVO: Lecciones IDENTIFICADAS → NO PUESTA EN PRÁCTICA
- Aprendizaje ACTIVO: Lecciones IDENTIFICADAS son EMBEBIDAS en la CULTURA y PRÁCTICA de la organización (enfoque a sistemas Paso 3)
- Problemas posibles: «Esto no tiene que ver con nosotros». «Estas cosas sólo ocurren una única vez».

3. PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN

3.1. Claves:

- Definir / establecer OBJETIVOS REALISTA Y RETADORES: estimular CAMBIOS e INNOVACIÓN para mejorar SP.
- Potenciar ENTORNO DE APRENDIZAJE Y MEJORA CONTINUA: Identificar áreas de mejora, balance riesgo / oportunidad...
- Compartir buenas prácticas y convertirlas en base de futuros servicios, diseños, sistemas...

3.2. Procedimientos para asegurar que las lecciones aprendidas operan cambios en cultura y prácticas

3.2.1. *Identificar cambios necesarios:* EA's + Riesgos potenciales + Áreas débiles (quejas, litigios...) → Gestión Integrada de Riesgos → SP basado en EVIDENCIAS

3.2.2. *Cambios sencillos:* Se extienden más rápido. CONCENTRARSE EN 3 ó 4 cambios (de los 30 totales) que pueden implementarse de forma eficaz

3.2.3. *Diseñar un plan de acción* que incluya el

— REDISEÑO DE SISTEMAS Y PROCESOS

— ADAPTACIÓN DE FORMACIÓN Y PRÁCTICAS

Ej.: Automatizaciones, aparatos de inyectar con reconocimiento del fármaco administrado

y medir su impacto en el tiempo («memoria»)

3.2.4. *Demostrar que el cambio marca una diferencia:* Comparar status previo y posterior al cambio, y mostrar que satisface el balance Riesgo / Beneficio y que les ayuda a hacer su trabajo.

3.2.5. *Gestión del cambio:* Compatibilidad del cambio con valores organizativos e individuales y SEGUIMIENTO DE TODA RECOMENDACIÓN

3.2.6. *Demostrar, liderazgo durante el cambio:* Tiempo y dedicación a DESPLEGAR la buena práctica. Dar prioridad a las acciones y asegurar el uso apropiado de los escasos recursos (Posible resistencia / inercia)

3.2.7. *Implicar a personal y pacientes afectados*

— Diseño de nuevas soluciones

— Comunicación de planes y cambios

- CONFIANZA en que merece la pena reportar
- FEEDBACK
- SOSTENIBILIDAD en el tiempo

3.2.8. Algunos comentarios adicionales

- Minimizar la componente «memoria de corto alcance» en el diseño de tareas/procesos
- Evitar FATIGA: Revisar cargas de trabajo
- Más formación no es siempre la solución
- Simplificar tareas, procesos, procedimientos, equipos...
- Estandarizar procesos y equipos relevantes

NOTA: Para ampliar información sobre este aspecto consultar: «GESTIÓN DE RIESGOS Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. TUTORIAL Y HERRAMIENTAS DE APOYO». Aplicación Interactiva en formato CD-ROM (Agencia de la Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo.

4. SOPORTE ADMINISTRACIÓN (NPSA) SANITARIA DE CALIDAD Y SP

- Investigación de patrones de errores y publicitación de áreas críticas y objetivos / medios / formación
- Aprender de otras instituciones / países y formar alianzas con organismos
- Priorizar las soluciones: Graves y menos graves / recurrentes
- Aprender de las investigaciones

5. EJEMPLOS DE SOLUCIONES ABORDADAS POR NPSA

- Determinar prioridades para personas con dificultades de aprendizaje.
- Práctica médica segura para niños.
- Errores de ubicación de operación.
- Paciente correcto <--> Tratamiento correcto (mala ID de paciente o intervención errónea).
- Estandarizar 1.º urgencias.
- Higiene lavado de manos.
- Reducir errores dosis en medicación crítica (envase, diarios, Software farmacia, ...).

- Proyecto «Compra correcta, gestión correcta, uso correcto» para dispositivos de inyección / transfusión.
- Publicación de recomendaciones obtenidas en mejoras consolidadas de SP.
- Promover la implementación de soluciones de éxito a nivel global.
- Alertas en SP.

Condiciones de trabajo: Son todos aquéllos factores que afectan a la capacidad de funcionar en condiciones óptimas en el puesto de trabajo. Ej: Condiciones de calor incómodo, iluminación deficiente, ruido de los equipos, de obras, demasiada gente, ...

Factores organizativos y estratégicos: Son factores bien adquiridos o propios de la organización. Pueden permanecer latentes o no ser reconocidos como importantes debido a otros tipos de presiones como objetivos de actuación externos.

La agrupación de los factores contributivos en un sistema de clasificación es importante por numerosas razones. Primeramente proporciona un marco para el análisis y un nivel de consistencia que de otra forma sería difícil de encontrar. En segundo lugar, el uso de un marco estandarizado proporciona la oportunidad de recoger y agrupar datos dispersos. Estos pueden ser luego analizados tanto a nivel micro como macro, para identificar factores que han de ser tenidos en cuenta para mejorar el trabajo y proporcionar las soluciones previstas para mejorar la seguridad del paciente. Por ej: si un aspecto recurrente en su Sistema de Eventos Adversos en la Seguridad del Paciente es —fracaso en el seguimiento de las guías porque están desfasadas, o fuera de los procesos en las prácticas actuales— como organización debe saber que existe un aspecto de gestión organizacional que necesita ser «arreglado», Dineen 2002. Para cada uno de los factores contributivos identificados será necesario considerar si el aspecto es causante o influyente.

Factores causantes: Un factor influyente es algo que influye en la ocurrencia o en el resultado de un evento adverso. En general el evento adverso debe haber ocurrido en todos los casos, y la eliminación de la influencia puede no prevenir la ocurrencia del evento; pero generalmente mejorará la seguridad del sistema.

Factores causantes: Un factor causante es algo que provoca directamente el evento adverso. La eliminación de estos factores conllevará bien la desaparición del evento adverso o la reducción de posibilidades de ocurrencia en el futuro. Los factores causales suelen estar íntimamente ligados al evento adverso estudiado.

Hay numerosas formas de organizar la información de los factores identificados en este paso del análisis de eventos y existe un documento en el Centro de Recursos que describe el uso de los diagramas de Espina de Pez y representaciones tabulares para ayudar en este proceso.

2. LISTADO DE FUNCIONES / RESPONSABILIDADES DE LOS LÍDERES DE SP

ACCIONES

Introducción



Familiarizarse con las aspiraciones y objetivos del NPSA y quién es el gestor local de la seguridad del paciente de la NPSA



Paso 1. Construir una cultura de seguridad



Asistencia al líder local de riesgos / seguridad del paciente con la valoración del estudio de la cultura de la seguridad en su organización



Familiarizarse con la estrategia de gestión de riesgos de su organización



Asegurarse de que los asuntos de seguridad del paciente son discutidos en su unidad y en la organización



Revisar presupuestos, planes de negocio y el desarrollo de servicios para asegurarse que se tienen en cuenta las cuestiones de seguridad del paciente



Promover una cultura de seguridad abierta y justa, estableciendo un ambiente de confianza y mecanismos sistematizados para abordar los eventos adversos



Promocionar el uso de Árbol de Decisión ante Eventos Adversos (IDT)



Acciones



Asegurarse que artículos y documentos relacionados con Seguridad del Paciente son regularmente distribuidos en toda la organización



Promocionar continuamente el «ámbito» de la Seguridad del Paciente», asegurando que hay recursos suficientes para los casos más urgentes



Paso 2. Liderazgo de equipos de personas

Reuniones con el miembro del equipo directivo con responsabilidad en Seguridad del Paciente, asegurando que la Seguridad del Paciente es abordada a alto nivel



- Incluir la Seguridad del Paciente entre los planes de formación de la plantilla

- Aumente la preocupación por la Seguridad del Paciente, usando los métodos de la NPSA

- Use la herramienta de formación on line proporcionado por NPSA

- Establezca planes de formación para los líderes en Seguridad del Paciente

- Promueva reuniones eficaces en su equipo

- Promueva una ética en la cual los miembros de su equipo sean respetados y se sientan capaces de alertar cuando creen que algo puede ir mal

- Únase a las reuniones informales de la directiva de su área

- Asegúrese de estar al día de las últimas iniciativas en cuanto a Seguridad del Paciente, y participe en redes locales, programas de formación, seminarios o conferencias externos en esta materia

Paso 3. Integrar las tareas de Gestión de Riesgos

- Revise sus estructuras y procesos para asegurarse que integran la seguridad del paciente y de la plantilla, quejas y negligencia clínica, riesgos financieros y riesgo ambiental

Acciones

- Convoque foros locales para discutir aspectos de Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente, y facilitar las conclusiones a los grupos implicados

- Desarrolle indicadores de funcionamiento para su sistema de gestión de riesgos

- Identifique los puntos clave para la Seguridad del Paciente mediante la evaluación¹ de Riesgos

- Evaluar el riesgo individual de cada paciente antes de su tratamiento

.....
¹ Evaluación de Riesgos: es el proceso que ayuda a las organizaciones a entender los riesgos a los que se enfrentan – interna y externamente, su habilidad para controlar esos riesgos, su probabilidad de ocurrencia y sus impactos potenciales. Este proceso requiere una mezcla de habilidad para cuantificar los riesgos y sentido común, evaluación y valoración de los riesgos y beneficios y su ponderación, por ejemplo, frente a los costes.

Evaluar regularmente los riesgos, definiendo la aceptabilidad para cada riesgo y su probabilidad de ocurrencia.
Tomar las medidas necesarias para minimizar cada riesgo

Integrar la evaluación de riesgos de las unidades con el registro de riesgos de la organización

Paso 4. Promover que se informe

Promueva que se informe localmente de los eventos adversos

Promueva que se informe a nivel nacional al NRLS

Asegúrese de que se completa un plan local de implementación, en el que se describa cómo y cuándo su organización comenzará a informar a NPSA

Asegúrese de que se informa a la plantilla de los beneficios de informar

Paso 5. Involucrar y comunicarse con pacientes y públicos

Desarrolle un política de «organización abierta» con los pacientes sobre asuntos de Seguridad del Paciente y asegúrese de que pacientes y cuidadores son informados inmediatamente cuando un evento adverso puede causar daño

Asegúrese de que los pacientes y sus familiares reciben una disculpa inmediata, y son tratados con respeto y cordialidad

Acciones

Disponga medidas de soporte para pacientes y cuidadores involucrados en un evento adverso

Asegúrese de que en las reuniones informales estén presentes los pacientes

Familiarícese con las herramientas que ayudan al paciente a involucrarse en su propia seguridad

Desarrolle una política de comunicación para informar de los riesgos Involucre a pacientes y familiares como parte de un equipo multidisciplinar para ayudar a mejorar, cambiar y diseñar los servicios

Involucre a los pacientes y sus familiares en la Seguridad del Paciente

Involucre a los pacientes en las soluciones

Paso 6. Aprender y compartir lecciones de seguridad

- Ponga el énfasis en que los Eventos Adversos sean investigados a tiempo por un equipo multidisciplinar, con enfoque al sistema involucrando a pacientes y cuidadores
-
- Promueva que el personal use ACR o Análisis de Eventos Adversos
-
- Significativos (AEAS) para aprender cómo y por qué ocurren los eventos advers
-
- Asegúrese de que el personal está ampliamente apoyado mediante ACR / AEAS
-
- Promueva el uso de la herramienta de aprendizaje de ACR por internet www.npsa.nhs.uk/rca
-
- Identifique qué personas de la plantilla deben realizar formación en ACR a cargo de NPSA
-
- Promueva que el equipo directivo se involucre en la investigación del evento adverso y que participe en el equipo de ACR
-
- Nombre al personal para el equipo de ACR

Paso 7. Implementar soluciones para prevenir daños

- Utilice la información generada por el sistema de información sobre incidentes, evaluación de riesgos e investigación de eventos adversos, audite y analice para identificar soluciones locales
-
- Evalúe los riesgos para los cambios que planea. Convierta lecciones aprendidas en prácticas, procesos y sistemas más robustos
-
- Promueva una postura proactiva en el diseño, evaluación y mejora de la seguridad del paciente. Incluya a todo el personal y a los pacientes del sistema nacional de salud
-
- Compruebe los cambios que se han producido como consecuencia de informar sobre eventos adversos y ACR
-
- Trabaje con el gestor de Seguridad del Paciente de NPSA para implementar soluciones a nivel nacional
-

3. ENCUESTA DE CRITERIOS DE MEJORA DEL TRABAJO EN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Crterios	✓	✗
¿Tienen los miembros del equipo claro su papel y responsabilidades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay líderes identificados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Están los líderes satisfechos de su tipo de liderazgo y con su dirección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Están los miembros del equipo satisfechos con el tipo de liderazgo y con su dirección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cada miembro del equipo se siente valorado y respetado por su experiencia y puntos de vista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cualquier miembro del equipo puede enfrentarse a otro sin temor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se utiliza adecuadamente el consejo de los expertos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Existe un procedimiento formal para reunirse y planificar objetivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay un procedimiento efectivo de comunicación dentro y con otros equipos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay un entendimiento compartido sobre lo que se pide y lo que comprueba activamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Llega la información adecuada a la persona adecuada en el momento adecuado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El equipo se anticipa, discute y se prepara ante posibles problemas, retos y riesgos que pueden ocurrir en el curso de sus reuniones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se les da a los miembros del equipo información sobre como llevan a cabo su trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Existen mecanismos para identificar y gestionar las condiciones de trabajo, tales como stress o fatiga en el equipo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se potencia la Seguridad del Paciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. CAMPOS BÁSICOS DEL NRLS

- Servicio (urgencias, salud mental, atención primaria) en el que tuvo lugar el evento adverso.
 - Localización.
 - Especialidad o área.
 - Fecha y hora.
 - Factores contribuyentes (Ej.: comunicación, educación y entrenamiento, equipamiento y recursos, paciente, tarea).
 - Descripción del evento.
 - Acciones planificadas o llevadas a cabo hasta el momento para evitar que vuelva a ocurrir.
 - Datos del paciente: rango de edad, fecha de nacimiento, sexo, grupo étnico, discapacidades.
 - Grado del daño al paciente (severidad) – Ej.: sin daño, bajo, moderado, severo, muerte.
 - Medidas adoptadas para evitar que el evento adverso llegue al paciente(s).
 - Medidas adoptadas para minimizar el impacto del evento adverso en el paciente(s).
 - Efectos del evento adverso en el paciente (Ej.: físico, psicológico, etc.).
-

5. TABLA DE TERMINOLOGÍA RECOMENDADA POR NPSA

Términos antiguos	Términos nuevos
Riesgo clínico	Seguridad del Paciente: Identificación, análisis y gestión de los riesgos e incidentes relacionados con pacientes, para hacer el cuidado de los mismos más seguro y minimizar los posibles daños
Incidente adverso Evento Adverso Incidente Clínico Incidente Crítico Fallo Clínico Fallo Médico Error Médico Evento Centinela	Incidente de Seguridad del Paciente: Cualquier incidente inesperado o no intencionado que pueda producir o inducir daño para una o más personas que están recibiendo asistencia sanitaria financiada por el NHS. «Incidente de Seguridad del Paciente» es un término paraguas que se usa para describir un incidente aislado o una serie de incidentes que ocurren a lo largo del tiempo. Términos como <i>adverso</i> , <i>error</i> , <i>fallo</i> sugieren acción individual y culpa. Error Médico, en particular, sugiere que la causa principal es la profesión médica
Evento sin daño	Incidente de Seguridad del Paciente: (Nivel de severidad: no daño). Un incidente de seguridad del paciente que no causa daño, pero no ha sido prevenido (impacto no prevenido) o un incidente de seguridad del paciente que ha sido previsto.
Cuasi-error	Incidente de Seguridad del Paciente: (previsto) Cualquier incidente en la seguridad del paciente que potencialmente puede causar daño, pero que ha sido previsto. Como resultado no se producen daños a los pacientes del sistema sanitario NHS

6. TABLA DE EJEMPLOS DE EA's SEGÚN SU GRAVEDAD

1. Sin daño: impacto no previsto	
General	<p>A un paciente se le prescribe una tableta de un medicamento para el dolor (Ej. Paracetamol), y se le administran 2. Esta situación no ha sido prevista, pero no ha causado daño en este caso concreto.</p> <p>Problemas con las botellas para extracción de sangre –causando falsas lecturas y resultados irregulares pudiendo conducir a diagnósticos erróneos.</p> <p>Dos pacientes con el mismo nombre tienen sus datos mezclados; se detecta cuando uno de los pacientes es visto de nuevo (tanto en pacientes externos, como internos o clínica) antes de diagnósticos o tratamientos incorrectos.</p>
Agudo	<p>Pequeña perforación del intestino durante una operación, no hay pérdida de masa; la perforación se repara rápidamente, la zona abdominal se limpia adecuadamente; no se necesitan posteriores operaciones ni tratamientos.</p> <p>Solución salina normal infundida en dos horas en lugar de en cuatro debido a preparación errónea de la bomba de infusión. No se producen daños al paciente.</p> <p>Dos pacientes que requieren transfusión de sangre. Ambos tienen el mismo grupo sanguíneo. El paciente A recibe la transfusión del paciente B y viceversa. No se producen daños.</p>
Salud mental	<p>Un paciente recibe la medicación de otro; aunque la medicación está indicada para su tipo de enfermedad. No se producen daños al paciente.</p>
Atención primaria	<p>Un paciente está recibiendo warfarina como paciente externo y el servicio de cirugía falla al monitorizar los niveles de coagulación según el protocolo. El paciente menciona el incidente en un momento posterior. Cuando son comprobados los niveles éstos están dentro de lo normal.</p> <p>Un paciente recibe una medicación que requiere análisis de sangre regularmente. La carta de alta emitida por el hospital al médico no menciona este requisito y el seguimiento del paciente no se realiza adecuadamente. En cualquier caso, se detecta la siguiente vez que el paciente acude al médico para una nueva prescripción. Los resultados del paciente son normales.</p>

Ambulancia	Se requiere el servicio de una ambulancia para un paciente en su domicilio que presenta dolor en el pecho. El equipo del servicio suministra una aspirina sin preguntar si el paciente está tomando otra medicación. Posteriormente son informados de que el paciente está tomando warfarina. No se producen efectos adversos para el paciente.
2. Sin daño: impacto previsto	
Agudo	Un celador recoge a un paciente para llevarlo a sala. Cuando abandona la sala una enfermera reconoce que el celador ha recogido a un paciente equivocado y debe ir otro con el mismo nombre. Se corrige el error y el paciente correcto va a sala.
Salud mental	A un paciente casi le dan la medicación de otro. Un enfermera haciendo una doble comprobación se da cuenta del error y no suministra la medicación equivocada.
Atención primaria	Un paciente llama al servicio médico para una visita de seguimiento de los niveles de warfarina y se le envía la carta de citación, el servicio médico habría olvidado enviar la carta si el paciente no hubiera llamado.
Ambulancia	Se requiere el servicio de una ambulancia para un paciente en su domicilio que presenta dolor en el pecho. El equipo del servicio va a suministrar una aspirina, pero un pariente informa que el paciente está tomando warfarina. La aspirina no es suministrada.
3. Bajo	
General	Un paciente pasea por el pasillo del hospital y se cae, produciéndose una herida que requiere puntos y vendaje. Un niño recibe la comida fuera de tiempo causándole un ligero vómito.
Agudo	Perforación del intestino durante una operación. Se repara el daño inmediatamente y se limpia apropiadamente la zona. Sólo se requiere tratamiento con antibióticos. La operación de un paciente es cancelada debido a un pobre asesoramiento pre-admisión (Ej. Niveles de coagulación) pero esto tiene escasas consecuencias. A un paciente le sale una pequeña magulladura debido a un pequeño accidente con el material quirúrgico durante una operación

Salud mental	Un paciente recibe la medicación de otro; la medicación es la misma que toma el paciente pero a una dosis mayor. Con el resultado de que el paciente tiene que acostarse más temprano con ligeros mareos.
Atención primaria	<p>Tratamiento continuado con warfarina sin control de los niveles de coagulación; se produce un aumento de los tiempos de coagulación, causándole hematomas.</p> <p>La visita programada al domicilio de un paciente no se produce; el paciente enfermo terminal necesitaba revisar su medicación para el dolor. La visita se realiza el día siguiente, pero el paciente ha estado con dolores hasta que la medicación ha sido revisada.</p>
Ambulancia	Se requiere el servicio de una ambulancia para un paciente en su domicilio que presenta dolor en el pecho. Al llegar el equipo decide suministrar oxígeno al paciente. Pero es informado de que ha sufrido una laringotomía. No disponen de máscaras de laringotomía, así que el equipo decide usar una máscara normal sobre el estoma. Al llegar los niveles de saturación de oxígeno del paciente han descendido desde el 92% al 85%.
4. Moderado	
Agudo	<p>Perforación de intestino durante una operación no detectada en el momento. El resultado es una septicemia y vuelta a quirófano para otra operación.</p> <p>Un paciente ingiere alimentos antes de una operación. La operación urgente prevista tiene que ser cancelada, lo que conlleva un empeoramiento del paciente y mayor tiempo de recuperación.</p> <p>Se realiza una transfusión con sangre incorrecta, esto conlleva una diálisis de urgencia. No se producen daños a largo plazo para el paciente.</p> <p>El pie roto de un paciente no se detecta con rayos X. Se le destina a fisioterapia, lo que le produce dolor y un mayor daño.</p>
Salud mental	A un paciente se le suministra la medicación de otro. Esta medicación es más fuerte que la suya propia, lo que le produce mareos prolongados. El paciente necesita frecuente observación de su ritmo respiratorio.

Atención primaria	<p>Tratamiento continuado con warfarina sin control de los niveles de coagulación, lo que resulta en sobredosis y problemas hematológicos.</p> <p>Pacientes con una vía externa (Ej.: vía de Hickman) sufre una infección en su domicilio tras sucesivas desconexiones, siendo necesario su ingreso en el hospital y un tratamiento con antibióticos.</p>
Ambulancia	<p>El equipo de una ambulancia está transportando a un enfermo en camilla desde la ambulancia hasta hospital. El paciente queda solo un momento, la camilla vuelca. El paciente sufre pérdida momentánea de consciencia y requiere observación hospitalaria.</p>
5. Severo	
Agudo	<p>Perforación de intestino durante una operación, necesitando una colostomía y posteriores intervenciones mayores.</p> <p>Problemas con la sangre para una transfusión (Ej.: transporte de la misma) hacen que ésta no llegue a tiempo, lo que produce daños cerebrales y hemorragias al paciente.</p> <p>Extirpación de un órgano o amputación de un miembro por identificación errónea del paciente.</p>
Salud mental	<p>A un paciente se le suministra la medicación de otro, a la cual es alérgico. A consecuencia de lo cual sufre una reacción adversa, trastornos cardiacos y daños cerebrales.</p>
Atención primaria	<p>Tratamiento continuado con warfarina sin control de los niveles de coagulación, lo que resulta en hemorragia y daño cerebral.</p> <p>Recién nacido con una disfunción metabólica al que no se le hacen las pruebas de fenilcetonuria, se le producen daños cerebrales irreversibles.</p>

<p>Ambulancia</p>	<p>Una ambulancia es requerida para un paciente que ha sufrido una caída. Tiene un pierna claramente fracturada. Antes de comprobar el estado general del paciente, el equipo médico recoloca la pierna del herido, sin haber inmovilizado previamente la zona cervical. Tras el reposicionamiento, el paciente no puede moverse. Posteriores investigaciones llevan a la conclusión de que sufrió rotura de cervicales y daño en la médula espinal. La zona cervical, sin embargo fue inmovilizada inmediatamente tras el reposicionamiento. El paciente puede sufrir parálisis del cuello para abajo.</p>
<p>6. Muerte</p>	
<p>Agudo</p>	<p>Muerte como consecuencia de la perforación de intestino en una operación.</p> <p>Cambio de batería en un marcapasos realizado por personal no experto, produce lesiones cardiacas y muerte posterior.</p> <p>Transfusión con sangre equivocada, produce fallo masivo en el organismo y posterior muerte.</p>
<p>Salud mental</p>	<p>A un paciente se le suministra la medicación de otro, a la cual es alérgico. Sufre una reacción adversa, trastornos cardiacos y muere como resultado de la medicación equivocada.</p>
<p>Atención primaria</p>	<p>Tratamiento continuado con warfarina sin control de los niveles de coagulación, lo que resulta en hemorragia cerebral y muerte.</p> <p>Paciente que sufre dolor en el pecho, se le hace esperar hasta que haya un box disponible, sale a dar un paseo, colapsa y muere en el aparcamiento.</p>
<p>Ambulancia</p>	<p>Una ambulancia, respondiendo a una llamada de emergencia, se salta un semáforo en un cruce, un coche que atraviesa el cruce con su semáforo en verde no ve a la ambulancia. Ésta no puede evitar el choque. El conductor del vehículo resulta con múltiples heridas y muere posteriormente en el hospital.</p>

7. TABLA DE EJEMPLOS DE CATEGORÍAS DE EA'S A REMITIR A NRLS

Título	Subtítulo
Acceso, admisión, transferencia (incluidos pacientes perdidos)	<ul style="list-style-type: none"> • Retraso o fallo en la asistencia • Re-admisión inesperada • Dificultad para obtener asistencia clínica • Retraso en el alta
Asesoramiento clínico (incluyendo diagnóstico, pruebas, consejos...)	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico equivocado • No recibir resultados de pruebas • Pérdida de resultados de pruebas
Consentimiento, comunicación, confidencialidad	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso de confianza • Fracaso en la comunicación fuera del grupo • Paciente erróneamente identificado
Comportamiento inapropiado, agresivo	<ul style="list-style-type: none"> • Físicamente • Verbalmente
Documentación (Incluidos datos identificativos)	<ul style="list-style-type: none"> • Retraso en la obtención de los datos médicos o de la tarjeta sanitaria • Dato médico perdido • Pruebas perdidas
Implementación del tratamiento y seguimiento posterior	<ul style="list-style-type: none"> • Retraso en detectar complicaciones con el tratamiento • Alargamiento del tratamiento
Incidente en un proceso infeccioso	<ul style="list-style-type: none"> • Fallo en la esterilización o contaminación del material • Infección cruzada

8. TABLA DE TÉRMINOS Y DEFINICIONES PARA CLASIFICAR EA's POR SU IMPACTO

Término antiguo	Término nuevo
Ninguno/ insignificante	<p>Sin daño:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impacto previsto: Cualquier evento adverso de seguridad del paciente con potencial para causar daño pero que ha sido previsto y como resultado no produce daño a los pacientes del sistema nacional de salud. • Impacto no previsto: Cualquier evento adverso de seguridad del paciente que ha tenido lugar que no ha producido daño a los pacientes del sistema nacional de salud.
Bajo/menor	Bajo: Cualquier evento adverso de seguridad del paciente que requiere observación o tratamiento menor ² y que causa un mínimo daño, a uno o más pacientes del sistema nacional de salud.
Moderado	Moderado: Cualquier evento adverso de seguridad del paciente que resulte en un aumento moderado ³ en el tratamiento y que produce un daño a tener en cuenta, pero no es permanente, a uno o más pacientes del sistema nacional de salud.
Severo/mayor	Severo: Cualquier evento adverso de seguridad del paciente que aparentemente resulta en daño permanente ⁴ a uno o más pacientes del sistema nacional de salud.
Muerte/ catastrófico	Muerte: Cualquier evento adverso de seguridad del paciente que directamente provoca la muerte ⁵ de uno o más pacientes del sistema nacional de salud.

.....
² Tratamiento menor incluye: primeros auxilios, terapia o medicación adicional. No incluye estancias en el hospital o dedicación especial, o tratamientos continuados a excepción de los ya previstos. Tampoco contempla re-admisión o intervención quirúrgica.

³ Incremento moderado del tratamiento incluye vuelta al quirófano, re-admisión no planeada, incremento de tiempo de cuidados, tiempo extra de hospitalización o como paciente externo, cancelación del tratamiento, transferencia a otra área como la de cuidados intensivos, a consecuencia del incidente.

⁴ Daño permanente directamente relacionado con el incidente pero no relacionado con el curso natural de la enfermedad, o estado general del paciente está definido como pérdida de alguna función corporal, sensorial, motora, psicológica o intelectual, incluida la extirpación del órgano o extremidad afectados, o daño cerebral.

⁵ La muerte ha de estar directamente relacionada con el incidente y no con la enfermedad o estado general del paciente.

9. TABLA DE NIVEL DE INVESTIGACIÓN PARA DIFERENTES GRADOS DE EVENTOS ADVERSOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Grado	Nivel de investigación
<p>Sin daño</p> <ul style="list-style-type: none"> — Impacto previsto — Impacto no previsto 	<p>Las organizaciones locales deben elegir 10 de estos eventos adversos para aprender a identificar las lecciones aprendidas. Esto es útil para aprender a tomar medidas preventivas. También pueden ser usados para la formación del personal en ACR.</p>
<p>Bajo</p>	<p>En un nivel de investigación bajo es necesario tomar datos de situación demográfica, tipo de evento adverso, personal implicado, descripción de los hechos tal y como ocurrieron, detalles de factores contributivos, acciones tomadas para minimizar el evento adverso y medidas llevadas a cabo tras el evento. Estos datos quedan registrados en el sistema local de gestión de datos y forman parte de los datos del NRLS. Si con los datos se pueden identificar aspectos y patrones recurrentes, la organización puede querer abordar un ACR específico, agrupando un cierto número de eventos adversos. Los pacientes deben ser informados por un miembro del equipo que les trataba.</p>
<p>Moderado</p>	<p>Las organizaciones deben valorar su capacidad para investigar y emprender una investigación de común acuerdo. Si con los datos se pueden identificar aspectos y patrones recurrentes, la organización puede querer abordar un ACR específico, agrupando un cierto número de eventos adversos. Pacientes y cuidadores deben ser informados e involucrados en la investigación (descrito en el paso 5).</p>
<p>Severo</p>	<p>Se debe iniciar un completo ACR. Pacientes y cuidadores deben ser informados e involucrados en la investigación. Las organizaciones deben implementar su «políticas de ente abierto».</p>
<p>Muerte</p>	<p>Se debe iniciar un completo ACR. Pacientes y cuidadores deben ser informados e involucrados en la investigación. Las organizaciones deben implementar su «políticas de organización abierta».</p>

TABLA DE ACRÓNIMOS

NPSA	Nacional Patient Safety Agency (Reino Unido)
NHS	National Health Service (Reino Unido)
SP	Seguridad del Paciente
NRLS	Nacional Reporting and Learning System
EA	Evento Adverso
RCA	Root Cause Analysis (Análisis de Causa Raíz)
ACR	Análisis de Causa Raíz
IDT	Incident Decisión Tree (Árbol de Decisión)
AMFE	Análisis del Modo de Fallo y sus Efectos



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

SECRETARÍA GENERAL
DE SANIDAD

AGENCIA DE CALIDAD
DEL SISTEMA NACIONAL
DE SALUD