

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS**



**SEGURIDAD DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM DEL
20 DE OCTUBRE 2013 AL 20 OCTUBRE 2014.**

Informe Final de Tesis de Grado presentado por:

Dr. Celedonio Enrique Díaz Díaz.

Para Optar al Título de Especialista en:

Medicina Pediátrica

Asesor temático:

Dr. Carlos Gabriel Alvarenga Cardoza.

Asesor metodológico:

Dra. Claudia María Suárez Ramírez.

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, 20 de Febrero de 2015.

CONTENIDO		N°
I	Resumen del proyecto.	3
II	Introducción.	4
III	Antecedentes.	5
IV	Justificación.	7
V	Objetivos de la investigación.	8
VI	Fundamento teórico	9
VII	Pregunta de la investigación	41
VIII	Aplicabilidad y utilidad de los resultados	42
IX	Diseño y métodos	43
X	Consideraciones éticas	45
XI	Organización del estudio	46
XII	Resultados	47
XIII	Discusión de resultados	57
XIV	Conclusiones	62
XV	Recomendaciones	64
XVI	Referencias bibliográficas	65
XVII	Anexo	67

I. RESUMEN DE PROYECTO.

En muchos países se han hecho esfuerzos para estudiar sobre el temas de seguridad del paciente el caso particular de El Salvador, no existía un antecedente de investigación sobre este tópico. El presente estudio pretende ser un precedente en esta área de conocimiento en nuestro país.

La investigación fue de tipo descriptivo, basada en una encuesta estructurada que mide la percepción del personal médico y de enfermería de la unidad de Emergencia del Hospital de Niños Benjamín Bloom, en relación a los efectos adversos e incidentes más frecuentes ocurridos durante un año y los factores causales que los propician.

Se exploraron los diferentes aspectos acerca de la Seguridad del Paciente, por medio de una investigación de tipo descriptivo de corte retrospectivo en la Unidad de Emergencia, la cual fue escogida como área de estudio dado que es uno de los lugares donde es más factible que ocurran incidentes y eventos adversos por: la dinámica de trabajo, la gran cantidad de pacientes que se atienden y por el estado de gravedad de los mismos.

Se tomó como muestra a todo el personal médico y de enfermería de dicha unidad que dio su consentimiento para la contestar las preguntas del instrumento de esta investigación y cumplían con los criterios establecidos para la ejecución de la misma que corresponde al 90.7 % del personal asistencial. Los datos de esta investigación fueron recopilados del 3 de Noviembre de 2014 al 10 de Noviembre de 2014.

Entre lo que se puede destacar de los resultados es que la mayoría de los factores que propician una cultura de seguridad sana se practican en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, el evento adverso e incidente que se da con mayor frecuencia es la indicación médica poco legible, el factor que más facilito eventos adverso fue el no corregir las causas desencadenantes de los mismos, los factores que más facilitaron que sucedieran incidentes en la Unidad de Emergencia son el exceso de trabajo y el aumento en la demanda asistencial.

II. INTRODUCCIÓN.

La complejidad del manejo de los pacientes en un hospital infantil, incrementa la probabilidad del error humano, lo que trae con mucha frecuencia un mayor número incidentes y eventos adversos.

A pesar de la importancia que en el mundo se le ha dado a la seguridad del paciente en los últimos años, en nuestro país no se había realizado un estudio sobre esta temática, lo cual limitaba el análisis del tema de seguridad de paciente de una forma más objetiva.

Una de las limitantes encontradas, es que no se han creado herramientas sistematizadas, que midan objetivamente cuáles son nuestras debilidades en el tema de seguridad de paciente , para poder así diseñar estrategias que minimicen los eventos adversos que se presentan en el desempeño de la atención y sortear las deficiencias del sistema. Debido ha que no se puede corregir un problema que no se haya identificado.

Con el presente estudio se pretende, aumentar el interés sobre esta temática, iniciando un camino para mejorar la cultura de seguridad en nuestro hospital, Conociendo el contexto de seguridad de pacientes en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.

III. ANTECEDENTES.

El tema de la seguridad en el desempeño del trabajo, se ha hecho presente en diferentes campos de la actividad humana, desde que se empezó a reconocer que los errores o fallas que ocasionan accidentes, pueden ser identificados a través de métodos proactivos y reactivos.

El reconocimiento del error médico y el daño a los pacientes, se empezó a hacer evidente desde mediados del siglo pasado, mediante publicaciones en las que se reconocieron tácitamente las fallas de los sistemas de atención y hacia finales de ese siglo, se empezaron a publicar las tasas de daños atribuibles a fallas en la atención médica, conocidos como eventos adversos.

Esas publicaciones alentaron una corriente de opinión favorable para promover políticas, programas y estrategias para mejorar la seguridad del paciente, cuyo objetivo principal es la disminución de errores en el sistema sanitario, así como la prevención de eventos adversos y daños en los pacientes.

De esas publicaciones destacan la de Barr en 1955, quien afirmaba que los errores en la práctica médica eran el “precio a pagar por la modernización de la medicina” y la de Moser, quien en 1956 aseveraba que “los errores son enfermedades del progreso médico”. Por su parte, las publicaciones de Schimmel y Steel de 1964 y 1984, respectivamente, fueron pioneros, en el largo camino para estimar la frecuencia con la que se presentan, daños en los pacientes como consecuencia de la atención sanitaria.

En 1998 El Instituto de Medicina (*Institute of Medicine-IOM*) de los Estados Unidos inició un proyecto denominado *Quality of Health Care in América* para promover la mejora significativa de la calidad de atención médica y en el 2000 publicó el informe titulado “*To Err is Human: building a Safer Health System*”, en el cual se plantea el problema de los errores médicos en ese país y la necesidad de tener servicios de salud

más seguros. El estudio IBEAS realizado en el 2007 en hospitales de cinco países de América Latina, mostró tasas de eventos adversos por país que oscilaron entre 7.7% y 13.1%.^{1 2 3} En algunos centros hospitalarios del país, se han desarrollado algunas iniciativas como conferencias, evaluaciones y acciones como la lista de chequeo para Cirugía Segura, propuesta por OPS. En el caso particular del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, se han impartido desde hace algunos años algunas conferencias sobre el tema impartidas por el Dr. Carlos Gabriel Alvarenga Cardoza, además de implementar también la iniciativa de Cirugía Segura, con algunas dificultades de parte de algún personal sanitario para su implementación. Más no se cuenta con estudios previos sobre el tema de seguridad de paciente.

¹ Sociedad de Calidad Asistencial, Manual de Calidad de Asistencial Servicio de Salud Castilla-La Mancha, 2009.

² TOMÁS, Santiago y CHÁNOVAS Manuel, La Seguridad del Paciente en Urgencias y Emergencias: balance de cuatro años del Programa SEMES-Seguridad Paciente. Revista de Emergencias 2012.

³ SANTACRUZ VARELA Javier y RODRÍGUEZ SUÁREZ Javier, Curso de Evaluación y Mejora de la Calidad de Atención y la Seguridad del Paciente. Modulo III de Seguridad del Paciente, lectura básica 2, México 2011, pág. 9.

IV. JUSTIFICACIÓN.

Si bien los estudios sobre seguridad de pacientes son recientes, los efectos de los eventos adversos e incidentes provocados por los errores humanos no son nada nuevos, si nos basamos en la premisa de que errar es humano, está de más pensar que el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom está exento de esta situación. Este nuevo enfoque de salud, ha sido implementado en una gran cantidad de países de primer mundo, es un requerimiento de vital importancia para garantizar la atención sanitaria de calidad.

En el caso particular del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, no existía ningún estudio, el cual tomara en cuenta el tema de la seguridad del paciente, además como una de las finalidades del hospital, es buscar la calidad de atención, es de suma importancia para nuestra institución, conocer cuáles son sus debilidades para crear estrategias para minimizarlas.

El presente estudio, pretende servir como insumo para identificar incidentes, eventos adversos y detectar las fallas en la institución en el tema de seguridad de paciente. Debido a la complejidad de la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom se ha escogido esta área como objeto de estudio. Debido a que la Unidad de Emergencia se considera un servicio de transición es el lugar que con mayor probabilidad seden evento adverso e incidentes, por la velocidad que amerita la toma de acciones para estabilizar al paciente en un periodo de tiempo relativamente corto.

V. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.

Objetivo General.

- Conocer por medio de una encuesta, la percepción del personal sobre los incidentes y eventos adversos más frecuentes en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.

Objetivos Específicos:

- Identificar cuáles son los incidentes y eventos adversos, más comunes, que suceden en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.
- Conocer cuáles son los factores inductores más comunes de los incidentes y eventos adversos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.
- Determinar qué características de una cultura de seguridad, se practican en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.

VI. FUNDAMENTO TEÓRICO.

LOS RIESGOS DE LA ASISTENCIA SANITARIA.

Los adelantos científicos y tecnológicos de las últimas décadas, han creado un sistema de salud de enorme complejidad en el que interactúan factores inherentes al sistema – estructurales, organizativos, relacionados con las actuaciones profesionales, etc.- con factores clínicos de los pacientes. Por ello la práctica clínica entraña cada vez más riesgos potenciales e incertidumbre y ningún sistema es capaz de garantizar por completo la ausencia de sucesos adversos a pesar de la dedicación y profesionalidad del personal. Los sistemas sanitarios que aspiren a la excelencia, con un incremento en la calidad de los servicios, deben realizar las acciones de mejora oportunas para intentar disminuir al máximo esos sucesos.⁴

En los últimos años la calidad y la seguridad se han convertido en una preocupación creciente y una prioridad de los sistemas sanitarios. La Seguridad clínica es uno de los componentes esenciales de la calidad científico-técnica una de sus dimensiones clave que debe ser considerada de forma transversal. Es necesario abordar la seguridad del paciente de manera planificada para que en las actuaciones sanitarias se tenga presente dónde pueden existir deficiencias, para poder proponer medidas correctoras que disminuyan las probabilidades de que esos efectos ocurran.

El riesgo es definido por la Real Academia Española como “la contingencia o proximidad de un daño”. En el campo de la atención a la salud el término riesgo presenta una serie de peculiaridades, ligándose clásicamente al estudio de la asociación causal y a la probabilidad de que ocurran hechos relacionados con la salud o su pérdida tales como fallecimiento, enfermedad, agravamiento, accidente, curación, mejoría, etc. Además de la dimensión epidemiológica, cuantificable mediante el cálculo de la fuerza de la

⁴ Sociedad de Calidad Asistencia. *ob. cit.*, pág. 323.

asociación, el riesgo tiene una dimensión de aceptabilidad social y otra de apreciación individual, relacionada con la forma de comunicación y la participación en la toma de decisiones.

El interés por los riesgos relacionados con la atención sanitaria no es nuevo. Podemos considerar que la seguridad de pacientes abarca desde el clásico principio “*Primum non nocere*”, atribuido a Auguste François Chomel, pasando por las distintas etapas de gestión de la calidad en general: control de calidad, aseguramiento de la calidad, gestión de la calidad y modelos de excelencia, hasta llegar a conceptos más novedosos como el de “prevención cuaternaria”, entendida ésta como la “intervención que evita o atenúa las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario”. Una práctica clínica segura exige conseguir tres objetivos: identificar qué procedimientos clínicos diagnósticos y terapéuticos son los más seguros y eficaces, asegurar que se aplican a quien los necesita y realizarlos correctamente y sin errores.⁵

Los efectos indeseables de los medicamentos, infecciones nosocomiales, complicaciones del curso clínico y errores diagnósticos y terapéuticos forman parte de las preocupaciones diarias de los profesionales y gestores sanitarios. Los sucesos adversos de la atención sanitaria son acontecimientos relacionados con el proceso asistencial que tienen o pueden tener consecuencias negativas para el paciente: lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o muerte. Los sucesos adversos incluyen tanto los incidentes o sucesos que son susceptibles de provocar un daño en otras circunstancias, así como los efectos adversos que efectivamente han provocado una lesión en los términos antes expuestos. Algunos de estos sucesos pueden ser evitables y otros son inevitables.⁶

⁵ Ibídem, pág. 324.

⁶ Ibídem, pág. 324.

No se incluyen dentro de los efectos adversos en la asistencia sanitaria los efectos secundarios ni los efectos colaterales de los medicamentos, en cuanto que son manifestaciones no buscadas de los mismos que surgen como consecuencia de la acción fundamental del fármaco, bien sin ser inherente a esa acción o bien por la propia acción farmacológica del mismo.

La mejora de la seguridad del paciente requiere un cambio de cultura de la organización que tiene que introducir los mecanismos necesarios para disminuir las barreras estructurales, potenciar el liderazgo, implicar a los profesionales y evaluar sin culpabilizar.

Relacionando la seguridad con la teoría de la complejidad, el experto en complejidad Yaneer Bar-Yam señala que la prescripción y la administración de medicamentos a los pacientes es una tarea altamente compleja por el amplio abanico de posibilidades existentes en cuanto a la cantidad de medicamentos disponibles en el mercado y en relación a las múltiples alternativas de dosis, frecuencia y modos de administración.

El autor analiza una serie de propuestas, tales como *feed back* para la corrección, eliminación de pasos, redundancia, automatización y reducción de la complejidad de las tareas para determinar su efectividad como estrategias de reducción de errores médicos.

La implantación de prácticas seguras basadas en la evidencia, es una base sólida en la reducción de los riesgos asistenciales. De estas prácticas seguras se espera, con alta probabilidad, obtener beneficios significativos en la seguridad de los pacientes.

Deben contar, estas prácticas, con una evidencia de su efectividad, buscar las que tengan un impacto potencial considerado alto y que no presenten una gran complejidad de implantación. Sólida en la reducción de los riesgos asistenciales.

De estas prácticas seguras se espera, con alta probabilidad, obtener beneficios significativos en la seguridad de los pacientes. Deben contar, estas prácticas, con una evidencia de su efectividad, buscar las que tengan un impacto potencial considerado alto y que no presenten una gran complejidad de implantación.⁷

Dado que es imposible evitar completamente el daño al paciente, ya que toda actividad humana conlleva un margen de error, lo que sí es posible es identificar, estudiar, controlar y minimizar ese daño, o lo que es lo mismo, gestionar el riesgo que puede sufrir el paciente.

La gestión de riesgos se basa en la identificación, el análisis y la corrección de las causas que originan un daño al paciente secundario al tratamiento recibido. En los Estados Unidos y el Reino Unido, países pioneros en seguridad del paciente, se han creado distintos tipos de Unidades de Gestión de Riesgos Clínicos con objetivos variables que van desde la orientación predominantemente judicial en el caso americano hasta unidades formadas por personal clínico dedicado exclusivamente a resolver esos problemas en el mundo hospitalario como es el caso de Inglaterra.⁸

Ya en los años 50 Barr estudió, el precio a pagar por los riesgos de los últimos métodos diagnósticos y terapéuticos del momento. En 1999 el estudio publicado por el Instituto Americano de Medicina (*IOM, Institute of Medicine*): *To err is human: building a safer health system*, pone en evidencia la relevancia de la magnitud que tienen los errores en la atención sanitaria. El informe indica que entre 44.000 y 98.000 errores eran fatales en EE.UU. cada año, entre los que destacaban los fallos en la medicación y en la prescripción de fármacos.

⁷ Ibíd., pág. 331.

⁸ Ibíd., pág. 333.

En diferentes estudios de EEUU, Australia, Gran Bretaña, Dinamarca, Nueva Zelanda y Canadá la incidencia de efectos adversos en hospitales ha sido estimada entre un 4 % y un 17%, de los que se han considerado evitables alrededor de un 50%.⁹

Cuando se consideran ámbitos específicos de asistencia sanitaria se observa que: en Anestesia se producen entre 2.000 y 10.000 muertes/año, en Cuidados Intensivos 2 errores por día, en Medicina de Urgencia existe entre un 8 y un 10% de desacuerdo en la interpretación de radiografías entre médicos de urgencia y radiólogos.

En España el estudio ENEAS (Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización) de 2005, informa sobre una incidencia de pacientes con efectos adversos en la Asistencia Hospitalaria del 9,3% si se incluye la pre-hospitalización. De ellos el 42,8%, según los criterios prefijados, se consideraron evitables.

Las consecuencias de estos efectos adversos fueron variadas: un 31,4% ocasionaron un incremento de la estancia, con una mediana de 4 días más de hospitalización en los efectos que alargaron la estancia y de 7 días en los que causaron un reingreso. En total las estancias adicionales fueron 3.200 de las cuales 1.157 corresponden a efectos adversos evitables.

A pesar de ser más numerosos los estudios del medio hospitalario cada vez hay más estudios de efectos adversos en Atención Primaria, donde se espera una media de 10,6 sucesos, por médico y por año, susceptibles de ser un efecto adverso. Como fuentes más frecuentes de estos efectos adversos en este medio se señalan: carencias en la comunicación entre médicos y pacientes, falta de información sobre el paciente desde Atención Especializada y descoordinación de tratamientos.

⁹ Ibídem, pág. 325.

El estudio APEAS (Estudio de Efectos Adversos en Atención Primaria en España) de 2007, parte de la afirmación de que la práctica clínica en Atención Primaria es razonablemente segura y resalta la importancia de la prevención de los efectos adversos como una estrategia prioritaria en la seguridad del paciente.

Los datos obtenidos indican que un 10.11 por mil pacientes sufre algún efecto adverso; en un 11.18 por mil consultas acontece algún efecto adverso, de los que un 47,8% son debidos a efectos de la medicación. Como consecuencia una cuarta parte no precisó cuidados añadidos, otra cuarta parte tuvo que ser derivada a atención especializada y la mitad fue resuelta en atención primaria. Lo que tiene mayor trascendencia es que la gran mayoría de efectos indeseados se clasificaron como evitables.¹⁰

Por otro lado hay que tener presente que muchos efectos adversos ocurren en otros centros sanitarios distintos a los mencionados, en las farmacias, en el domicilio de los pacientes, etc. Además de los daños ocasionados a los pacientes otro aspecto importante de la “no seguridad de los pacientes” son los costes que se producen. Algunos estudios añaden variables como la estancia hospitalaria, la mortalidad, la capacidad funcional del paciente y los años de vida ajustados por calidad en su valoración. El estudio de Zhan y Miller en 2003 refiere un coste adicional por paciente con sepsis postoperatoria de 57.727 dólares americanos; de 10,89 días de estancia y un incremento de 21,92% de mortalidad.

Más difíciles de medir son los aspectos sociales y el impacto que los efectos adversos tienen en la sociedad. Según el Eurobarómetro de enero de 2006, de la Comisión Europea, la sociedad es consciente de que los errores médicos son un problema y en concreto de España son causa de una pérdida de confianza en el sistema sanitario y sus profesionales.

¹⁰ Ibídem, pág. 326.

En España, según el Barómetro sanitario del Ministerio de Sanidad en el año 2007, un 38,2% de ciudadanos tiene la percepción de que la cantidad de errores que se producen en la asistencia sanitaria son bastantes o muchos.

Toda asistencia en sí misma implica un riesgo para el paciente. Ese riesgo se expresa en diferentes fenómenos producto de la interacción entre la afectación o no del paciente, su vulnerabilidad, la existencia de equivocaciones humanas o fallos del sistema. Para ilustrar las diferentes situaciones que pueden producirse podemos utilizar como ejemplo la administración de un fármaco: entre los factores que pueden llevar a provocar que la administración de un fármaco atente contra la seguridad de un paciente podríamos encontrar un error de prescripción, por ejemplo, en el que la dosis indicada no haya sido la adecuada (posible fallo humano), una confusión entre dos envases casi indistinguibles (apunta más a un fallo del sistema), o la administración de un fármaco a sabiendas de que puede perjudicar al paciente (por ejemplo, la quimioterapia).

Suponiendo que las barreras han fallado (comprobación de la dosis o del principio activo contenido en el envase) y el fármaco ha sido administrado, esto puede tener repercusiones en el paciente o no, es decir, podría provocarle un perjuicio dependiendo del tipo de incidente y de las propias características del paciente.¹¹

CONCEPTOS VITALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

(Según taxonomía desarrollada por la OMS).

Seguridad del paciente es: la ausencia de lesiones o complicaciones evitables, producidas o potenciales como consecuencia de la atención a la salud recibida.¹²

¹¹ Ibídem, pág. 327.

¹² ARANAZ ANDRÉS JM, AIBAR REMÓN C, Gestión Sanitaria Calidad y Seguridad de Paciente, Fundación MAPFRE, Capítulo 23, pág. 223.

Los efectos en los pacientes se pueden clasificar en:

- **Incidente** (*near miss*): acción u omisión que podría haber dañado al paciente, pero por azar, la prevención o la mitigación de la misma no lo dañó.
- **Evento Adverso (EA)**: daño resultado de una intervención sanitaria relacionada con la atención clínica, y no por las condiciones basales del paciente. Estos EA son mayoritariamente prevenibles. Otra definición de EA es accidente imprevisto e inesperado, que causa lesión y/o incapacidad y/o muerte y/o aumento de la estancia hospitalaria, que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad del paciente.
- **Evento Adverso Prevenible**: daño atribuible a un error por acción u omisión, por falla en el cumplimiento de una práctica sanitaria a nivel individual o de sistema (guía clínica, protocolo, *lex artis*).

Otros elementos de importancia:

- **Factor contribuyente**: circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente, o que ha aumentado el riesgo de que se produzca éste. Dichos factores pueden ser externos a la organización, organizativos (por ejemplo, la inexistencia de protocolos), relacionados con el personal sanitario (un defecto de formación o una falta de supervisión) o relacionados con el paciente (por ejemplo, una conducta).

Los factores contribuyentes podrían clasificarse en:

- ❖ Errores humanos.

❖ Fallos del sistema.

❖ Características del paciente.¹³

- **Tipo de suceso adverso:** el tipo es un término descriptivo de una categoría formada por incidentes de naturaleza común que se agrupan por compartir características semejantes. Las categorías naturales constituyen un sistema de clasificación informal utilizado por un determinado grupo profesional o cultural, y reflejan un consenso social sobre qué es importante o digno de ser noticia en un determinado contexto.
- **Factores de recuperación:** comprenden la detección y la atenuación del incidente. La detección se define como una acción o circunstancia que da lugar al descubrimiento de un incidente. Los mecanismos de detección pueden formar parte del sistema (por ejemplo, las alarmas en los circuitos de los respiradores) o pueden ser el resultado de un proceso de comprobación o de vigilancia.
- **Factor atenuante** se define como una acción o circunstancia que impide o modera la evolución de un incidente hacia la provocación de un daño al paciente.

Daño asociado a la atención sanitaria es: el daño que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.

El mecanismo del daño ya se ha iniciado, pero aún no ha producido el máximo daño posible (por ejemplo, la administración de un fármaco para anular la acción de otro).¹⁴

¹³ A. ANDRÉS JM, A. REMÓN C, *ob. cit.*, pág. 224.

¹⁴ *Ibídem*, pág. 224.

AFECTACIONES EN EL PACIENTE.

Las afectaciones en el paciente se dividen en:

- **Daño:** alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquélla.
- **Enfermedad:** disfunción fisiológica o psicológica.
- **Lesión:** daño producido a los tejidos por un agente o una circunstancia.
- **Sufrimiento:** la experiencia de algo subjetivamente desagradable.
- **Discapacidad:** cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociadas a un daño pasado o presente.

Las categorías naturales de los resultados para el paciente se denominan tipos de efecto adverso. Por ejemplo, lesión de un uréter durante una intervención o náuseas secundarias a una medicación.¹⁵

TAMBIÉN EXISTEN RESULTADOS PARA LA ORGANIZACIÓN. MEDIDA DE MEJORA.

La medida de mejora es: la medida adoptada o una circunstancia alterada para mejorar o compensar cualquier daño derivado de un incidente. Buscan el restablecimiento tanto de la situación clínica del paciente como de las repercusiones que haya sufrido la

¹⁵ Ídem.

organización. Un ejemplo sería la hidratación del paciente que presentaba náuseas y vómitos por la medicación.

Las medidas adoptadas para reducir el riesgo, se definen como acciones encaminadas a reducir, gestionar o controlar un daño, o la probabilidad de que se produzca un daño asociado a un incidente.¹⁶

Dichas acciones pueden relacionarse directamente con los incidentes y factores contribuyentes, la detección, los factores atenuantes o las medidas de mejora, y pueden ser proactivas (antes de que suceda el incidente) o reactivas (a partir de los conocimientos adquiridos tras la observación del mismo).

Las medidas que se utilizan para disminuir la frecuencia de aparición del incidente o para aumentar, la capacidad de su detección incluyen las denominadas barreras del sistema.

Las medidas encaminadas a atenuar el impacto del efecto adverso en el paciente y las que pretenden restablecerlo incluyen los denominados planes de contingencia.

Resiliencia: se refiere al grado en el que un sistema previene, detecta, mitiga o mejora continuamente peligros o incidentes.

La seguridad del paciente es un espacio común de trabajo para gestores, profesionales y pacientes. Algo que nos preocupa y nos ocupa. Asimismo, podemos considerarla como un síntoma de dos síndromes: el síndrome de la calidad y el síndrome de la responsabilidad profesional.¹⁷

¹⁶ Ídem.

¹⁷ Ibídem, pág. 225.

MODELO EXPLICATIVO.

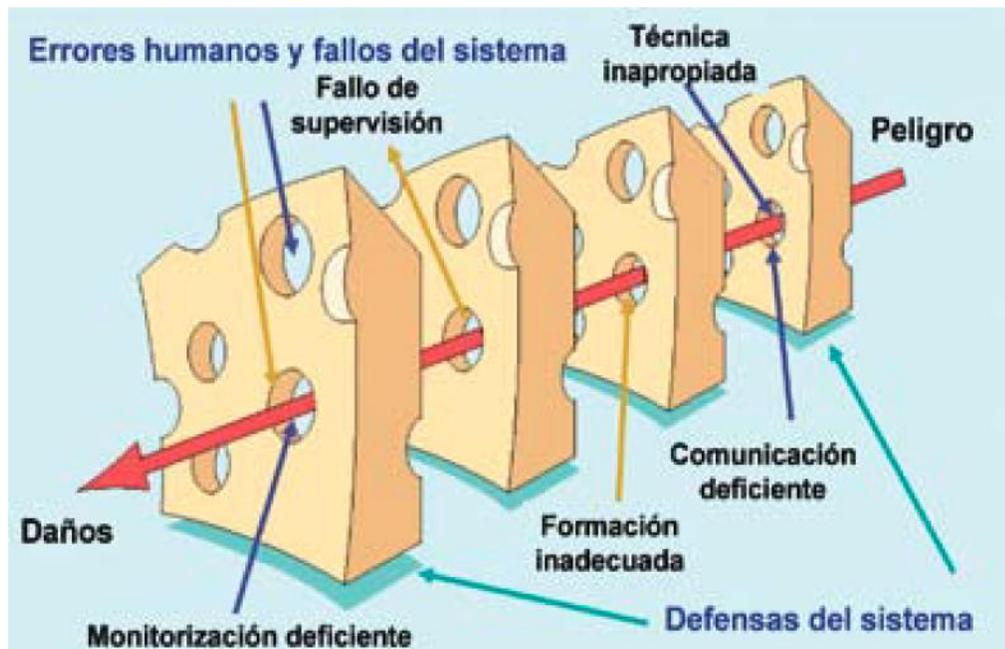
El queso suizo.

Un modelo clásico en el que se observa gráficamente el papel que juegan los factores predisponentes como los errores humanos o los fallos del sistema es el modelo ideado por J. Reason.

En el mismo se representan, como lonchas de queso, las barreras del sistema sanitario para reducir los riesgos o peligros de las actividades sanitarias y evitar la aparición de efectos adversos en el paciente, en tanto que sus agujeros representan sus imperfecciones.

Cuando se produce un alineamiento simultáneo de los fallos de las barreras, algo que puede ocurrir con mayor o menor frecuencia, se produce el efecto adverso.¹⁸

MODELO REASON.



¹⁸ Ibíd., pág. 226.

MODELO DE LOS “TRES CONTENEDORES” DE REASON, PARA DETERMINAR EL NIVEL DE SEGURIDAD.

Los aspectos que se deben de considerar en los tres factores propuestos por Reason, se describen a continuación en forma de preguntas:

- **Uno mismo:**

¿Cómo se sienten este día?; ¿se encuentra preocupado?; ¿se siente con suficiente experiencia y conocimientos?; ¿existen factores físicos tales como la fatiga?; ¿existen factores emocionales o sucesos personales que le afecten este día?.

- **Contexto/ambiente:**

¿Cómo es el entorno físico y cultural en el que trabaja?; ¿existen distractores para hacer su trabajo y cuáles son estos?; ¿las técnicas, herramientas y equipos para hacer su trabajo están disponibles?; ¿existen situaciones que interrumpen o distraen su trabajo; ¿ha habido cambios de personas o existe personal nuevo en su área de trabajo?; ¿existe liderazgo, niveles de autoridad y jerarquía claros en su área de trabajo?; ¿existe suficiente interacción del equipo de trabajo?.

- **Tarea(s):**

¿Tiene dificultad en los procedimientos y actividades que realizará ese día?; ¿la experiencia, conocimientos, recursos y equipo son suficientes?; ¿le satisface lo que hace?; ¿existen pacientes con riesgo debido a su complejidad, vulnerabilidad, o estados infecciosos?.

Se suman las puntuaciones de los tres factores. Una puntuación de tres no significa necesariamente que la persona o el equipo tengan mayor seguridad, y una puntuación de nueve no significa necesariamente que se encuentre en alto riesgo.

Sin embargo, no se debe dejar de considerar que, la autoevaluación ayuda a los profesionales a ser más conscientes de la seguridad potencial que tienen ese día y a poder adaptar sus acciones en consecuencia. Esto se puede describir como conciencia del error o auto-vigilancia.¹⁹

CULTURA ORGANIZACIONAL.

Se dice que la cultura de una organización es el corazón de la misma. Es una de sus fuerzas más sólidas e importantes, la que conforma el modo en que piensan, actúan y afrontan el trabajo sus miembros.

En pocas palabras, representa la manera de funcionar específica de cada organización. Helmreich define la cultura como "una compleja red de actitudes nacionales, organizacionales y profesionales y los valores en base a los cuales funcionan los individuos y grupos".

Con frecuencia la cultura organizacional se compara de manera figurada como el pegamento que mantiene unida a la organización y por lo tanto, se asume que dicha cultura es un componente importante y contribuye al desempeño de la organización en su conjunto y a la socialización de los trabajadores, de manera tal que estos aumentan su compromiso con los objetivos de la organización.

¹⁹ S. V. Javier y R. S. Javier, ob.cit. , México 2011, pág. 9

Desde un punto de vista filosófico se asume que para lograr tal situación, es necesario que la cultura se “encarne” en los líderes del más alto nivel (por ejemplo Directores o miembros del Consejo Directivo), ya que ello se reflejará y afectará el comportamiento de los trabajadores.

Esta escuela de pensamiento prácticamente lo que está indicando es que, el involucramiento de los líderes o gerentes del más alto nivel, es fundamental para lograr o desarrollar la cultura organizacional.

Existe otra corriente de pensamiento que sostiene que, sin dejar de lado la importancia del liderazgo al más alto nivel, es el involucramiento de los líderes intermedios y no el de los primeros, lo más importante para desarrollar la cultura en los trabajadores de primera línea en cualquier organización, como se ha podido evidenciar en algunos estudios relacionados con la gestión total de calidad.

Cualquiera que sea la posición que se adopte con respecto al liderazgo para promover la cultura organizacional, si trasladamos estos planteamientos al campo de la salud, lo más destacado es que no parece haber duda de la importancia del liderazgo para lograr una cultura de seguridad en las organizaciones, pero sobre todo, que ese logro será más factible, si se involucran y participan los líderes de todos los niveles de la organización.

El involucramiento de los líderes en la cultura de seguridad en las organizaciones de todo tipo, por ejemplo en los establecimientos de salud, no es una tarea sencilla, ya que con frecuencia son refractarios a tales ideas o no perciben la importancia de dicha cultura en el desempeño global de la organización ni en la seguridad en particular.²⁰

²⁰ Ibídem., pág. 3.

Sin embargo, tomando en cuenta lo que indican las teorías antes descritas, la participación de los líderes es fundamental y por lo tanto el reto para quienes tienen a cargo los programas de calidad, es promover su involucramiento.

Otra circunstancia poco favorable es la percepción de los trabajadores respecto a la cultura organizacional. Con relativa frecuencia la fuerza o la importancia de dicha cultura pasa desapercibida para la mayoría de los trabajadores, ya que estando tan acostumbrados al ambiente o clima organizacional de sus organizaciones, simplemente pueden asumir que esa es "la forma como ahí se hacen las cosas" y ello puede ser una debilidad para avanzar hacia una cultura de seguridad de mayor calidad e impacto.²¹

CULTURA DE SEGURIDAD.

No existe por el momento una definición única o exacta de cultura de seguridad, pero la literatura existente sobre el tema, señala de manera recurrente que algo que se percibe como una constante en las organizaciones con cultura de seguridad eficaz, es que la seguridad es percibida por todos como una prioridad de primer nivel y tal percepción permea a todo lo largo y ancho de la organización.

De manera específica, los componentes que se han identificado como comunes en las organizaciones con cultura de seguridad eficaz, son los siguientes cuatro:

- a) El reconocimiento de los trabajadores de que existen riesgos en las actividades de su organización.
- b) La percepción de un ambiente libre de culpa, donde los individuos pueden reportar errores sin temor a ser castigados.

²¹ Ibíd., pág. 4.

- c) La expectativa de encontrar colaboración en su organización para solucionar las situaciones vulnerables.
- d) La voluntad de parte de la organización para destinar recursos dirigidos a los asuntos relacionados con la seguridad.²²

Basado en un amplio trabajo de campo en varias organizaciones, Roberts y colaboradores encontraron, diversos valores culturales comunes, relacionados con la mejora de la seguridad de las organizaciones, entre ellos los siguientes:

1. Responsabilidad interpersonal.
2. Interés en las personas.
3. Colaboración y apoyo entre unos y otros.
4. Amabilidad.
5. Relaciones personales abiertas y francas.
6. Logro de objetivos comunes.
7. Sentimiento de credibilidad.
8. Fuerte sentimiento de confianza interpersonal.
9. Resistencia o capacidad de recuperación.²³

La cultura de seguridad es un conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, que determinan el grado de compromiso de las organizaciones, para disminuir los riesgos y daños. Las organizaciones con cultura positiva de seguridad, se caracterizan por una comunicación basada en la confianza

²² Ídem.

²³ Ídem.

mutua entre las personas, la aceptación de que la seguridad es importante y por la confianza en las medidas de prevención.

La seguridad solo se logra si existe un compromiso compartido en todos los niveles de la organización, desde el personal de primera línea hasta los gerentes de más alto rango. Lograr una óptima cultura de seguridad del paciente lleva su tiempo y la organización debe estar consciente de las etapas por las que atraviesa ese proceso. El análisis sobre el desarrollo de la cultura de seguridad en las organizaciones, muestra que estas progresan desde un ambiente poco deseable o patológico, hasta un ambiente óptimo o generador. Las etapas o niveles del desarrollo cultural son los siguientes:

- **Patológico:** La seguridad se ve como un problema, se restringe la información y prevalece la culpabilidad hacia los individuos.
- **Reactivo:** La seguridad es considerada como importante, pero solo se responde cuando ha ocurrido un daño importante.
- **Calculador:** Se tiende a enfatizar lo normativo y cuando ocurre un incidente, se procura resolver y explicarlo sin un análisis e investigación cuidadosa.
- **Proactivo:** Las organizaciones realizan medidas preventivas de seguridad e involucran a todos los involucrados.²⁴
- **Generador:** Se busca activamente información para determinar y comprender el grado de seguridad e inseguridad de la organización.

²⁴ Ibídem, pág. 5.

Se puede concluir definiendo a la cultura de seguridad como “el conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, que determinan el grado de compromiso de las organizaciones para disminuir los riesgos y daños”. Las organizaciones con cultura positiva de seguridad, se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua entre las personas, la aceptación de que la seguridad es importante y por la confianza en las medidas de prevención. La seguridad solo se logra si existe un compromiso compartido en todos los niveles de la organización, desde el personal de primera línea hasta los gerentes de más alto rango.²⁵

BENEFICIOS DE UNA CULTURA DE SEGURIDAD.

Entre los beneficios de una cultura de seguridad en los establecimientos de salud, se mencionan los siguientes:

1. Reducción potencial en la recurrencia y gravedad de incidentes de seguridad del paciente, mediante el aumento en la notificación y el aprendizaje en la organización.
2. Disminución del daño físico y psicológico a pacientes, por la conciencia de las personas sobre la seguridad, la prevención de errores y el dialogo abierto cuando ocurren fallas.
3. Disminución de la angustia en el personal, sentimientos de culpa, preocupaciones, vergüenza, pérdida de confianza y de moral, por el menor número de incidentes.
4. Reducción de costos debido a menores gastos por tratamientos extraordinarios.

²⁵ Ídem.

5. Mejor gestión de recursos por una evaluación eficaz del riesgo y cambios en las prácticas de atención, debido al análisis de incidentes y las acciones de mejora.
6. Impacto positivo en el funcionamiento de la organización.
7. Transición desde Análisis de Fallos, mejora Continua (dado que la perfección no es posible).
8. El personal está informado de qué puede ir mal y qué ha ido mal (no rumor / temor).
9. Reducir la recurrencia y disminuir la severidad debido al aprendizaje.
10. Disminuir el daño y el impacto al paciente (prevención + comunicación).²⁶
11. Personal con menos stress, culpabilidad, falta de confianza... al ocurrir menos eventos adversos.
12. Disminuir el tiempo de espera debido a menos retorno de pacientes ligados a errores.
13. Reducción de costes extra-tratamiento.
14. Reducción de costes de recursos requeridos para gestionar quejas y reclamaciones.

²⁶ Agencia Nacional para Seguridad del Paciente y Sistema Nacional de Salud. La Seguridad del Paciente en Siete Pasos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Reino Unido 2005. pág. 9.

15. Reducción de costes sociales (bajas pacientes) y financieros (pagos por incapacidades).²⁷

CULTURA DE SEGURIDAD, EL ENFOQUE SISTÉMICO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA AUTOEVALUACIÓN DEL RIESGO.

Una cultura de seguridad fomenta un entorno de trabajo donde se toman en consideración y se reconocen los diversos factores que contribuyen a un incidente, así como los sucesos que le preceden. Un trabajo de investigación sobre seguridad del paciente encontró que la mayor parte del personal intenta crear un entorno de seguridad y prevención de cosas que fallan.

La abrumadora mayoría de incidentes no son causados intencionalmente ni por falta de competencia de los profesionales que prestan los servicios, aunque se debe reconocer que hasta el personal más capacitado, puede cometer los peores errores.

Los incidentes de seguridad del paciente deben examinarse tomando en consideración que más allá de las acciones individuales del personal directamente involucrado, existen otros factores que también participan. Aunque un error humano puede preceder inmediatamente a un incidente, en un complejo sistema técnico y social como lo es el de los servicios de salud, normalmente existen factores sistémicos muy arraigados en el trabajo.²⁸

Pasar del enfoque de culpar solo a las personas a otro en el que se busca qué es lo que falló en el sistema en el que las personas están trabajando, es conocido como “enfoque de sistemas”.²⁹

²⁷ Agencia Nacional para Seguridad del Paciente y Sistema Nacional de Salud, op.cit. pág. 9.

²⁸ S. V. Javier y R. S. Javier, ob.cit. , pág. 7.

²⁹ Ibíd., pág. 5.

Identificar los factores del sistema que afectan la seguridad del paciente, ayuda a la organización a conocer que tan confiables son sus procesos y procedimientos. El objetivo de este enfoque es mejorar esa fiabilidad a través de:

- a) **La prevención.** Se deben diseñar mecanismos de alerta que prevengan las fallas.
- b) **La identificación.** Se deben realizar evaluaciones proactivas del riesgo, con el fin de identificar las fallas antes de que estas ocurran.
- c) **La mitigación.** Se deben diseñar procedimientos y desarrollar capacidades para mitigar el daño causado por las fallas cuando no son detectados o evitados.

El enfoque de sistemas no significa de ningún modo que las acciones individuales se relegan o dejan de considerarse cuando se estudia un incidente. Se debe enfatizar que existe un sutil equilibrio entre las acciones individuales y las fallas del sistema que ocasionan un incidente, tanto cuando este ocurre como cuando tiene el potencial de ocurrir.

El equilibrio en cada caso o situación específica es diferente, ya que en algunos incidentes las acciones individuales o un error humano contribuyen más que los factores del sistema; mientras que en otros incidentes, estos últimos pueden tener mayor importancia.

Para efectos prácticos, una gestión eficaz de los errores requiere una comprensión tanto de la diversidad del error humano, como de los factores que se relacionan con él y lo promueven.

Si se identifican factores de error humano (por ejemplo administrar una dosis incorrecta de un medicamento a un paciente hospitalizado), las organizaciones de salud deben

encontrar medidas que los pronostiquen y prevengan, así como realizar los cambios que requiere el sistema de atención a pacientes hospitalizados, en lugar de solo tratar de arreglar las fallas de las personas.

Si sólo se sanciona o cambia a la persona que administró equivocadamente el medicamento pero se dejan de analizar las fallas del sistema y se efectúa su corrección, es muy probable que ocurra nuevamente el incidente.

Un factor importante en cualquier enfoque sobre la seguridad, es la conciencia que tenga el personal, los equipos de trabajo y toda la organización acerca de sus propios niveles de seguridad.

Esos niveles pueden identificarse mediante un proceso anual de evaluación del riesgo y en base a la información que proporciona, llevar a cabo acciones para reducir los riesgos encontrados.³⁰

Sin embargo, no es usual que las organizaciones de salud realicen estos ejercicios de evaluación y por otra parte, el personal puede sentir que tiene muy poca oportunidad para influir en el nivel de riesgo de su organización y de cambiar el sistema en el que trabaja.

Por ello es necesario identificar mecanismos sencillos que lo involucren en dichas mediciones y en las acciones correctivas. Una herramienta sencilla para el personal y los equipos de trabajo para comprender sus propios niveles de seguridad, ha sido diseñada por James Reason. Este modelo se llama modelo de tres contenedores (*three buckets model*).

³⁰ Ibídem, pág. 8.

Esta herramienta de autoevaluación pide a cada individuo (también se puede aplicar a equipos de trabajo) que se puntúe en relación a tres factores: a él mismo, al contexto en que trabaja y a la o las tareas que desempeña. La persona asigna un punto cuando percibe un riesgo bajo, dos para riesgo moderado y tres para riesgo alto.³¹

EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Los conocimientos derivados del estudio de la cultura organizacional, han contribuido a delinear un marco teórico para estudiar la cultura de seguridad del paciente en las organizaciones de salud, ya sean de atención hospitalaria o de consulta ambulatoria.

A pesar de ser un campo relativamente nuevo, las investigaciones efectuadas han permitido poner a prueba el marco teórico así como las herramientas con las que se puede llevar a cabo la medición de la cultura de seguridad del paciente en las organizaciones de salud. La evaluación de la cultura de seguridad suele realizarse mediante cuestionarios de autoaplicación.³²

EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS ASISTENCIALES.

Cada punto del proceso del cuidado de los pacientes contiene un cierto grado de riesgo inherente; los efectos secundarios de los medicamentos, las reacciones adversas y la variabilidad biológica del ser humano hacen que en la práctica sea imposible la desaparición total de los posibles efectos adversos.

Sin embargo, se debe actuar sobre aquellos efectos que puedan ser prevenibles y por tanto evitables. Durante mucho tiempo se consideró que la ocurrencia de efectos

³¹ Ídem.

³² Ibíd., pág. 10.

adversos era debida a fallos humanos. Actualmente el énfasis en el estudio y la prevención de los efectos adversos se pone en los sistemas, en las deficiencias en el diseño y en la organización más que en la actuación individual.³³

METODOLOGÍA DE ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS (AMFE).

El AMFE fue aplicado por vez primera por la industria aeroespacial en la década de los 60. En la actualidad es un método básico de análisis en el sector del automóvil que se ha extrapolado satisfactoriamente a otros sectores.

Aunque la técnica se aplica fundamentalmente para analizar un producto o proceso en su fase de diseño, este método es válido para cualquier tipo de proceso o situación, entendiendo que los procesos se encuentran en todos los ámbitos de la empresa, desde el diseño y montaje hasta la fabricación, comercialización y la propia organización en todas las áreas funcionales de la empresa.

Este método es usualmente aplicado a elementos o procesos clave en donde los fallos que pueden acontecer, por sus consecuencias puedan tener repercusiones importantes en los resultados esperados.³⁴

El principal interés del AMFE es el de resaltar los puntos críticos con el fin de eliminarlos o establecer un sistema preventivo (medidas correctoras) para evitar su aparición o minimizar sus consecuencias, con lo que se puede convertir en un riguroso procedimiento de detección de defectos potenciales.

³³ Sociedad de Calidad Asistencia Castilla-La Mancha. ob. cit., pág. 327.

³⁴ Ídem.

ANÁLISIS CAUSA RAÍZ (ACR).

Es una herramienta de análisis reactivo de las causas que producen los errores. Fue utilizado en la industria, especialmente en la nuclear y en la aviación, ya en la década de los setenta. El objetivo del análisis es desarrollar sistemas más seguros.

En el caso de la asistencia sanitaria se orienta a la búsqueda de las causas origen o raíz, cuando se produce un efecto adverso. Para realizar el análisis se definen los sucesos centinelas, aquellos efectos adversos que tienen una gran trascendencia clínica.

En el análisis participan profesionales diversos de las distintas partes del proceso y se investiga el mal funcionamiento de las barreras que el proceso tiene, como pueden ser alertas mecánicas, protocolos.

Se trata de un análisis secuencial, estructurado, con preguntas definidas para detectar errores subyacentes latentes del proceso y de los elementos que lo integran. La identificación de las causas puede simplificarse aplicando distintos métodos como el diagrama de causa-efecto o diagrama de Ishikawa, el grupo nominal, la tormenta de ideas o los cinco por qué, entre los más citados.³⁵

Los servicios de urgencias y emergencias (SUE) son áreas asistenciales donde existe un alto riesgo de incidentes y eventos adversos, que afectan, por tanto, a la seguridad del paciente (SP).³⁶

El Programa SEMES-Seguridad Paciente inició una estrategia en el 2008 en los servicios de urgencias y emergencias enfocada a la difusión de la cultura de seguridad, la formación en seguridad del paciente de los profesionales, el análisis de los incidentes

³⁵ Ibídem, pág. 328.

³⁶ Ídem.

con o sin daño en los servicios de urgencias y emergencias y el desarrollo de herramientas proactivas para la detección de riesgos durante la atención urgente.

Como fruto de ello se ha generado una red de instructores de seguridad del paciente para Los servicios de urgencias y emergencias, compuesta actualmente por 176 profesionales; se ha desarrollado el estudio EVADUR y CULTURA, que han permitido conocer tanto la incidencia de sucesos adversos en dichos servicios, sus causas y evitabilidad, como el grado de seguridad y cultura de las organizaciones; y finalmente se ha elaborado un mapa de riesgos de la atención urgente.

Todo ello ha permitido, no sólo conocer la situación en seguridad del paciente de los servicios de urgencias y emergencias, sino recomendar y desarrollar estrategias específicas enfocadas a la reducción de riesgos para el paciente derivados de la asistencia en los servicios de urgencias y emergencias.

Es por todo conocido que la unidad de emergencia, junto con las unidades de cuidados intensivos y el área quirúrgica son, probablemente, las áreas del hospital de mayor riesgo de sucesos adverso.

Esta afluencia no es programable, la actividad se condensa con mayor intensidad en determinadas franjas horarias y la complejidad de las visitas es diversa; todo ello favorece el riesgo de aparición de incidentes. Su labor se caracteriza por la toma de decisiones tiempo-dependiente, rápidas y con escasa información sobre los antecedentes y características del paciente, lo que conlleva un elevado riesgo en su ejecución.

Además, en ellos concurre un elevado nivel de interrelación entre profesionales distintos, una práctica de procedimientos de diferentes tipos y el empleo de medicaciones de alto riesgo, elementos conocidos como las principales condiciones latentes favorecedoras de la aparición de sucesos adversos.

Estas condiciones, junto con otras inherentes a la formación de los profesionales y sus competencias (elementos ligados a una falta de especialidad reconocida en España, a diferencia de otros países).³⁷

**FACTORES CAUSALES RESPONSABLES DE INCIDENTES EN URGENCIAS,
SEGÚN EL ESTUDIO EVADUR.**

CAUSAS	FRECUENCIA (%)
Manejo inadecuado del paciente.	17.43 %
Retraso en el diagnóstico.	14.85 %
Reacción adversa a la medicación.	13.47 %
Manejo inadecuado de la técnica.	13.27 %
Error en el diagnóstico.	9.31 %
Omisión de dosis o medicación.	8.91 %
Comunicación médico-paciente.	7.92 %
Inadecuado manejo de signos de alerta.	5.74 %
Comunicación médico-enfermera.	5.35 %
Mantenimiento inadecuado de catéteres.	4.95 %
Dosis incorrecta.	4.75 %
Retraso en la consulta especializada.	4.55 %
Comunicación enfermero-paciente.	4.16 %

*Adaptado de Tomas S. et al5. Un incidente puede haber tenido más de un factor causal.³⁸

³⁷ T. Santiago y CH. Manuel, *op. cit.*, pág. 226

³⁸ *Ibíd.*, pág. 229.

ESTRATEGIAS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS.

❖ ESTRATEGIAS DE MEJORA:

- Crear cultura Divulgación de la cultura de seguridad.
- Formación en seguridad paciente.
- Campañas divulgativas.
- Medir qué ocurre Indicadores de seguridad.
- Estudios de incidencia.
- Evolución cultura.
- Detectar y analizar Notificación eventos adversos.³⁹

❖ ANÁLISIS DE CASOS:

- Mapas de riesgos para la detección de riesgos.
- Programas específicos Farmacéutico en urgencias de mejora Formación en manejo adecuado de procedimientos y cuidados.
- Simulación.
- Sistemas de comunicación.
- Estrategias de participación del paciente.
- El tratamiento de “las segundas víctimas”.⁴⁰

Los objetivos del establecimiento de un sistema de notificación de errores y sucesos adversos son: aprender de la experiencia ajena, valorar la evolución de los progresos en prevención, y detectar riesgos emergentes relacionados con la aparición de nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas.

³⁹ Ibídem, pág. 231.

⁴⁰ Ídem.

Por las implicaciones legales que puede tener la notificación de efectos adversos la tendencia es que los sistemas de notificación lo sean de incidentes. Sistemas de notificación voluntaria se están implantando en muchas organizaciones, y se inspiran en los diseñados en el entorno de la seguridad aérea.

Las cualidades que contribuyen al éxito de un sistema de estas características han sido analizadas, debiendo destacarse en particular el carácter no punitivo y anónimo de los sucesos incluidos.⁴¹

EL SISTEMA DEBE SER:

No punitivo	No debe producir miedo a castigo o represalia como resultado del mismo.
Confidencial	La identificación del paciente, el informador y la institución no debe ser nunca revelada.
Independiente	El sistema debe ser independiente de la autoridad con capacidad de castigar al informador o su organización.
Análisis por expertos	Los informes deben ser valorados por expertos que consideren las circunstancias del suceso reportado.
Ágil	Los informes deben ser analizados con prontitud, haciendo llegar las recomendaciones a las personas que las precisen, especialmente si se han identificado riesgos importantes.
Orientado hacia el sistema	Las recomendaciones deben centrarse en cambios en el sistema, los procesos y los recursos, más que en el comportamiento de los individuos.
Sensible	La agencia que recibe los informes debe ser capaz de difundir recomendaciones y consensuar actuaciones con las organizaciones implicadas.

42

⁴¹ Sociedad de Calidad Asistencia. ob. cit., pág. 328.

⁴² Ibídem, pág. 329.

CONDICIONES LATENTES DE RIESGO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS.

A. EN LOS PACIENTES:

- 1) Afluencia.
- 2) Tipología y gravedad.
- 3) Complejidad clínica:
- 4) Pluripatología.
- 5) Envejecimiento.
- 6) Enfermedades crónicas.
- 7) Variabilidad clínica.⁴³

B. EN LOS PROFESIONALES PROFECIONALES:

1) Médicos y Enfermería:

- Formación heterogénea
- Plantilla, guardias, personal eventual y residentes.
- Falta de seguimiento del paciente.

2) Motivación (*burnout*).

3) Experiencia.

C. EN LOS PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN:

- 1) Profesional-paciente.
- 2) Profesional-profesional.
- 3) Cambios de turno o guardia.

⁴³ T. Santiago y CH. Manuel, *op. cit.*, pág. 226

D. ERRORES DE MEDICACIÓN:

- 1) Reacciones adversas a la medicación.
- 2) Medicación de alto riesgo.
- 3) Comunicación:
 - Órdenes verbales.
 - Mala letra: órdenes médicas, recetas.
 - Prescripción informática: fenómenos de “copia y pega”.
- 4) No revisión por farmacia.

E. CONDICIONES DE TRABAJO.

1) Escasa información sobre el paciente:

- a. Paciente desconocido.
- b. Dificultad acceso a historia clínica.

2) Interrupciones y distracciones.

3) Turnos de trabajo:

- Guardias: cansancio, interrupción del sueño.
- Turnos: intercambios de información; mayor nº intervenciones por paciente.
- Presión asistencial:
 - Ratio médico-enfermero/paciente.
 - Sobrecarga asistencial.
- Cambio de ubicación del enfermo.
- Cartera de servicios heterogénea.⁴⁴

⁴⁴ Ibídem, pág. 226.

VII. PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN.

Población.	Intervención.	Comparación.	Resultado.
Personal involucrado de la atención de los pacientes de la unidad de emergencias médicas del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.	Encuesta estructurada.	Ninguna.	Conocer la situación de seguridad de pacientes en la unidad de emergencia médica del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.

¿Es frecuente que se presenten incidentes y eventos adversos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom?

VIII. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE RESULTADOS.

El presente estudio pretende conocer la situación de seguridad de pacientes en la unidad de emergencia médica del hospital nacional de niños benjamín Bloom. De esta manera iniciar el camino a una búsqueda activa para crear una cultura permanente de seguridad.

Debido a que la seguridad de paciente es una rama nueva en el espectro de las ciencias médicas, no existe estudios previos en el ámbito nacional, y el presente estudio podría generar las condiciones para iniciar una investigación activa sobre esta temática en nuestro hospital e incluso a nivel nacional. Sirviendo en mismo como un insumo para la creación de estrategias para impulsar una cultura de seguridad en la red pública de atención medica de nuestro país; con esta investigación se podría encontrar cuales son las debilidades de nuestra forma actual de atender a los usuarios de nuestro hospital, y con esta información crear mecanismos que favorezcan una cultura de seguridad.

IX. DISEÑO Y METODOS.

Tipo de Estudio: Descriptivo retrospectivo.

Universo: Médicos y enfermeras del sistema público de atención en salud de El Salvador.

Población: Médicos y enfermeras del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.

Muestra:

Debido a que la cantidad de médicos y enfermeras que laboran en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom es una cifra finita y manejable, se tomara como muestra a todo el personal médico y de enfermería de dicha unidad que den su consentimiento para la contestar las preguntas del instrumento de esta investigación y cumplan con los criterios establecidos para la ejecución de la misma.

Criterios de Inclusión:

- ❖ Médicos y enfermeras que laboran en la Unidad de Emergencia el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.
- ❖ Se incluirán en el estudio a los médicos residentes que estén rotando de planta en esa área en el momento se realice el estudio.

Criterios de Exclusión:

- ❖ Médicos Internos.
- ❖ Médicos y Enfermeras en año social.

- ❖ Personal administrativo.
- ❖ Personal que este en vacaciones.
- ❖ Personal incapacitado o licencia por maternidad.
- ❖ Residentes de medicina y cirugía pediátrica de primer año.
- ❖ Auxiliares de enfermería.
- ❖ Residentes que solo lleguen a cubrir la Unidad de Emergencia de turno o en horas de oficina.

Método: Entrevista estructurada.

Instrumento: cuestionario. El cual fue elaborado para este trabajo de investigación a partir del estudio EARCAS (Ver anexo).

Al realizar la entrevista estructurada se recolectaron los datos de forma anónima, pero se aclararon dudas con respecto a los términos utilizados en la misma., sin hacer indicaciones sugerentes que influenciaran las respuestas del personal al que se le tomo la encuesta. Para recolectar la información de la encuesta el personal de la Unidad de Emergencia dio su autorización por medio de un consentimiento informado. Con la encuesta se midieron varios aspectos en la primera parte de la encuesta se conoció la percepción de los encuestados sobre características de una cultura de seguridad que se practican en la Unidad de Emergencia, luego se identificó los incidentes y eventos adversos más comunes, por último se determinó los factores inductores que los propician de acuerdo a la experiencia de personal.

X. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Con el presente estudio se pretende determinar cuál es la situación de seguridad de paciente en la Unidad de Emergencia en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom para lo cual se realizó la recolección de datos de manera anónima, con la finalidad de conseguir la información lo más veraz posible.

En el presente estudio se pretende, identificar las causas que no favorezcan la seguridad para el paciente con la finalidad que estas sean modificadas. Además utilizar la presente investigación como insumo para diseñar estrategias, para generar un mejor desempeño atención médica en la Unidad de Emergencias del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom. Con lo cual se beneficie a los pacientes brindándoles la mejor atención posible.

Se mantendrá el anonimato de las personas que proporcionaran la información, ha si como la identidad de los paciente y personal implicado en los incidentes y/o eventos adverso que se recolecte información en el presente estudio.

Se llenó un formulario de consentimiento informado en donde el personal manifestó su disposición a llenar el cuestionario de la entrevista estructurada. (Ver anexo).

Para la realización de este estudio se contó con la aprobación de las Jefaturas de Medicina y Cirugía de La Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom y la aprobación por parte del Comité de Ética en investigación clínica del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.

XI. ORGANIZACIÓN DE ESTUDIO.

Recursos Humanos:

En la presente investigación se contó con un médico residente egresado Especialidad de Medicina Pediátrica el cual recolecto la información.

Recursos Técnicos:

Con la obtención de la aprobación del estudio por el Comité de Ética en Investigación Clínica del Hospital Benjamín Bloom, se recopiló la información con el aval de los jefes de la Unidad de Emergencia.

Luego se procedió a la recolección de datos con la entrevista estructurada con el personal que cumplió con todos los criterios de inclusión y además accedió a realizar la encuesta. Luego se tabularon los datos y se elaboró el informe final.

XII. RESULTADOS.

La muestra con la cual se ha desarrollado esta investigación fue con 49 recursos que representan el 90.7 % del personal de la unidad de emergencia, los cuales cumplen con los criterios de inclusión y exclusión. A continuación se muestran los datos más importantes los cuales han sido obtenidos por una encuesta estructurada. (para mayor detalle ver anexos).

Tabla 1. Distribución de la muestra con la cual se realizó la investigación sobre Seguridad de Pacientes en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom del 20 de octubre de 2013 al 20 de octubre de 2014.

RECURSOS	fr%
Médicos	39%
Enfermeras	47%
Residentes	14%
Total	100 %

Cuando al personal de la emergencia se le pregunta cuales son los aspectos que conforman la política de seguridad de paciente responden lo siguiente:

Tabla 2. Política de Seguridad de paciente aplicada en la Unidad de Emergencia en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

CULTURA DE SEGURIDAD.	NUNCA.	A VECES.	CASI SIEMPRE.	SIEMPRE.	TOTAL
	fr%	fr%	fr%	fr%	fr%
En la emergencia habla con sus superiores sobre los incidentes y eventos adversos.	4 %	23 %	35 %	38 %	100 %
Castigar a las personas que cometen errores es forma más eficaz para prevenirlos.	51%	41%	4%	4%	100%
Existen mecanismos para prevenir eventos adversos en la unidad de emergencia.	4%	35 %	22 %	39 %	100%
Cuando se da un evento adverso se revisa y se crean mecanismos para evitar acontecimientos similares en próximas ocasiones.	6 %	31 %	37 %	26 %	100%
Cuando se da un evento adverso se buscan culpables.	0 %	26 %	31 %	43 %	100%
Cuando se da un evento adverso se buscan causas y estas se corrigen.	4%	29 %	38 %	29 %	100%

Cuando se le pregunto al personal cuales eran los incidentes que se han dado en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014 respondieron lo siguiente:

Tabla 3. Cantidad del personal que ha observado al menos un incidente que se han dado en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

INCIDENTE	fr%
SI	76 %
NO	24 %
TOTAL	100%

Tabla 4. Incidentes que se han dado en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

	SI	NO	TOTAL
INCIDENTES	fr%	fr%	fr%
Fallo en la valoración clínica del paciente.	61 %	39 %	100%
No actualización de datos en la historia clínica.	53 %	47 %	100%
Retraso en el diagnóstico.	61 %	39 %	100%
Dosis incorrecta.	43 %	57 %	100%
Fallo en la identificación de diagnósticos médicos	51%	49%	100%
Indicación médica poco legible.	76 %	24 %	100%

Tabla 5. Frecuencia con que se han dado los incidentes en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

INCIDENTE.	DIARIO	SEMANAL	MENSUAL	VARIAS VECES AL AÑO	1 A 2 VECES AL AÑO	NO OBSER- VO	TOTAL
	fr%	fr%	fr%	fr%	fr%	fr%	fr%
Fallo en la valoración clínica del paciente.	4 %	6 %	10 %	29 %	12 %	39%	100%
No actualización de datos en la historia.	10%	10 %	4 %	19 %	10 %	47%	100%
Retraso en el diagnóstico.	10%	8 %	10 %	25 %	8 %	39 %	100%
No detección a tiempo del deterioro de capacidad cognitiva.	2 %	4 %	6 %	10 %	17 %	61 %	100%
Dosis incorrecta.	0 %	5 %	6 %	16 %	16 %	57 %	100%
Fallo en la identificación de diagnósticos médicos	0 %	4 %	8 %	18 %	21 %	49 %	100%

Cuando se le pregunto al personal cuales eran los eventos adversos que se han dado en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014 respondieron lo siguiente:

Tabla 6. Cantidad del personal que ha observado al menos un evento adverso que se han dado en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

EVENTO ADVERSO.	fr%
SI	45 %
NO	56 %
TOTAL	100%

Tabla 7. Los eventos adversos que se han dado en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

	SI	NO	TOTAL
EVENTO ADVERSO.	fr%	fr%	fr%
Fallo en la valoración clínica del paciente.	43 %	57 %	100%
No actualización de datos en la historia clínica.	35 %	65 %	100%
Retraso en el diagnóstico.	39 %	61 %	100%
No detección a tiempo del deterioro de capacidad cognitiva.	38 %	63 %	100%
Dosis incorrecta.	37 %	63 %	100%
Indicación médica poco legible.	45 %	55 %	100%

Tabla 8. Frecuencia con que se han dado los eventos adversos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

EVENTO ADVERSO	DIARIO	SEMANAL	MENSUAL	VARIAS VECES AL AÑO	1 A 2 VECES AL AÑO	NO OBSERVO	TOTAL
	fr%	fr%	fr%	fr%	fr%	fr%	fr%
Fallo en la valoración clínica del paciente.	2%	4%	6%	21%	10%	57%	100%
No actualización de datos en la historia.	4%	6%	2%	15%	8%	65%	100%
Retraso en el diagnóstico.	8%	2%	8%	13%	8%	61%	100%
No detección a tiempo del deterioro de capacidad cognitiva.	0%	0%	12%	12%	13%	63%	100%
Dosis incorrecta.	0%	4%	6%	8%	19%	63%	100%
Indicación médica poco legible.	8%	6%	8%	10%	13%	55%	100%

Al preguntar sobre cuáles fueron los factores que facilitaron que ocurrieran incidentes y eventos adversos respondieron lo siguiente:

Tabla 9. Factores que considera el personal de la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom que facilitaron que sucedieran los eventos adversos en el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

FACTORES QUE FACILITAN LOS EVENTOS ADVERSOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA	SI	NO	NO OBSERVO	TOTAL
	fr%	fr%	fr%	fr%
Exceso de trabajo	37 %	8 %	55 %	100%
Cantidad de personal asistencial menor a la requerida.	37 %	8 %	55 %	100%
Aumento en la demanda asistencial.	37 %	8 %	55 %	100%
Falta de un sistema que audite los eventos adversos.	39 %	6 %	55 %	100%
Falta de sistema de un reporte formal de eventos adversos.	37 %	8 %	55 %	100%
No corregir las causas que desencadenan los eventos adversos.	43%	2%	55 %	100%

Tabla 10. Factores que considera el personal de la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom que facilitaron que sucedieran los incidentes en el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

FACTORES QUE FACILITAN LOS INCIDENTES EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA.	SI	NO	NO OBSERVO	TOTAL
	fr%	fr%	fr%	fr%
Exceso de trabajo	71 %	4 %	25 %	100%
Cantidad de personal asistencial menor a la requerida.	69 %	6 %	25 %	100%
Aumento en la demanda asistencial.	71 %	4 %	25 %	100%
Falta de un sistema que audite los incidentes.	41 %	34 %	25 %	100%
Priorización en la labor asistencial sobre la formación y actualización académica.	40 %	35 %	25 %	100%
No corregir las causas que desencadenan los incidentes	53 %	22 %	25 %	100%

XIII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

Debido a la alta complejidad de atención de los pacientes en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom se decidió realizar la investigación sobre Seguridad de Paciente en esta área asistencial. Debido a que es un servicio de transición y alta complejidad es más probable que se den incidentes y eventos adversos en esta área de trabajo.

En la Unidad de Emergencia se cuenta con 24 enfermeras que tiene horario rotativo tanto de planta o de turno, más la jefa de enfermeras que en total son 25 recursos. Los médicos *staff* que laboran en esta área son 20, de los cuales 8 están en el área de medicina pediátrica y 12 están asignados para cirugía pediátrica distribuidos tanto de planta como de turno. Al momento de realizar la investigación se contaron con 9 residentes que estaban asignados de planta en la Unidad de Emergencia de los cuales 8 estaban asignados al área de medicina pediátrica y 1 residente de cirugía pediátrica.

El total de recursos con que cuenta la Unidad de Emergencia son 54. De los cuales 51 cumplían con los criterios de inclusión de este estudio, siendo 3 recursos no elegibles para la realización de este estudio, debido a que había un *staff* de medicina que estaba de vacaciones al momento de recolectar la información y estaban rotando 2 residentes de primer año de Medicina Pediátrica.

De los 51 recursos que eran elegibles para la investigación solo 49 estuvieron dispuestos a participar en la investigación. Por lo que para la elaboración de este estudio se cuenta con una muestra de 49 recursos que equivale al 90.7 % de los médicos y enfermeras que labora en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.

A los participantes en este estudio se les realizó una encuesta estructurada con el objetivo de medir 3 aspectos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom: identificar cuáles son los incidentes y eventos adversos más comunes que suceden en esta área de trabajo, además conocer los factores inductores

que influenciaron para que sucedieran los eventos e incidentes adversos y determinar qué características de una cultura de seguridad se practican en la Unidad de Emergencia.

El periodo de tiempo que se realizó la toma de la encuesta fue del 3 noviembre de 2014 al 10 de noviembre de 2014. Las personas a las cuales se les realizó la encuesta llenaron un consentimiento informado donde expresan su disposición de ser parte del estudio. La muestra con la que se trabajó fue de 49 recursos los cuales eran 23 enfermeras (47%), 7 residentes (14 %) y 19 médicos de *staff* (39%).

En la primera parte de la encuesta se les solicita a los participantes que señalen con qué frecuencia se dan algunos aspectos como política de cultura de seguridad de la unidad de emergencia, cabe mencionar que la cultura de una organización es el corazón de la misma siendo la cultura de seguridad un conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, que determinan el grado de compromiso de las organizaciones, para disminuir los riesgos y daños.

Los aspectos que mayoritariamente se consideran que siempre se ocupa en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom como política cultura de seguridad son: buscar culpables cuando se da un evento adverso (43 %), existencia de mecanismos para prevenir eventos adversos (39%) y hablar con los superiores al haber incidente o eventos adversos (38 %).

Al analizar en su conjunto los aspectos de una buena política sobre cultura de seguridad del paciente, que siempre o casi siempre se practican en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín se puede destacar:

- El personal habla con sus superiores sobre incidente y eventos adversos (73 %).
- Cuando se da un evento adverso se buscan la causa y estas se corrigen (67%).
- Existen mecanismos para prevenir eventos adversos en esta área de trabajo (61%).

- Cuando sucede un evento adverso se revisa y crean mecanismos para evitar acontecimientos similares. (63%).

Se podría mencionar que la cultura de seguridad en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom en términos generales es positiva debido a que se identifican las causas que desencadenan eventos adversos, se crean mecanismos para evitar similares y se comunica al menos de manera informal a sus superiores la ocurrencia de eventos adversos.

Entre las cosas que se podrían mejorar es que solo 61% de los encuestados refieren que siempre o casi siempre existe mecanismo para prevenir eventos adversos, pero sería conveniente que al detectar un evento adverso siempre se crearan medidas proactivas de prevención.

El 51% de los encuestados considera que castigar a los que cometen errores nunca es la forma más eficaz de prevenirlos y el 49 % restante refiere que en alguna medida lo previene, debido a que errar es humano el castigo no es la medida que garantiza disminuir los eventos adversos sino crear mecanismo para identificar activamente la causa que los producen. Si bien es cierto es necesario identificar las personas implicadas en los incidentes o eventos adversos, es más trascendental determinar cuáles fueron los factores que favorecieron que estos ocurrieran.

El 76% de los encuestados refieren al menos haber observado un incidente en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014. Siendo los incidentes que con mayor frecuencia se dieron:

- Indicación médica poco legible (76%).
- Retraso en el diagnóstico (61%).
- Fallo de la valoración clínica del paciente (61%).

Con respecto a la frecuencia con que sucedieron los incidentes se puede mencionar que el 25% de los encuestados refiere que la indicación médica poco legible fue una situación que se dio varias veces al año, cabe destacar que al mismo tiempo 22% de las personas encuestadas refieren que esta situación se dio a diario. Al observar la distribución de los incidentes con respecto a que tan a menudo suceden, se puede decir que la mayoría de los incidentes se dan 1 a 2 veces al año o varias veces al año. Es importante mencionar que la mayoría de incidentes observados por el 76 % de los encuestados se agrupan en su mayoría en las categorías de varias veces al año y 1 a 2 veces al año.

El 45% de las personas encuestadas observaron eventos adversos en la Unidad de Emergencia el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014 (ver gráfico 5 de anexo), además refieren que los eventos adversos observados con más frecuencia son:

- Indicación médica poco legible (45%).
- Fallo de la valoración clínica del paciente (43 %).
- Retraso en el diagnostico (39%).

Cuando se analiza la frecuencia con que se dan los eventos adversos se observa la mayoría se agrupan en las categorías varias veces al año y 1 0 2 veces al año.

Los encuestados consideran que los factores que más influye para que sucedieran eventos adversos es: no corregir la causa desencadenante del evento adverso (43%). Esto lo explica por el hecho que solo 23% de los encuestados refieren que siempre al darse un evento adverso se busca la causa que lo desencadeno y al mismo tiempo esta causa se corrige. El 39 % de los encuestados refieren que se dan los eventos adversos por la falta de un sistema que los auditen.

El 37 % considera que otros factores que contribuyeron a que se dieran eventos adversos son:

- Exceso de trabajo.
- Cantidad de personal menor a la requerida.
- Aumento de la demanda asistencial.
- Falta de un sistema formal de reporte de evento adverso.

Los aspectos que los encuestados indican que más influyeron para que sucedieran los incidentes fueron:

- Exceso de trabajo (71%).
- Aumento de demanda asistencial. (71%).
- Cantidad de personal asistencial menor a la requerida (69%).
- No corregirla causa desencadenante de los incidentes. (53%).
- Falta de un sistema que audite los incidentes (41 %).

XIV. CONCLUSIONES.

- Tanto el evento adverso y el incidente que se da con mayor frecuencia en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014 es la indicación médica poco legible.

- Los incidentes que más comúnmente ocurren la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014 son:
 - Indicación médica poco legible (76%).
 - Retraso en el diagnóstico (61%).
 - Fallo de la valoración clínica del paciente (61%).

- Los eventos adversos que más a menudo suceden en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014 son:
 - Indicación médica poco legible (45%).
 - Fallo de la valoración clínica del paciente (43 %).
 - Retraso en el diagnóstico (39%).

- El principal factor que facilita los eventos adverso observados en el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014 en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom es: no corregir la causas desencadenante de los eventos adversos.

- Los factores que facilitaron que ocurrieran los eventos adverso en el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014 en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom son:

- No corregir la causa desencadenante del evento adverso (43%).
 - Exceso de trabajo. (37 %)
 - Cantidad de personal menor a la requerida. (37 %)
 - Aumento de la demanda asistencial. (37 %)
 - Falta de un sistema formal de reporte de evento adverso. (37 %)
- El periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014 en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom existen muchos aspectos que favorecen una cultura de seguridad sana.
- Según los encuestados los aspectos que facilitan con mayor frecuencia que se dieran los incidentes en la Unidad de Emergencia fueron:
 - Exceso de trabajo (71%).
 - Aumento de demanda asistencial. (71%).
 - Cantidad de personal asistencial menor a la requerida (69%).
 - No corregirla causa desencadénate de los incidentes. (53%).
 - Falta de un sistema que audite los incidentes (41 %).

XV. RECOMENDACIONES.

- Debido a que incidente y evento adverso que se da con mayor frecuencia es la indicación médica poco legible, por lo que se recomienda que debería existir un sistema electrónico para digitar las indicaciones médicas.
- Creación de un sistema formal en el cual se reporten y se estudien los eventos adversos e incidentes, para que de esta manera se busque no solo de forma reactiva sino además proactiva ambos tópicos.
- Realización de un protocolo en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom para la detección y reporte de eventos adversos.
- Actualizar periódicamente los protocolos de atención pediátrica de tercer nivel, para que los manejos se han estandarizados y de esa manera disminuir la probabilidad de error.
- Al identificarse un evento adversó o incidente auditar el cuadro para identificar cuáles fueron los factores desencadenantes y realizar ajustes es el sistema de atención para mejorar los filtros que eviten que estos se seden.

XVI. BIBLIOGRAFÍA.

- La Seguridad del Paciente en Urgencias y Emergencias: balance de cuatro años del Programa SEMES-Seguridad Paciente Santiago Tomás, Manuel Chánovas, Fermín Roqueta, Tomás Toranzo.
- Gestión Sanitaria Calidad y Seguridad de Paciente Fundación MAPFRE.
- Manual de Calidad de Asistencial Servicio de Salud de Castilla-La Mancha 2009.
- La Seguridad del Paciente en Siete Pasos. Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA).Sistema Nacional de Salud (NHS) Reino Unido 2005.
- Curso de Evaluación y Mejora de la Calidad de Atención y la Seguridad del Paciente. Modulo III de Seguridad del Paciente Cultura de Seguridad del Paciente y Eventos Adversos Dr. Javier Santacruz Varela y Dr. Javier Rodríguez Suárez. México 2011.
- Unidad de Urgencias Hospitalaria Estándares y recomendaciones, Ministerio de Sanidad y Política Social de España.
- Estrategia en Seguridad del Paciente, Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005, Ministerio de Sanidad y Política Social de España.
- Seguridad de Paciente y Prevención de Efectos Adversos Relacionados con la Asistencia Sanitaria, Carlos Aibar Remón y Jesús M. Aranaz Andrés, Ministerio de Sanidad y Política Social de España.

- Seguridad del Paciente Hospitalizado, Ruelas E y Sarabia O, Tovar W, México: Editorial Médica Panamericana; 2007.
- Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico, Ministerio de Ciencia e Innovación de España, 2010.
- Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
- Estudio EARCAS: Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad 2011.
- <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EARCAS.pdf> , consultado en 30 de octubre de 2014.
- Guía de Práctica Clínica sobre Seguridad del Paciente, Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2006
- La seguridad en los cuidados del paciente hospitalizado, Proyecto SENECA, Informes, estudios e investigaciones, ministerio de sanidad y política social 2010.
- Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Versión 1.1, Informe Técnico Definitivo, OMS Enero de 2009.

XVII. ANEXO.

Grafico 1. Distribución de la muestra con la cual se realizó la investigación sobre Seguridad de Pacientes en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom del 20 de octubre de 2013 al 20 de octubre de 2014.

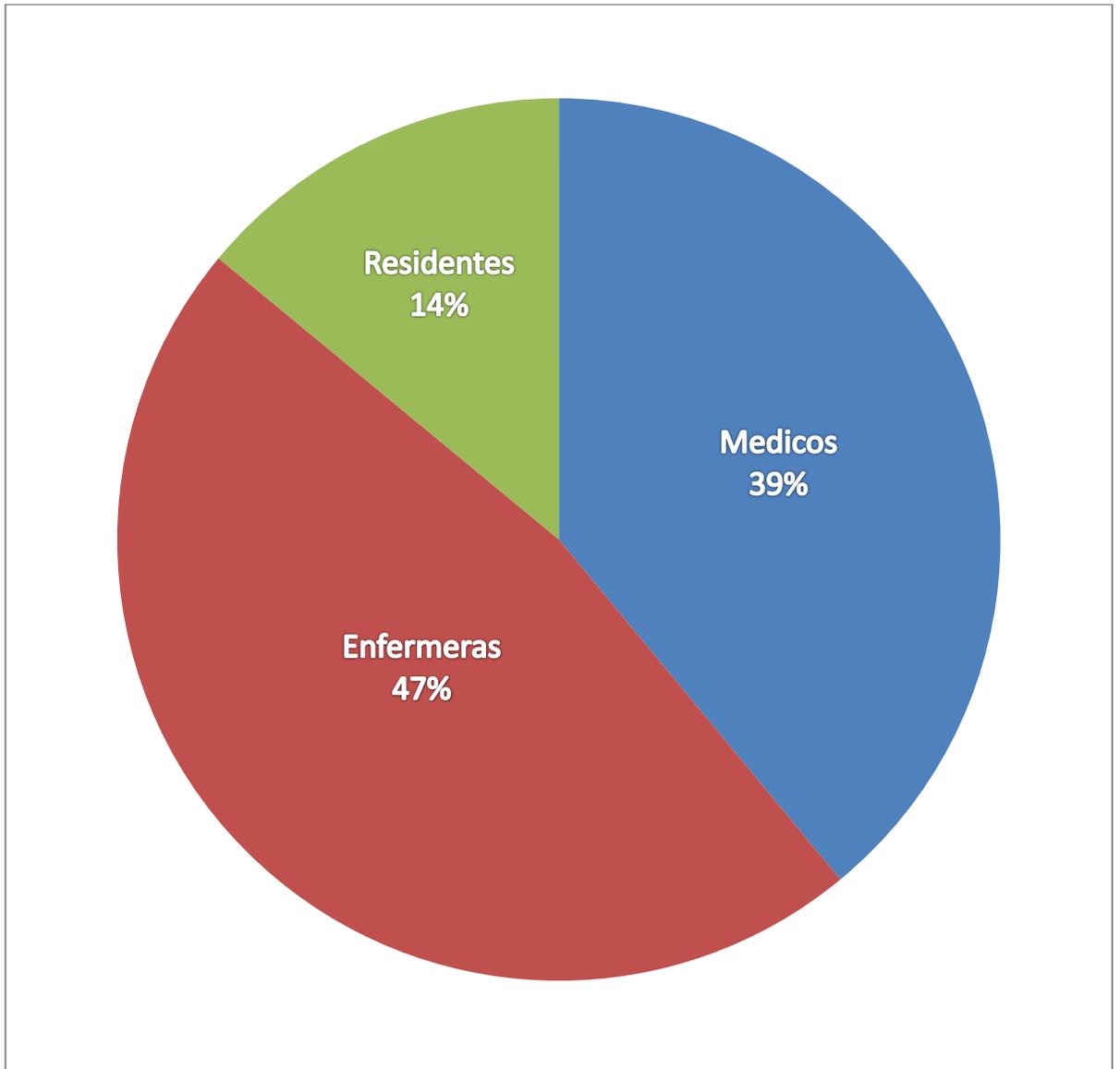


Grafico 2.1 Política de Seguridad de paciente aplicada en la Unidad de Emergencia en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

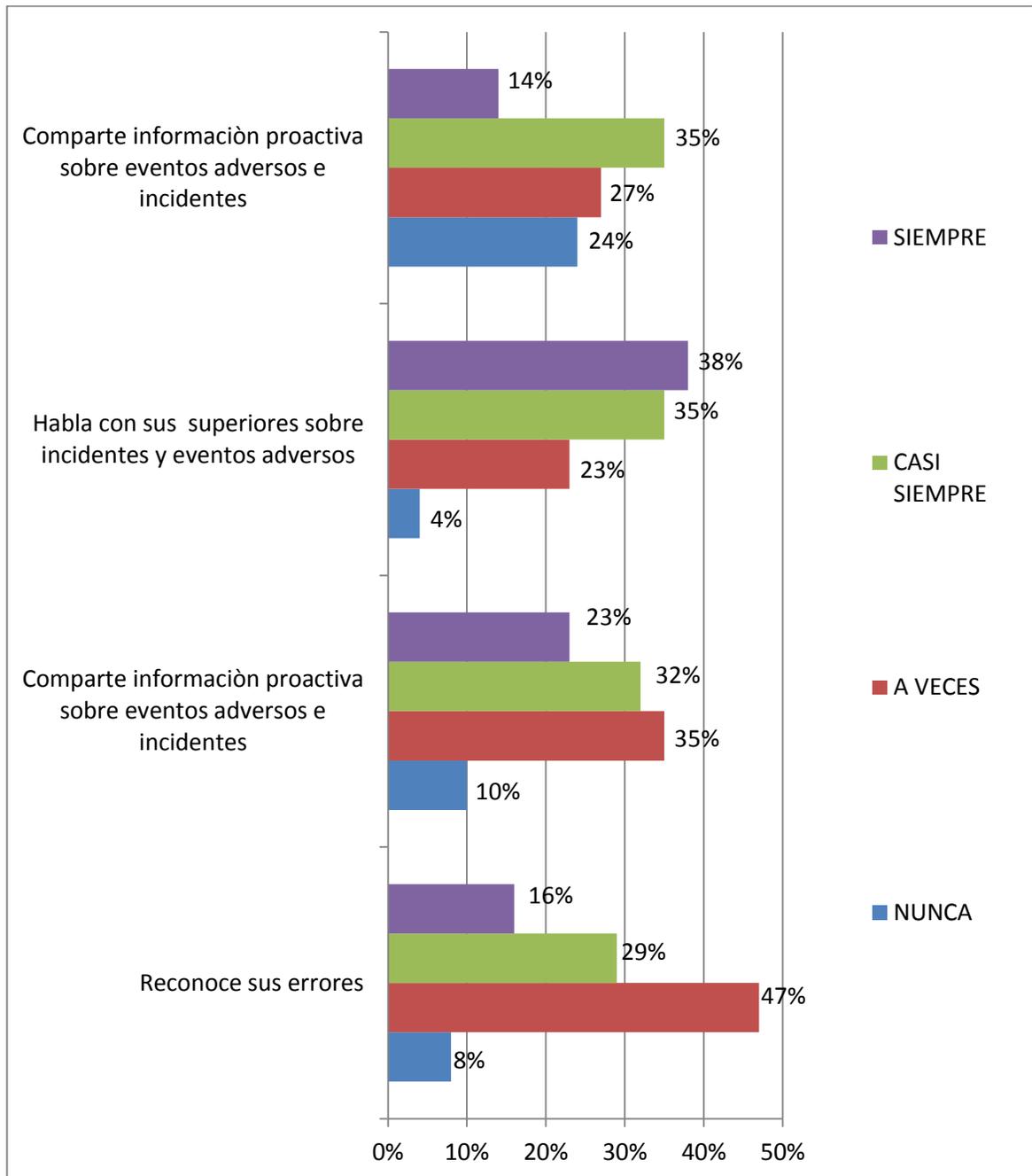


Grafico 2.2 Política de Seguridad de paciente aplicada en la Unidad de Emergencia en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

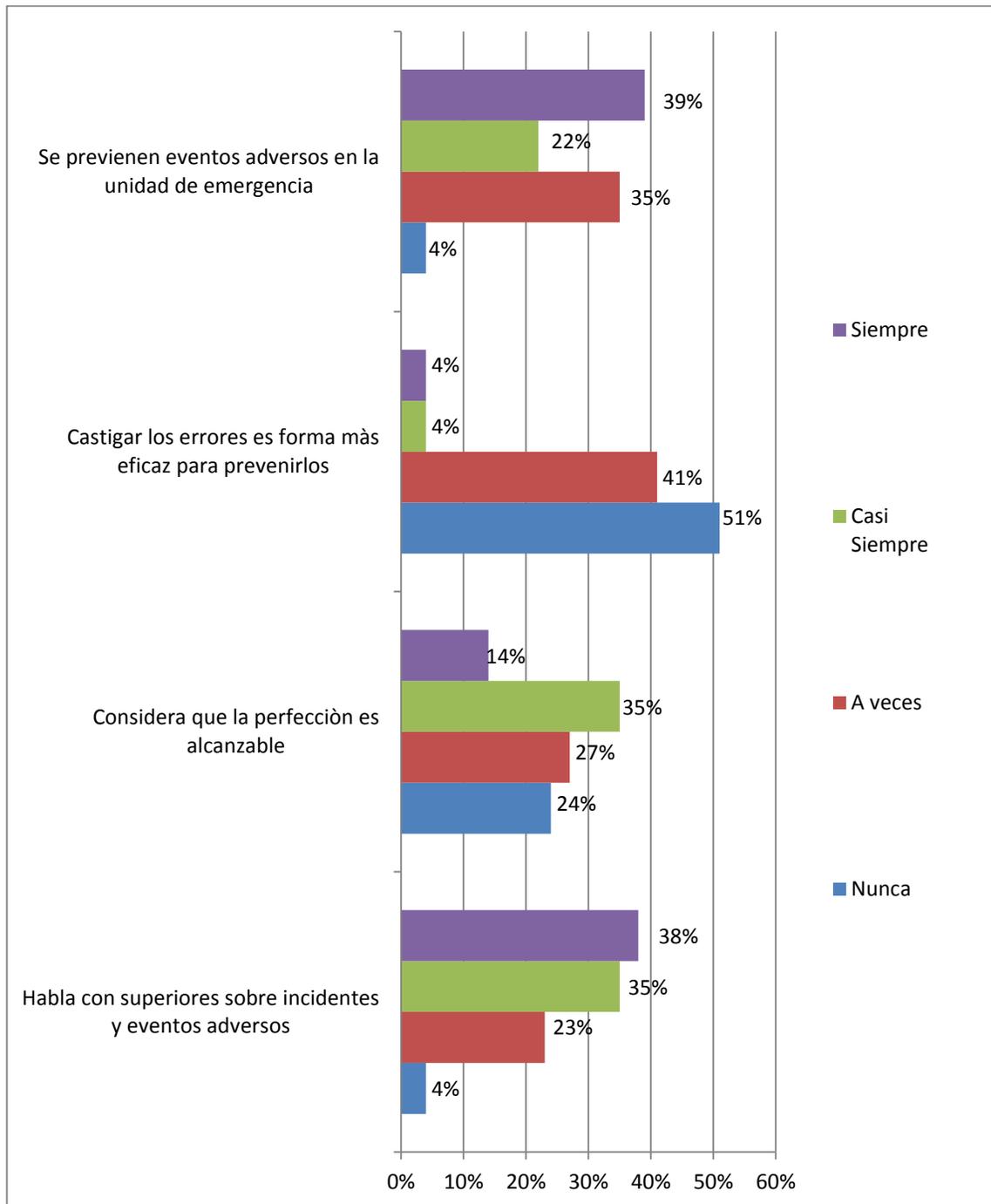


Grafico 2.3 Política de Seguridad de paciente aplicada en la Unidad de Emergencia en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

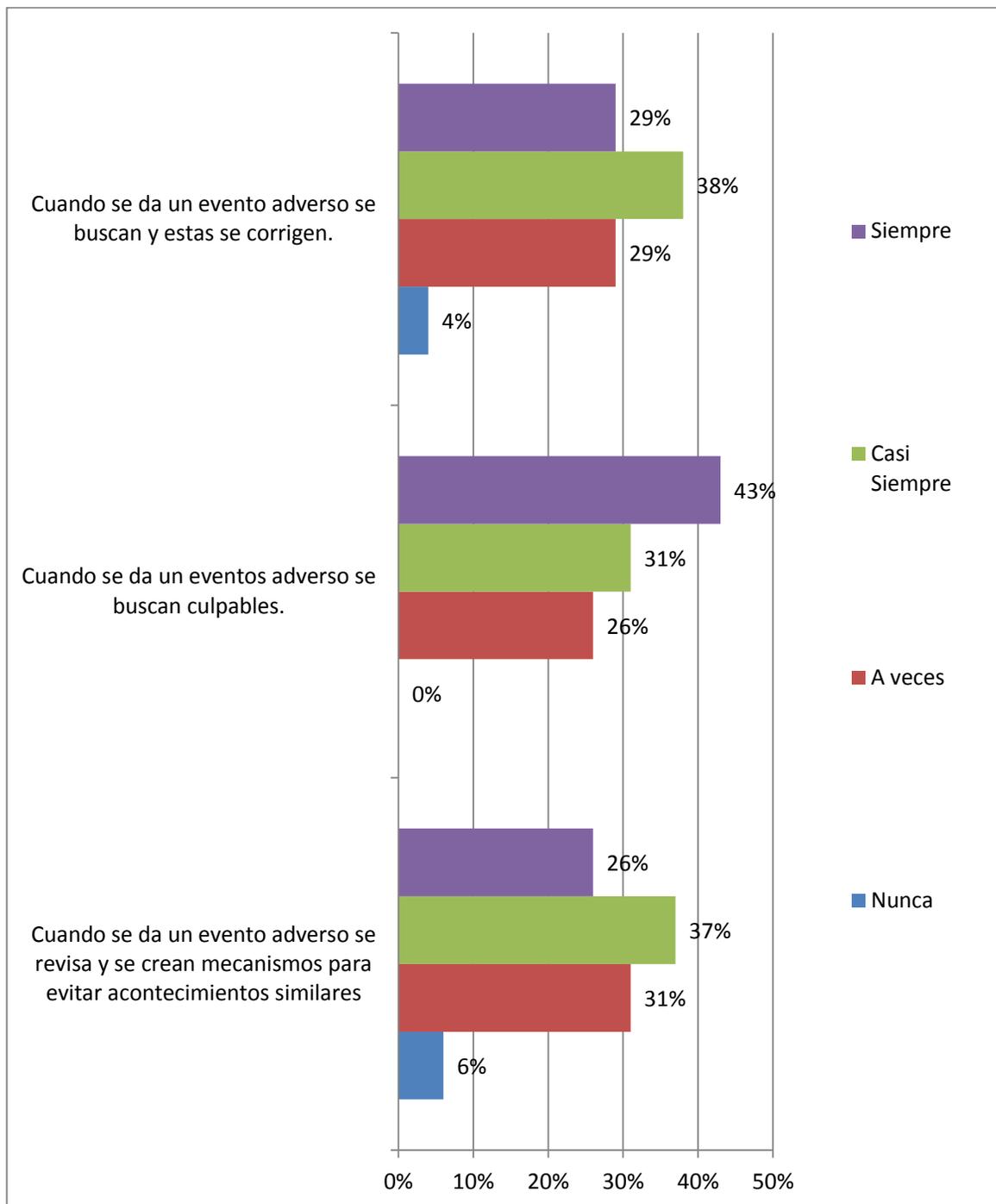


Grafico 3. Cantidad del personal que ha observado al menos un Incidentes que se han dado en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

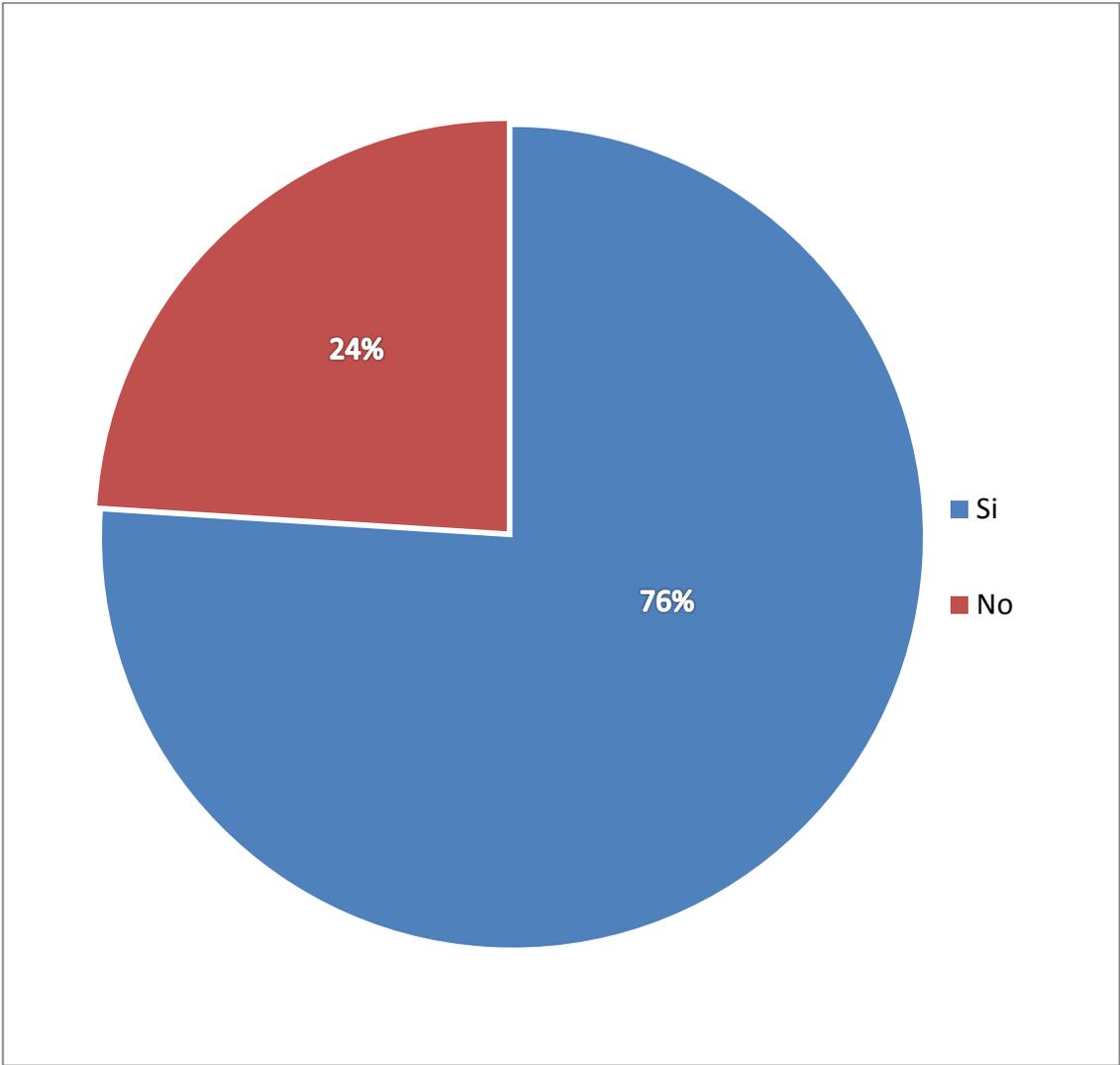


Grafico 4.1 Incidentes que se han dado en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

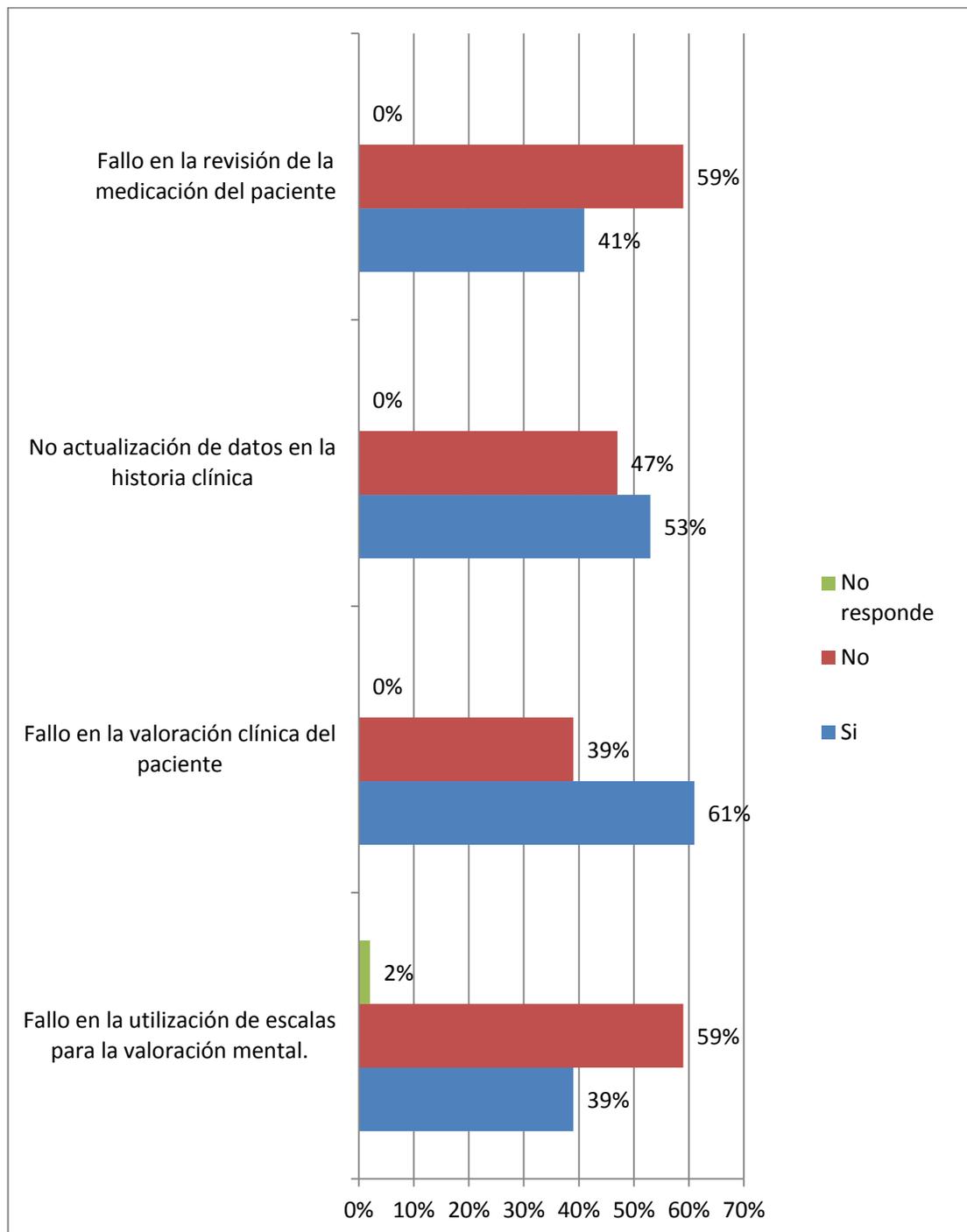


Grafico 4.2 Incidentes que se han dado en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

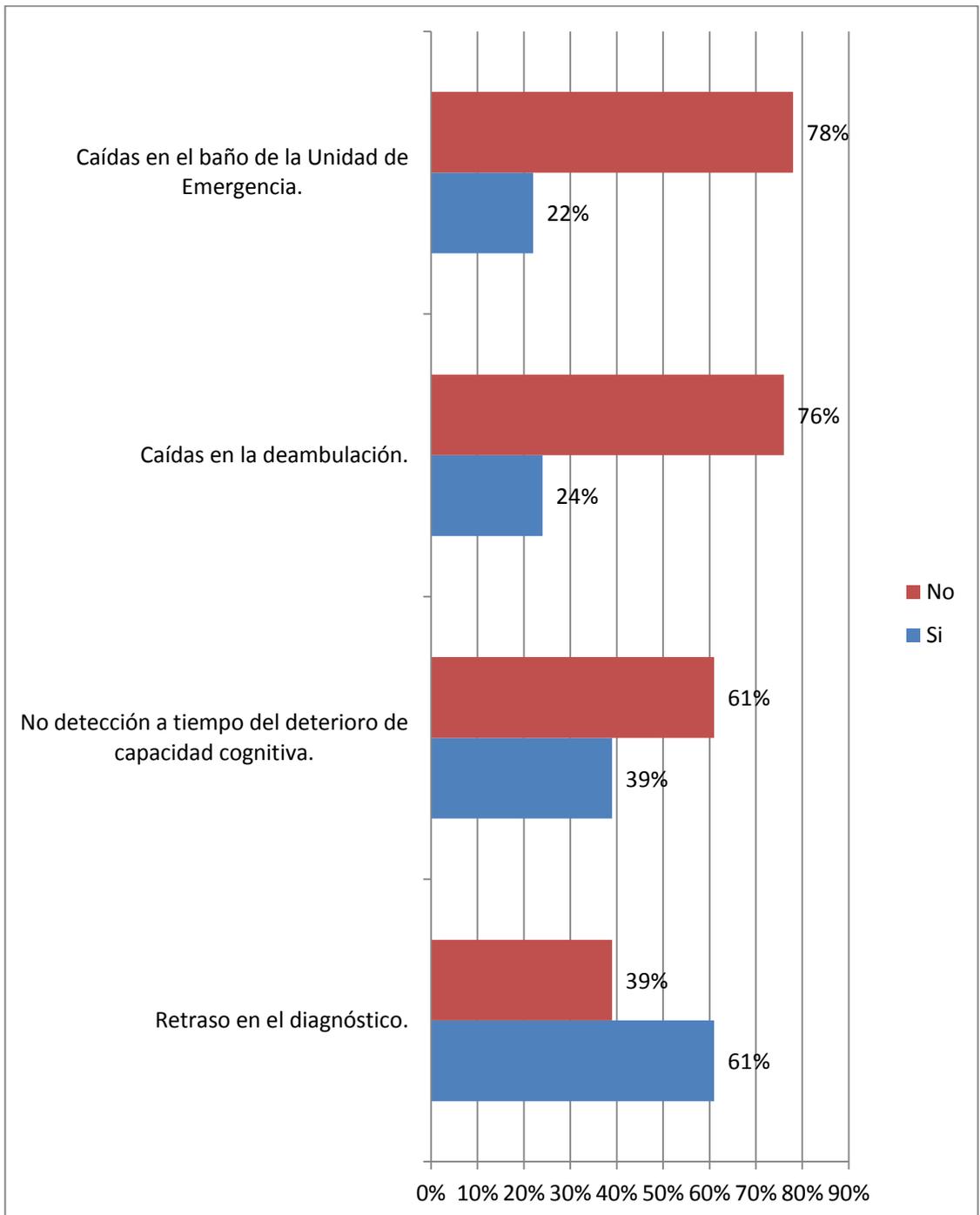


Grafico 4.3 Incidentes que se han dado en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

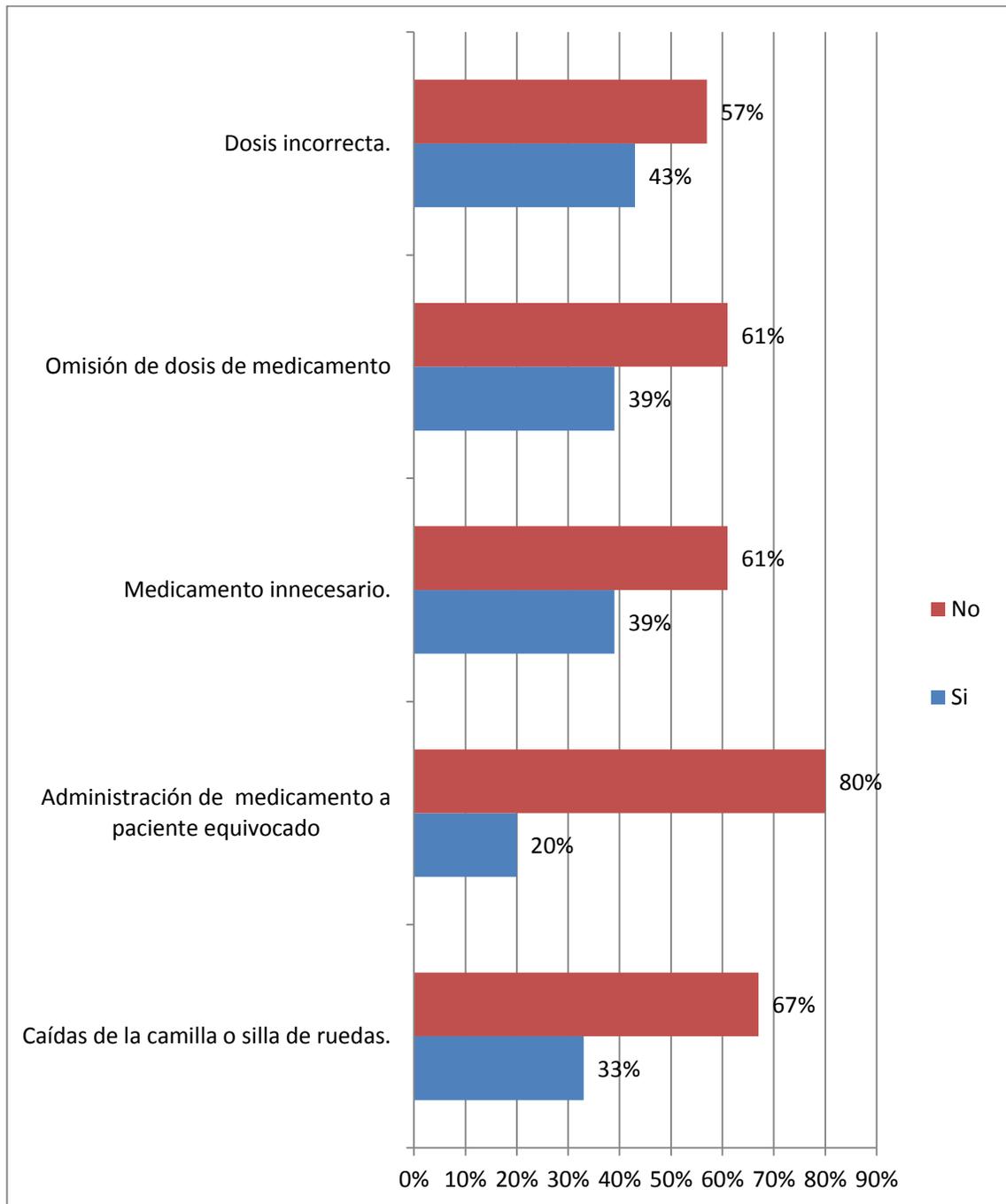


Grafico 4.4 Incidentes que se han dado en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

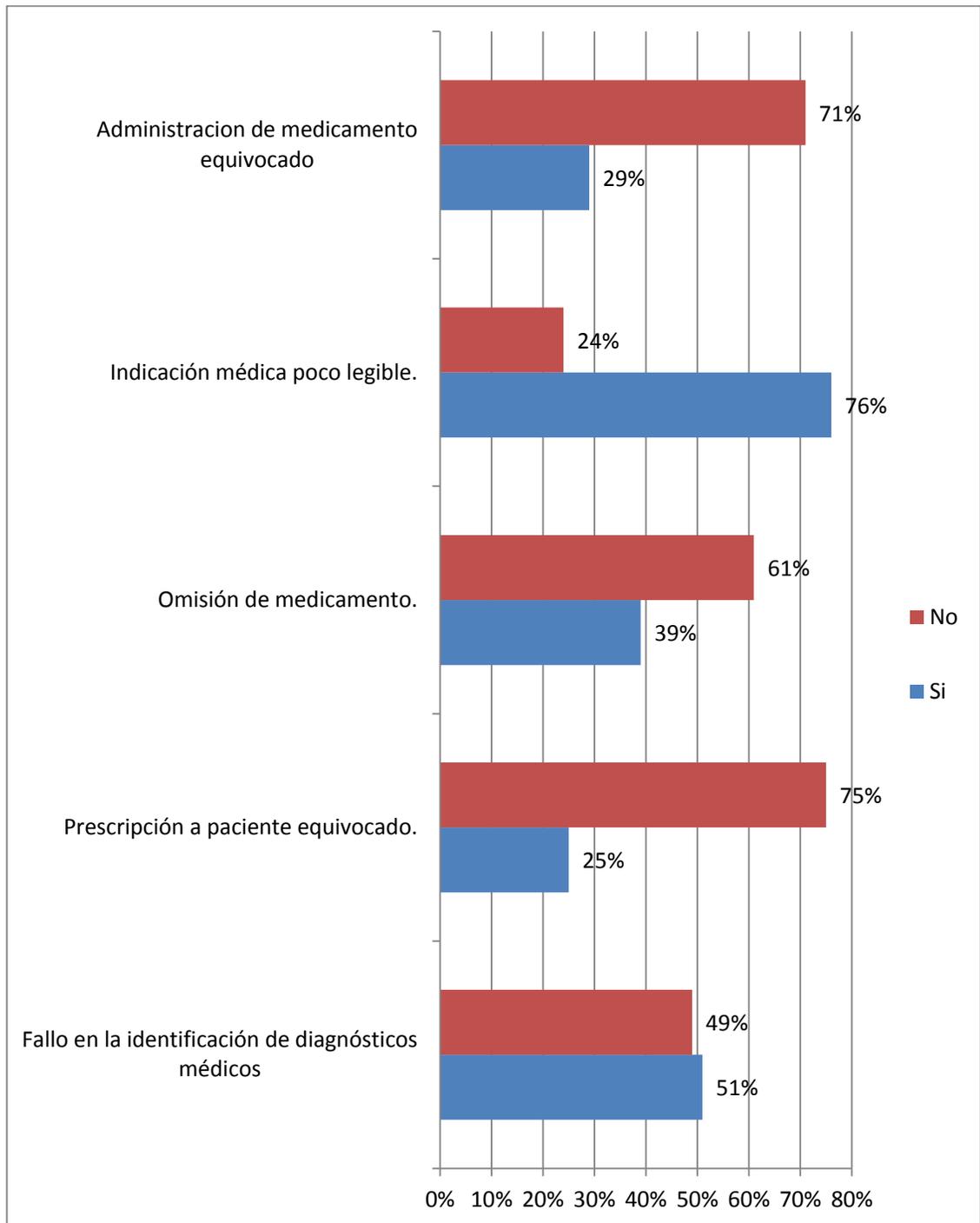


Grafico 5.1 Frecuencia con que se han dado los incidentes en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014

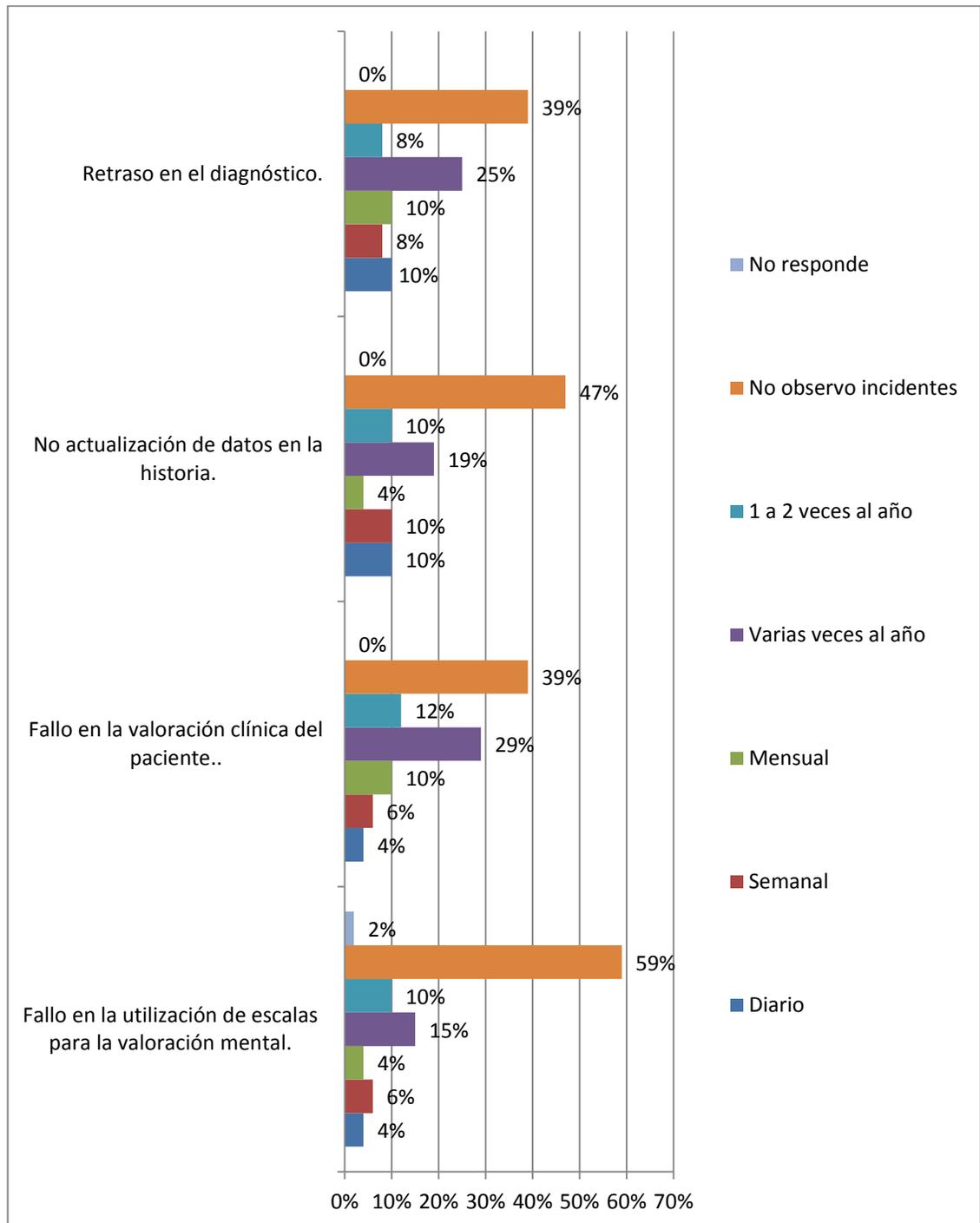


Grafico 5.2 Frecuencia con que se han dado los incidentes en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

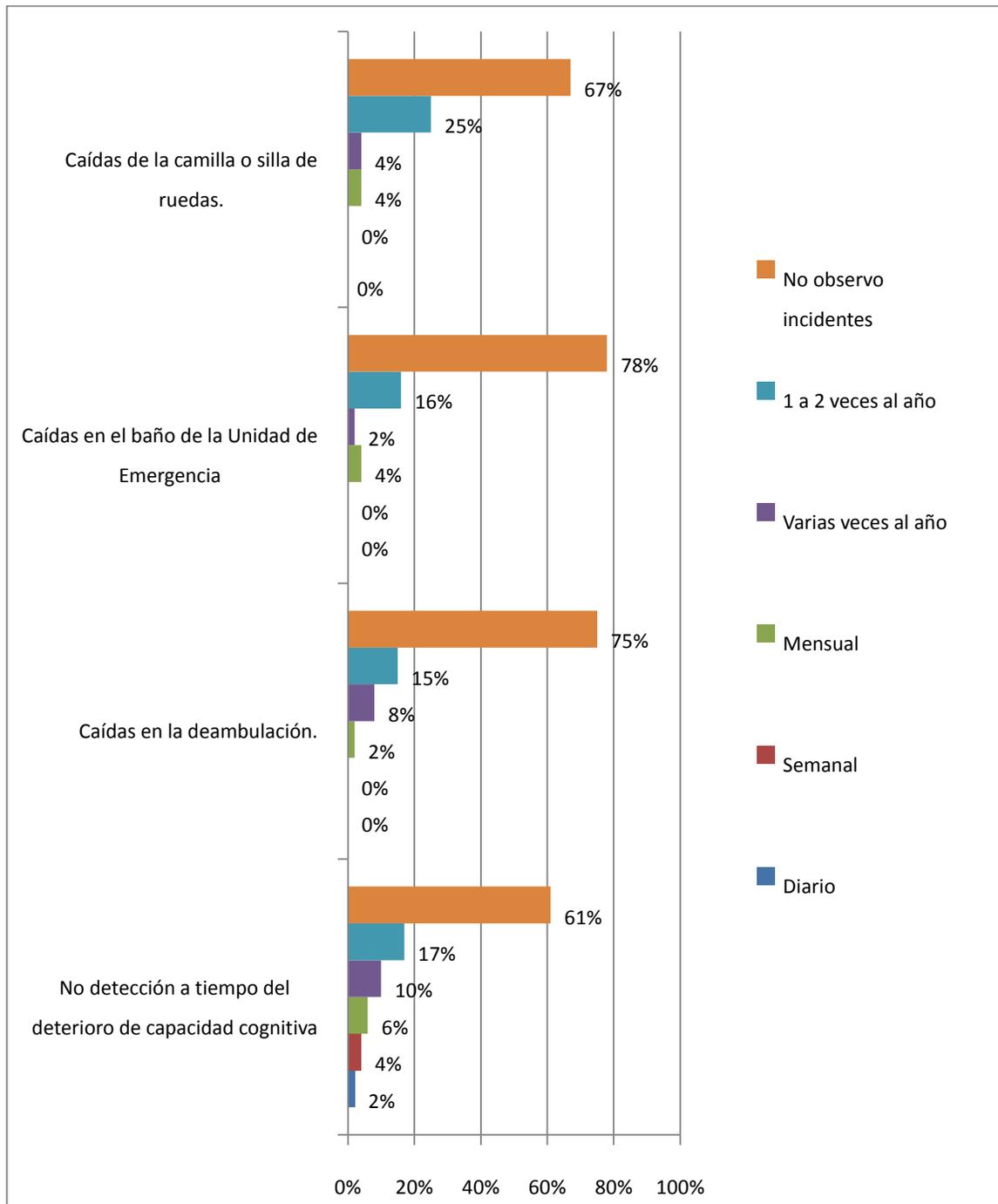


Grafico 5.3 Frecuencia con que se han dado los incidentes en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

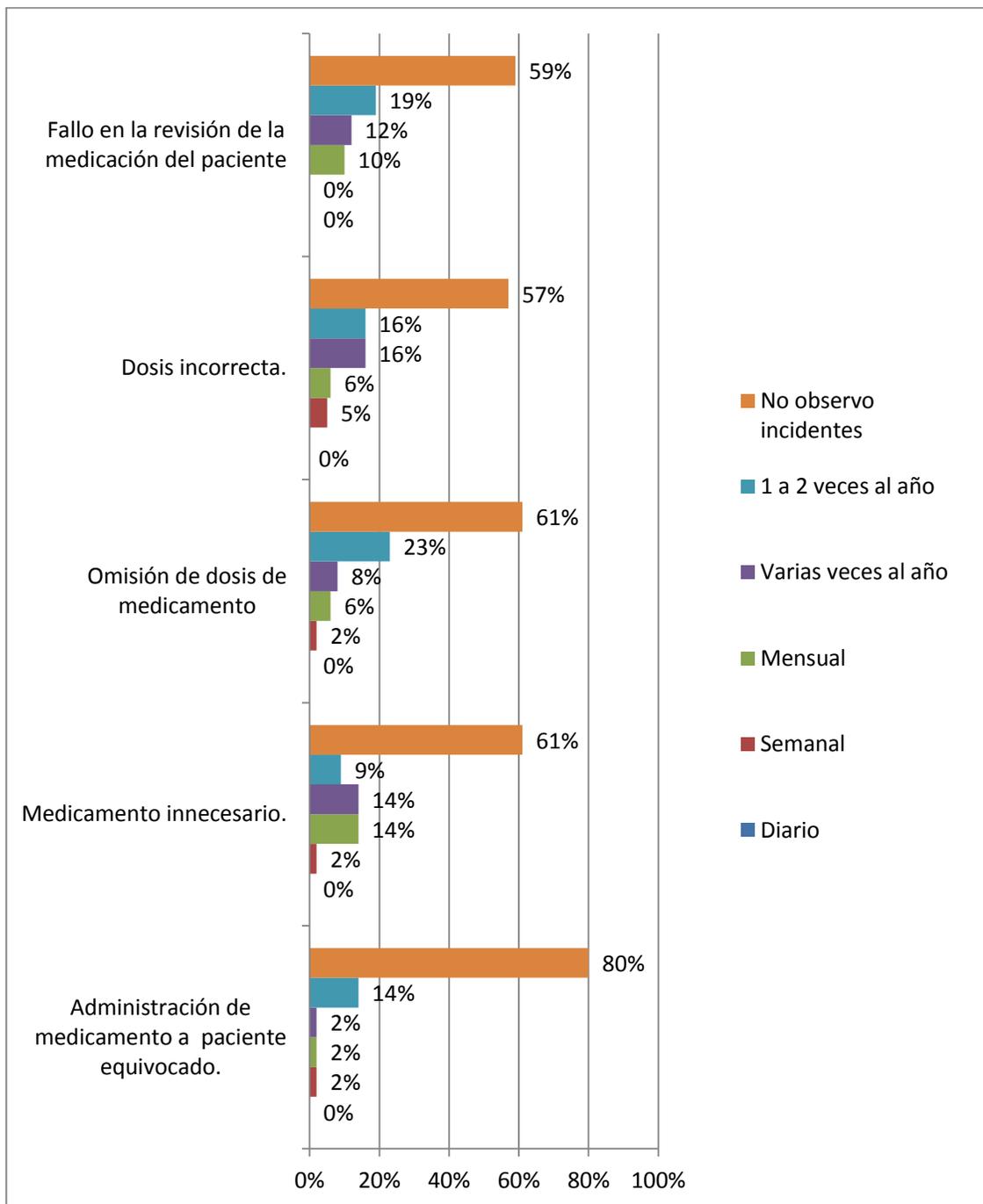


Grafico 5.4 Frecuencia con que se han dado los incidentes en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

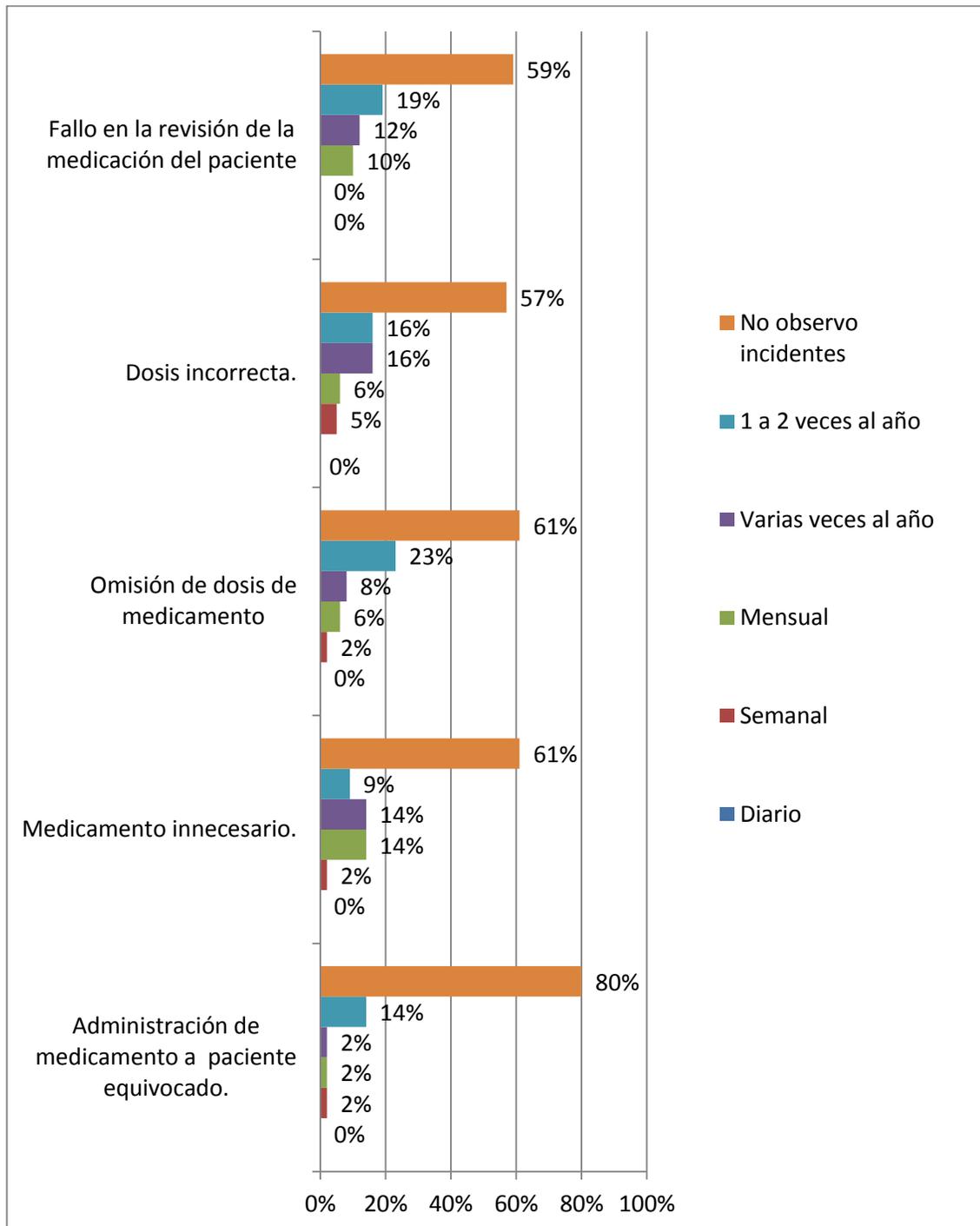


Grafico 5.5 Frecuencia con que se han dado los incidentes en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

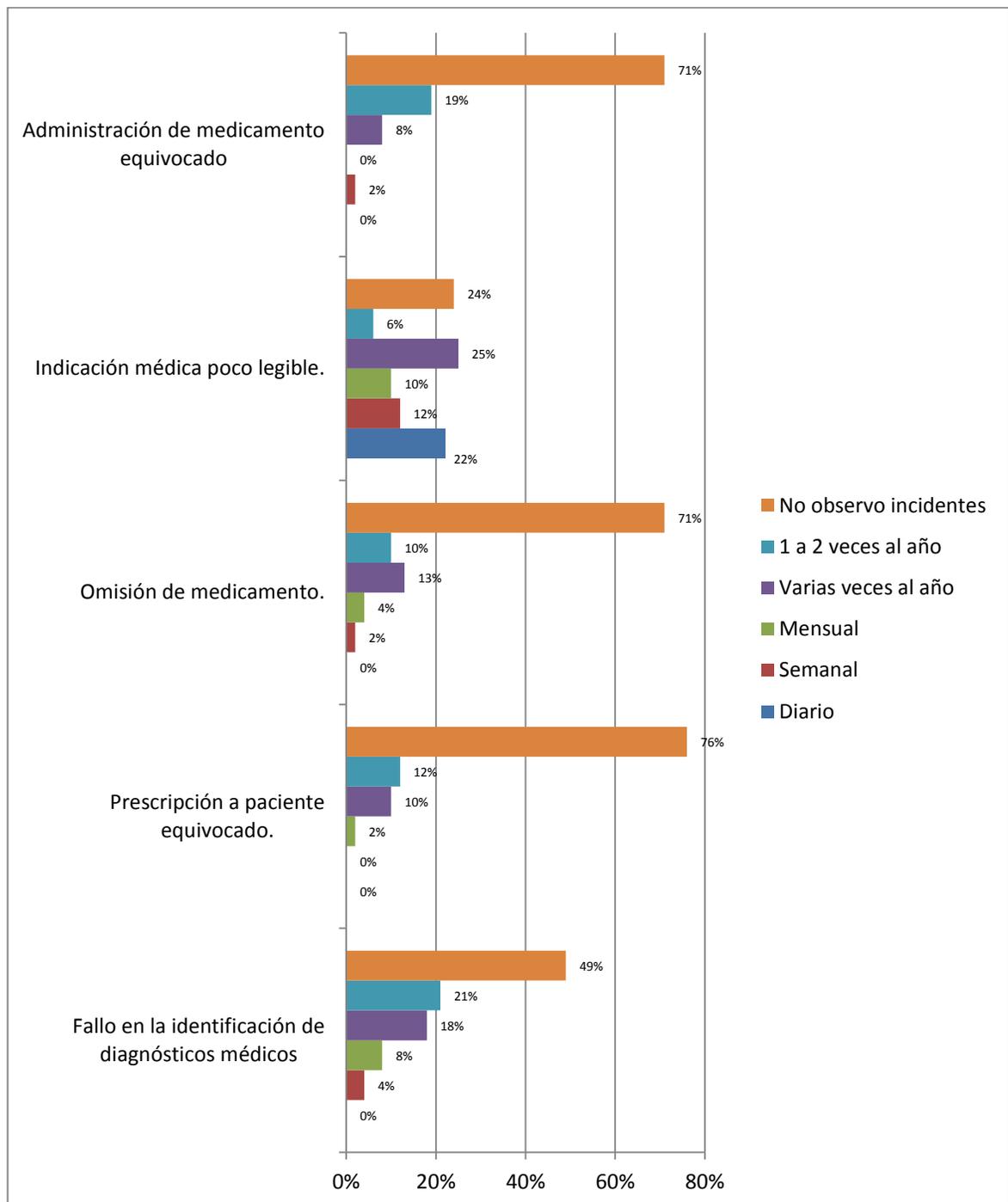


Grafico 6. Cantidad del personal que ha observado al menos un evento adverso que se han dado en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

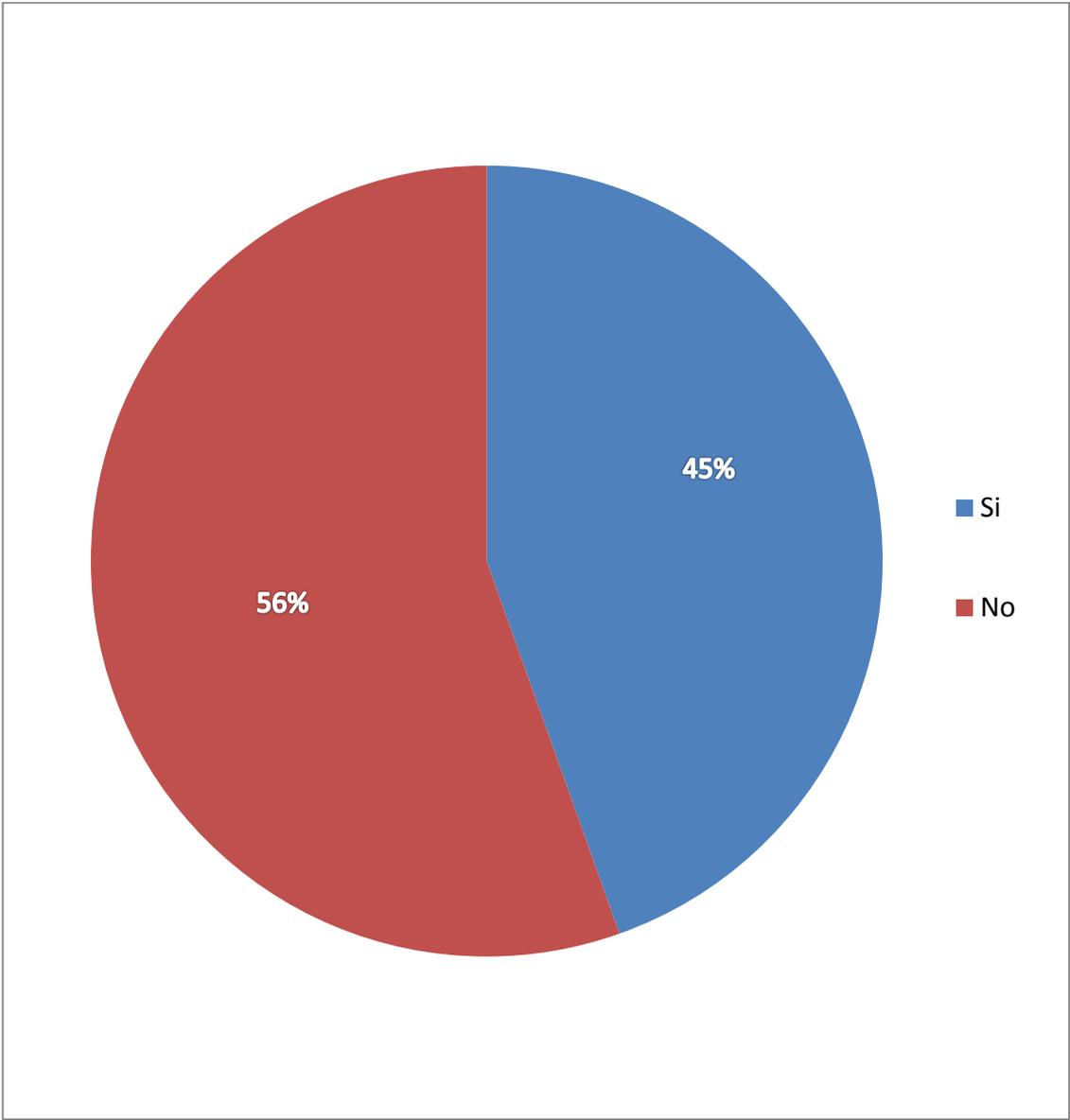


Grafico 7.1 Los eventos adversos que se han dado en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

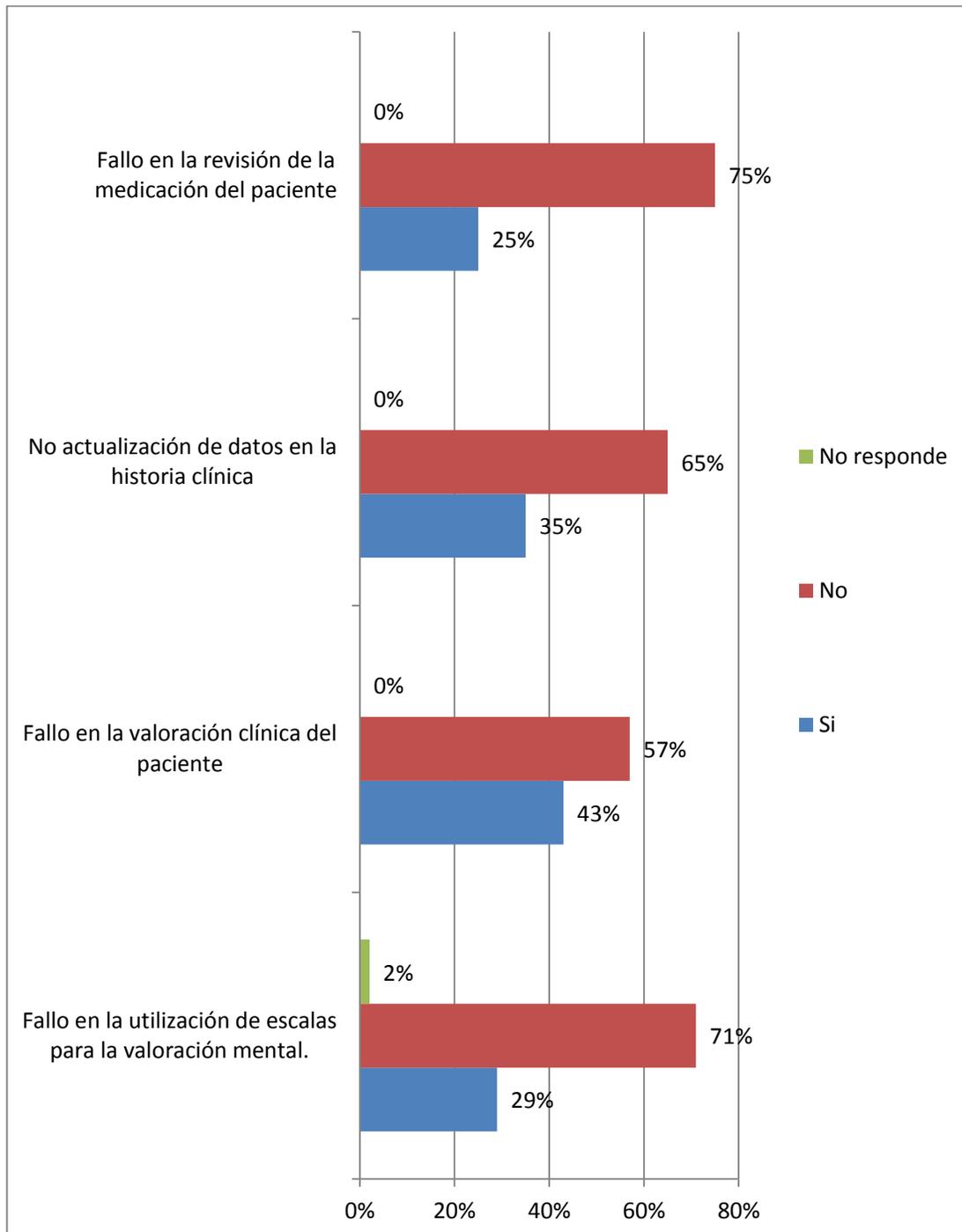


Grafico 7.2 Los eventos adversos que se han dado en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

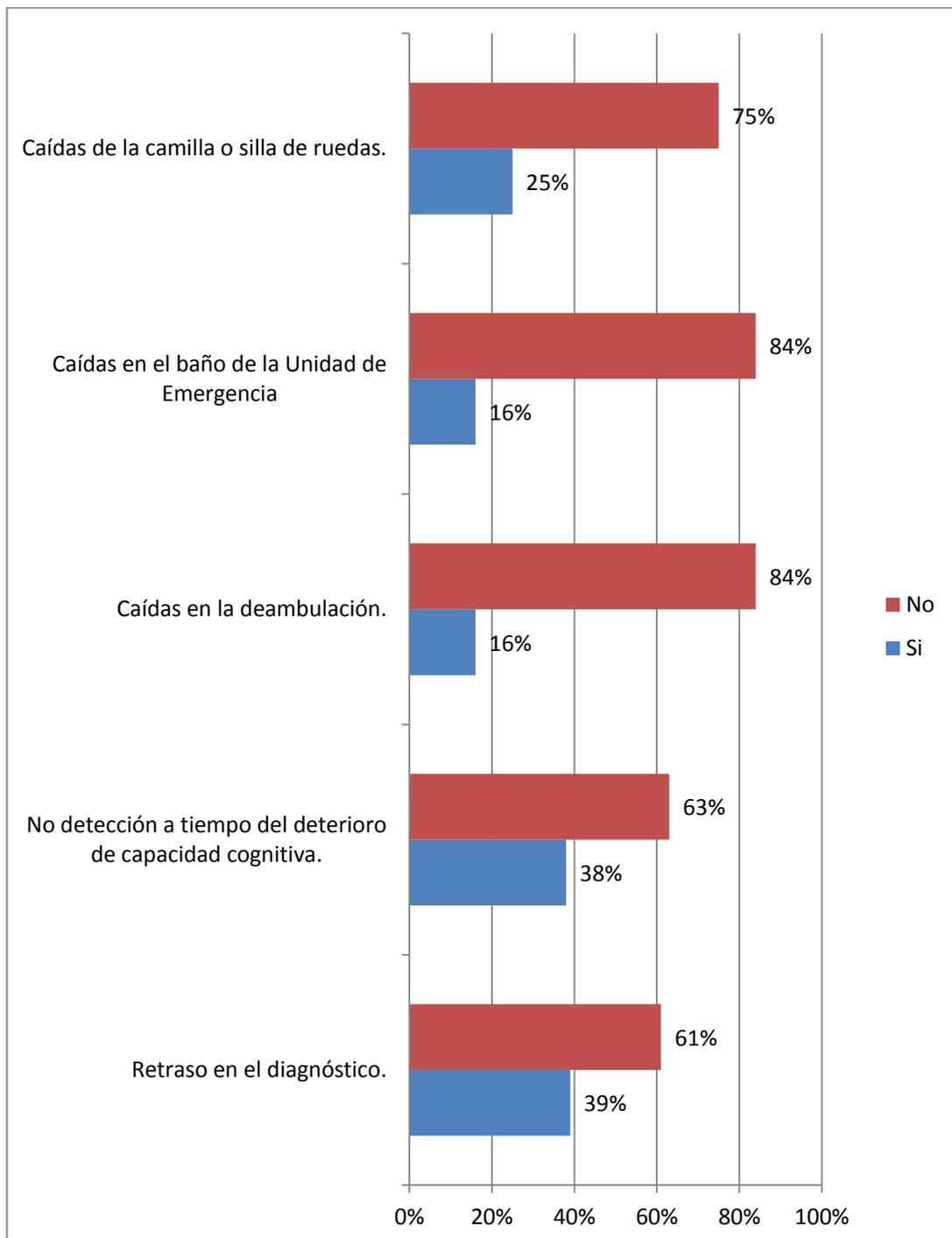


Grafico 7.3 Los eventos adversos que se han dado en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

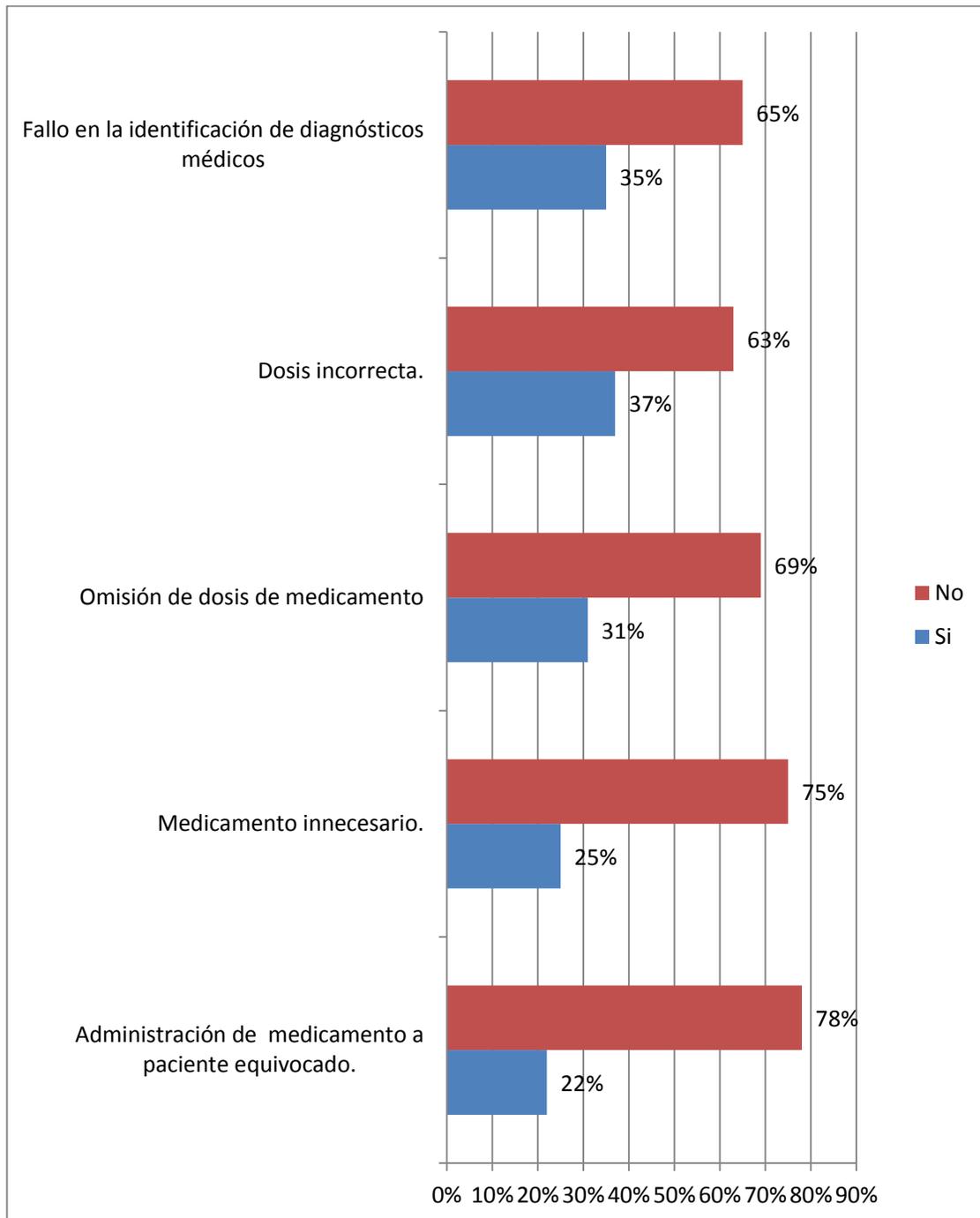


Grafico 7.4 Los eventos adversos que se han dado en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

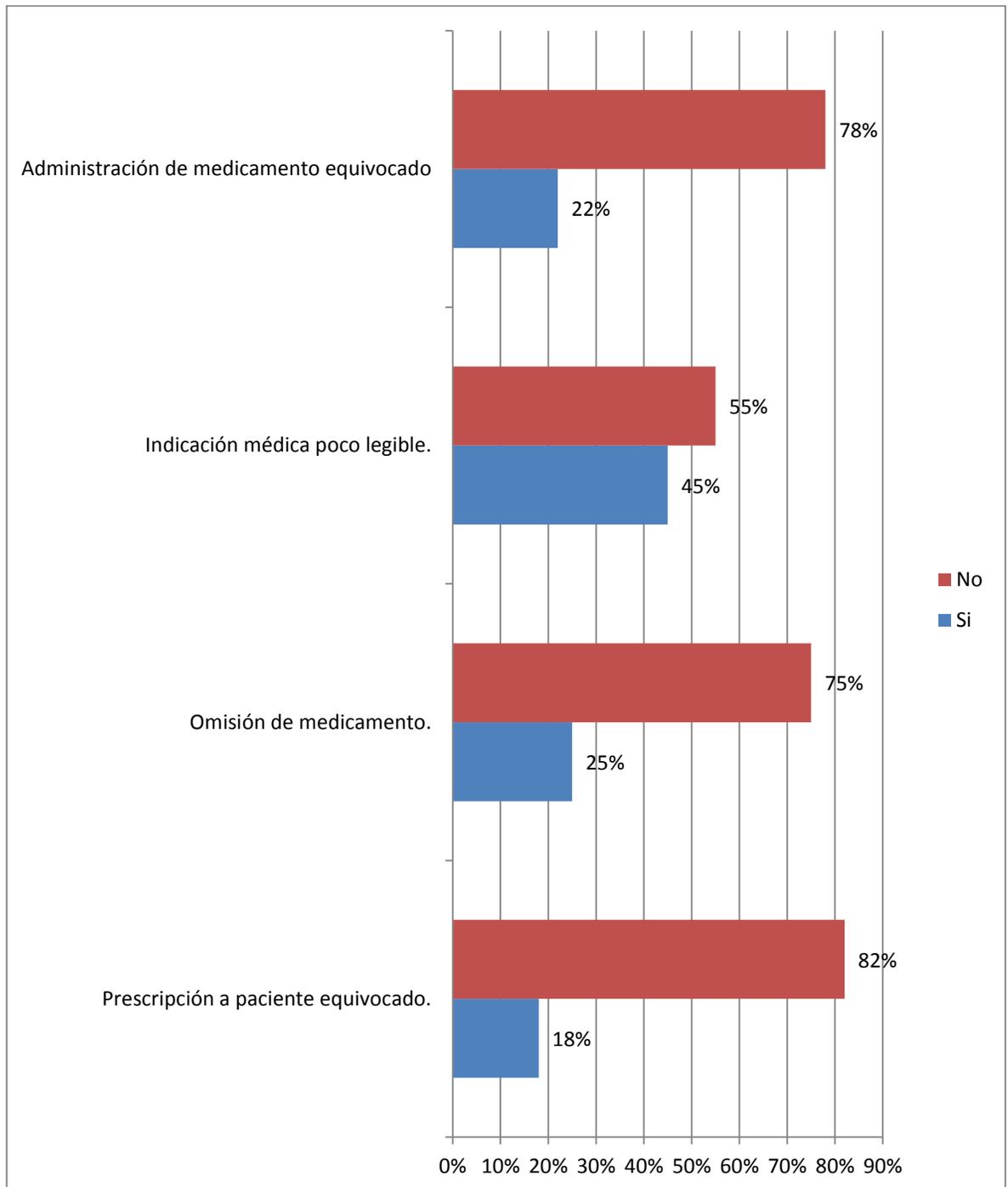


Grafico 8.1 Frecuencia con que se han dado los eventos adversos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

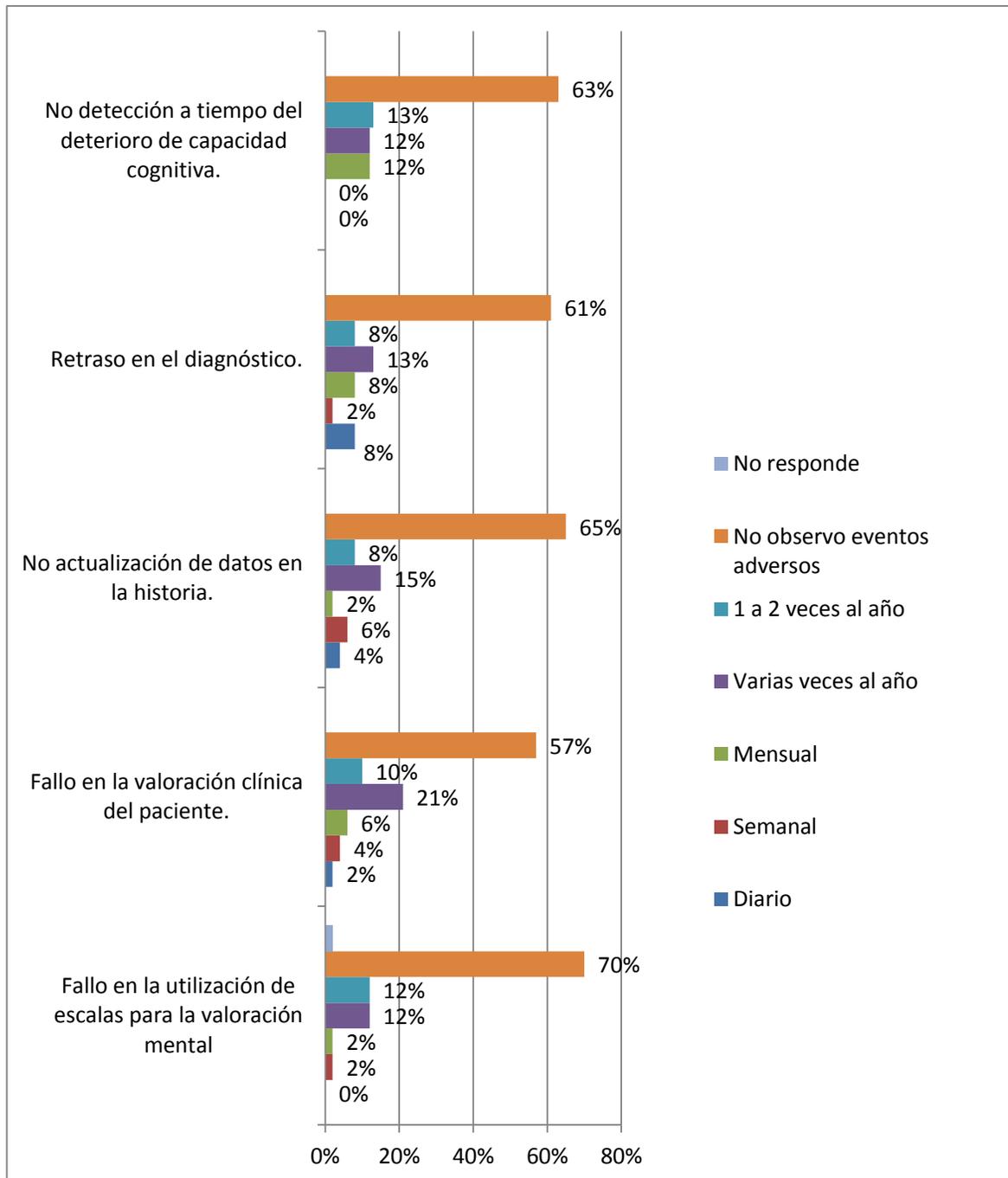


Grafico 8.2 Frecuencia con que se han dado los eventos adversos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

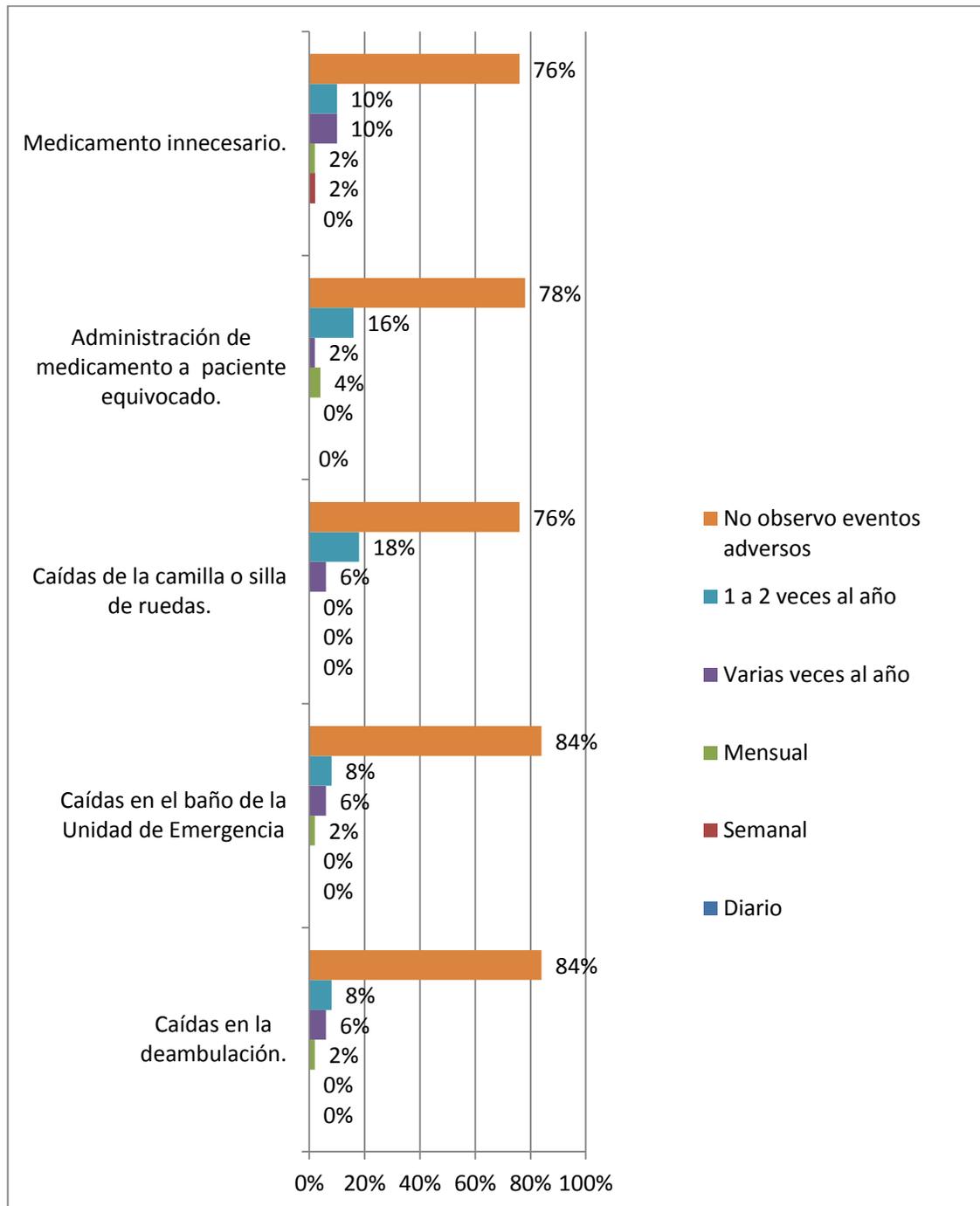


Grafico 8.3 Frecuencia con que se han dado los eventos adversos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

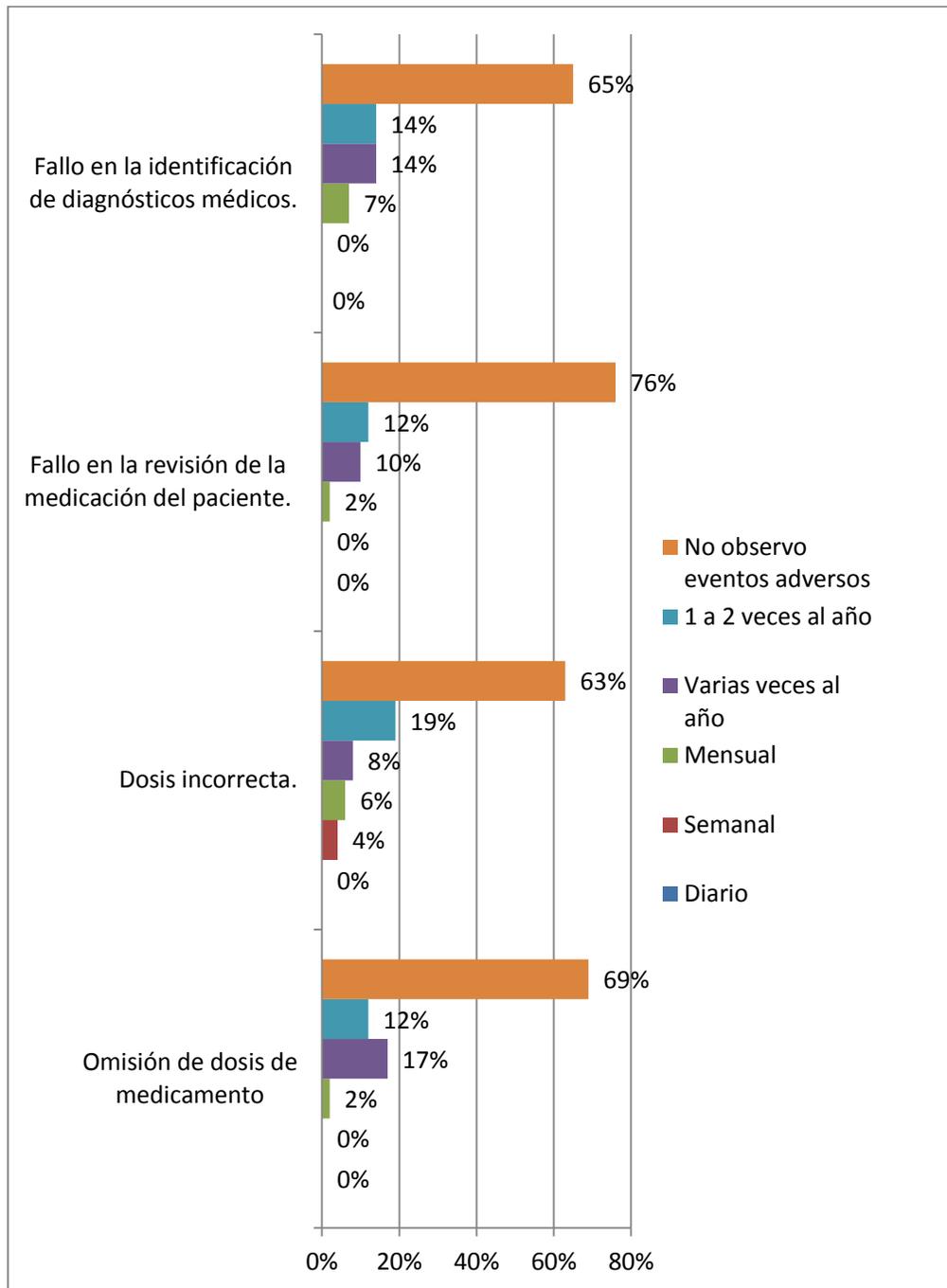


Grafico 8.4 Frecuencia con que se han dado los eventos adversos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

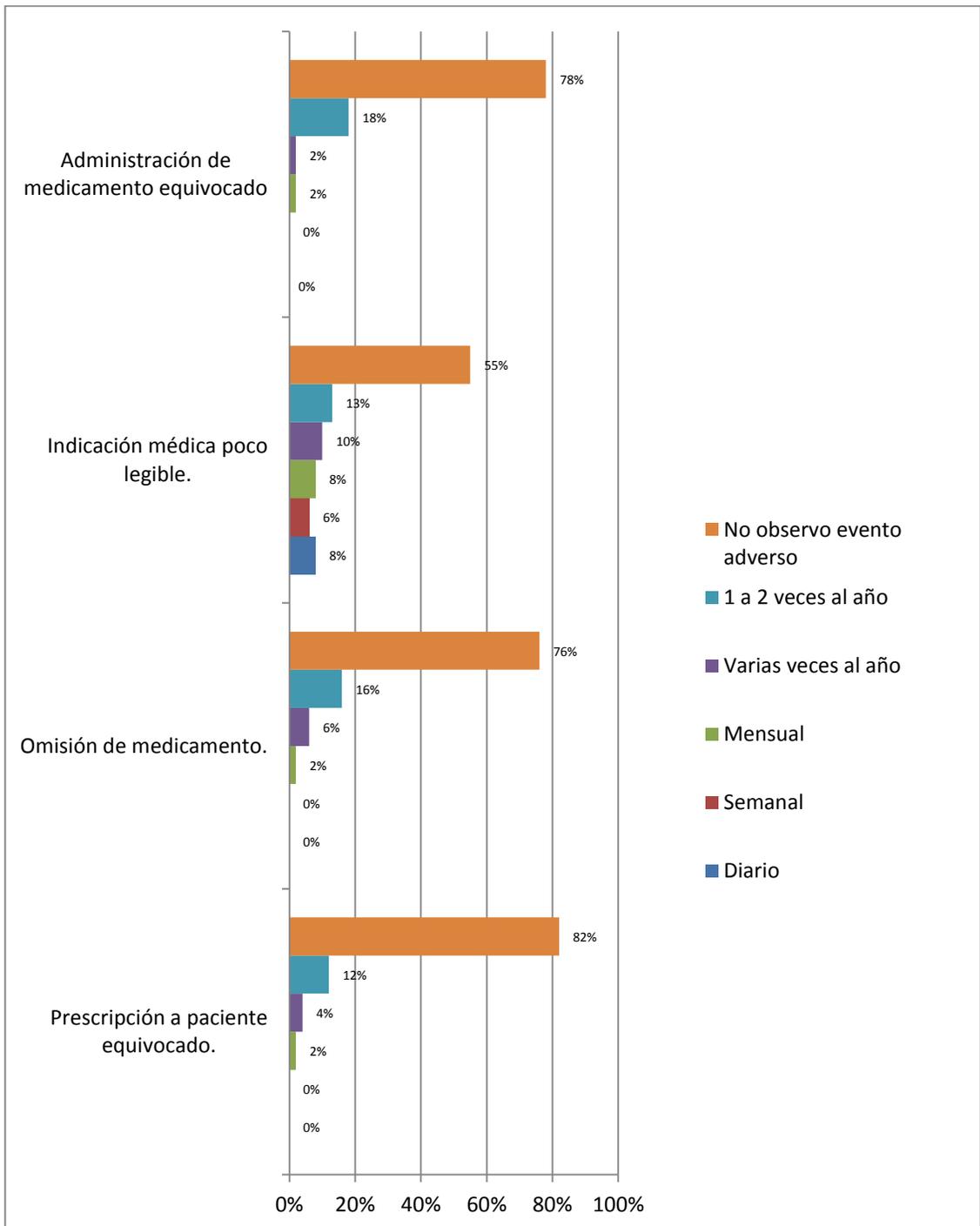


Grafico 9.1 Factores que considera el personal de la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom que facilitaron que sucedieran los eventos adversos en el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

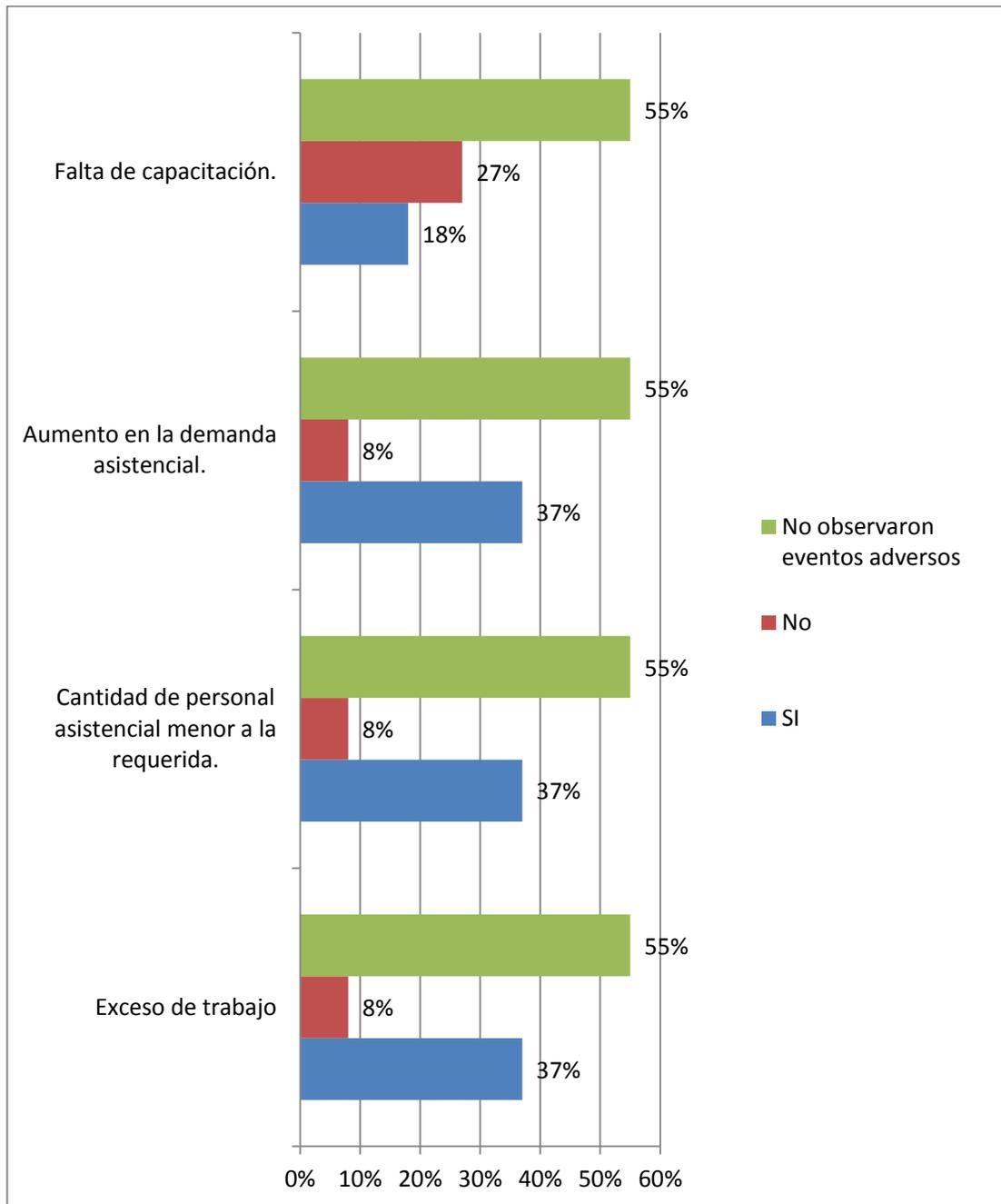


Grafico 9.2 Factores que considera el personal de la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom que facilitaron que sucedieran los eventos adversos en el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

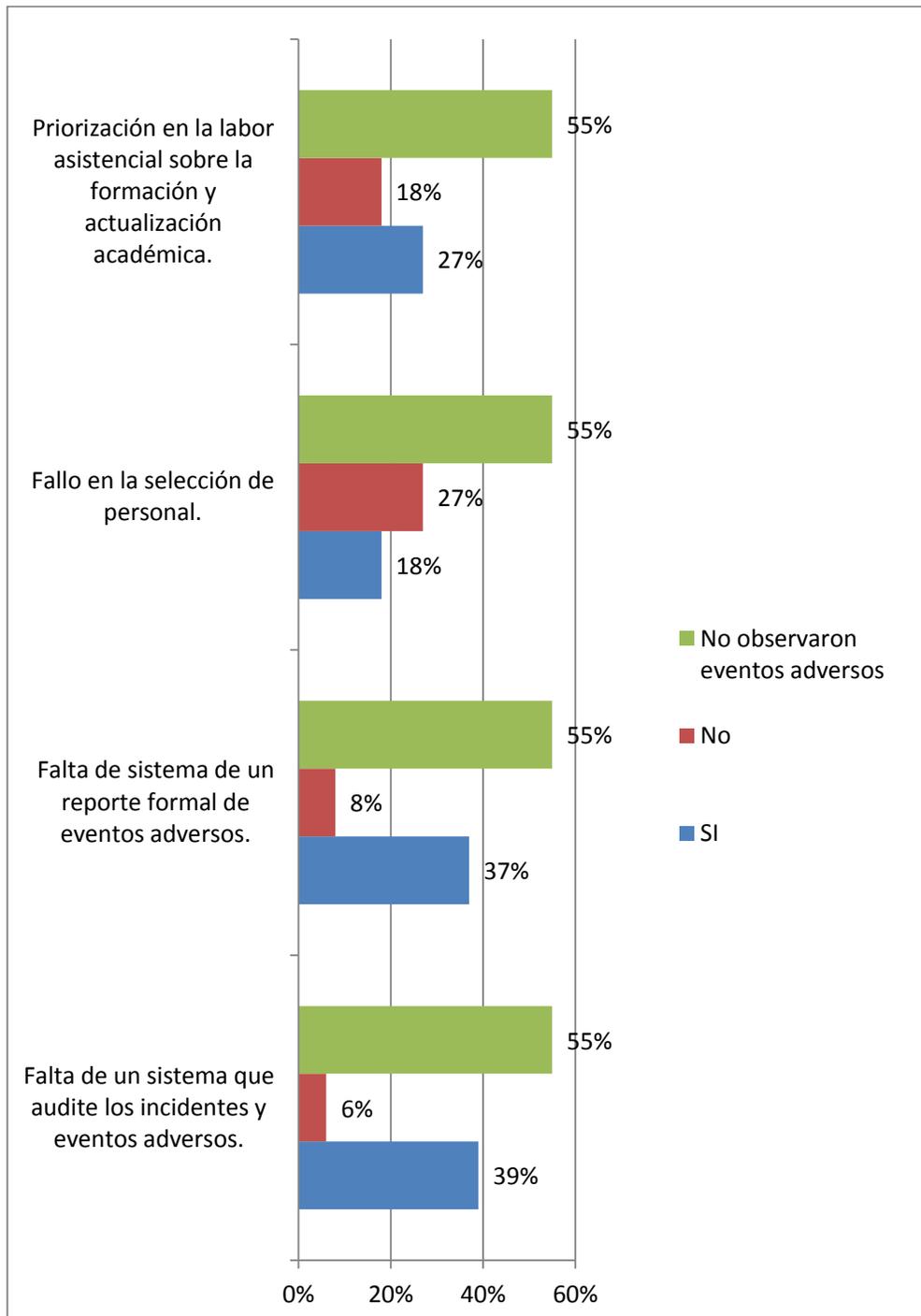


Grafico 9.3 Factores que considera el personal de la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom que facilitaron que sucedieran los eventos adversos en el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

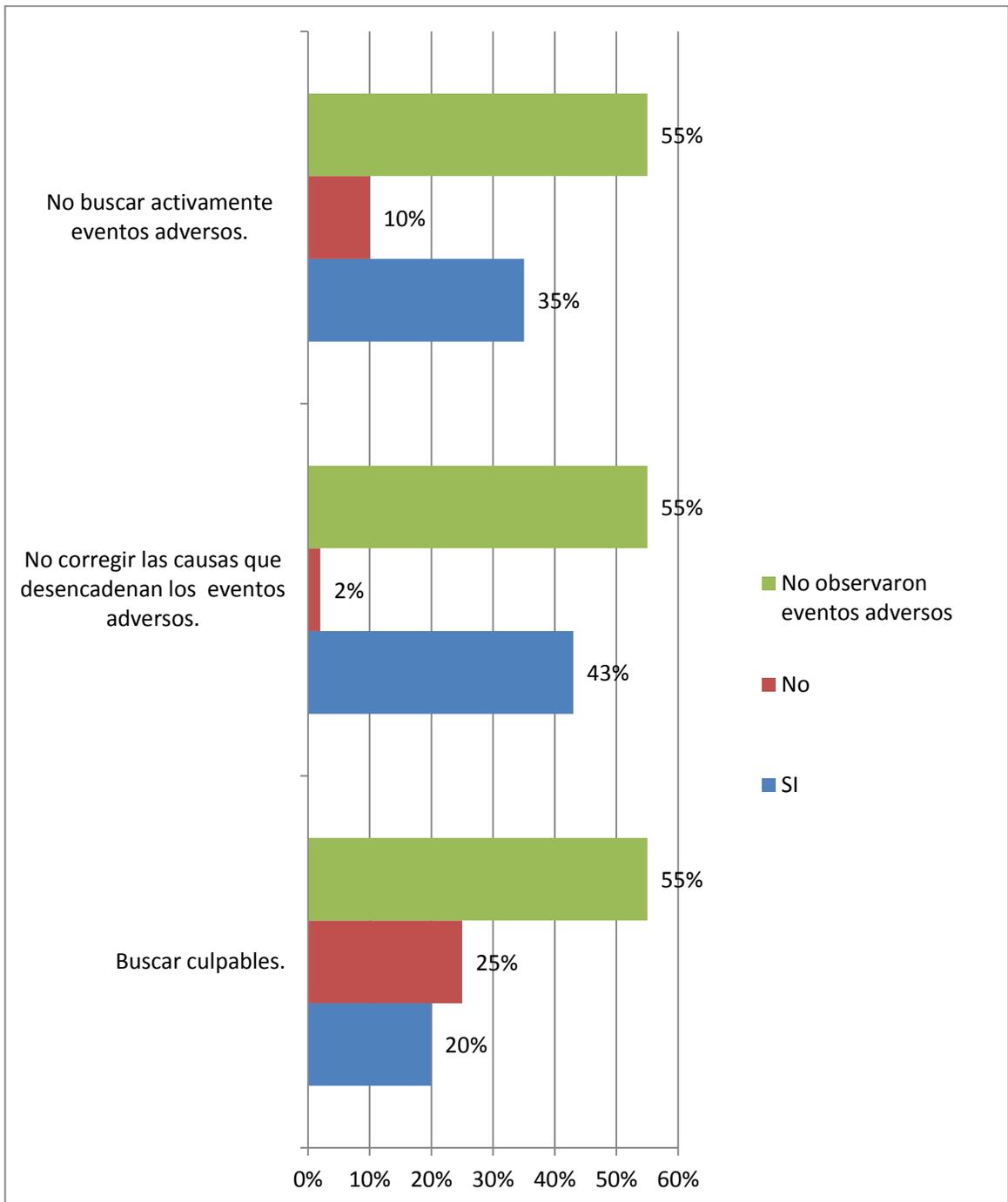


Grafico 10.1 Factores que considera el personal de la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom que facilitaron que sucedieran los incidentes en el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

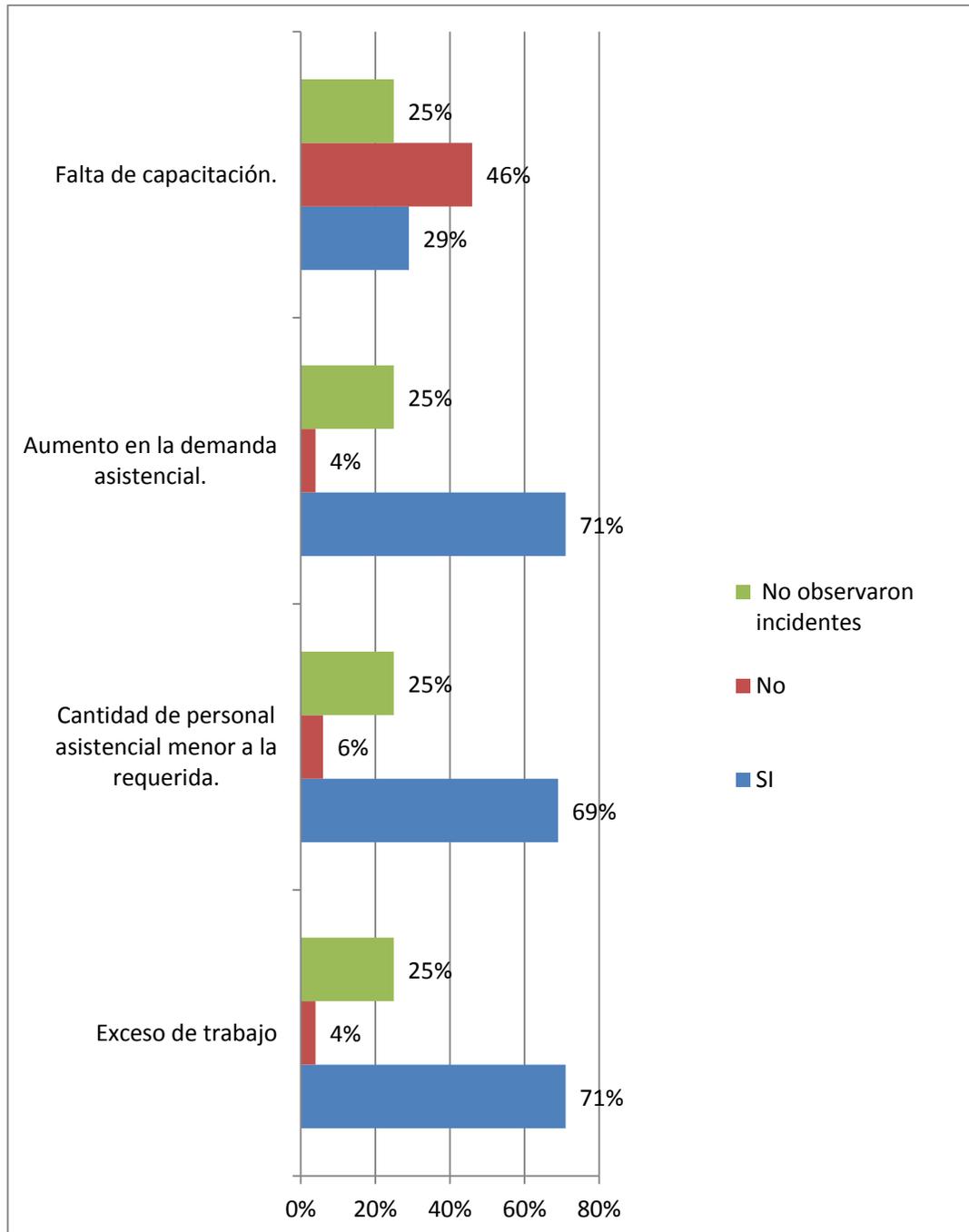


Grafico 10.2 Factores que considera el personal de la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom que facilitaron que sucedieran los incidentes en el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

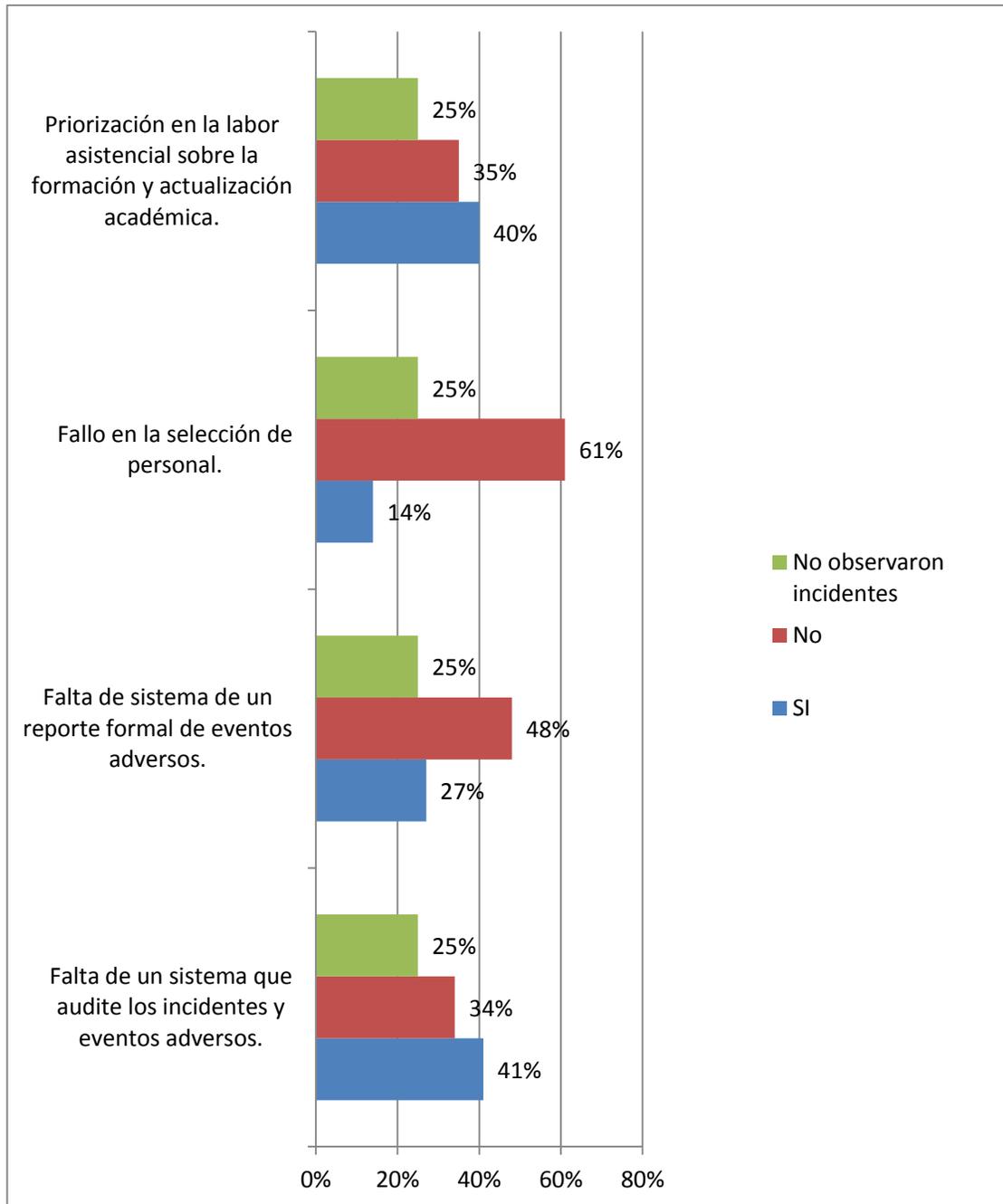


Grafico 10.3 Factores que considera el personal de la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom que facilitaron que sucedieran los incidentes en el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

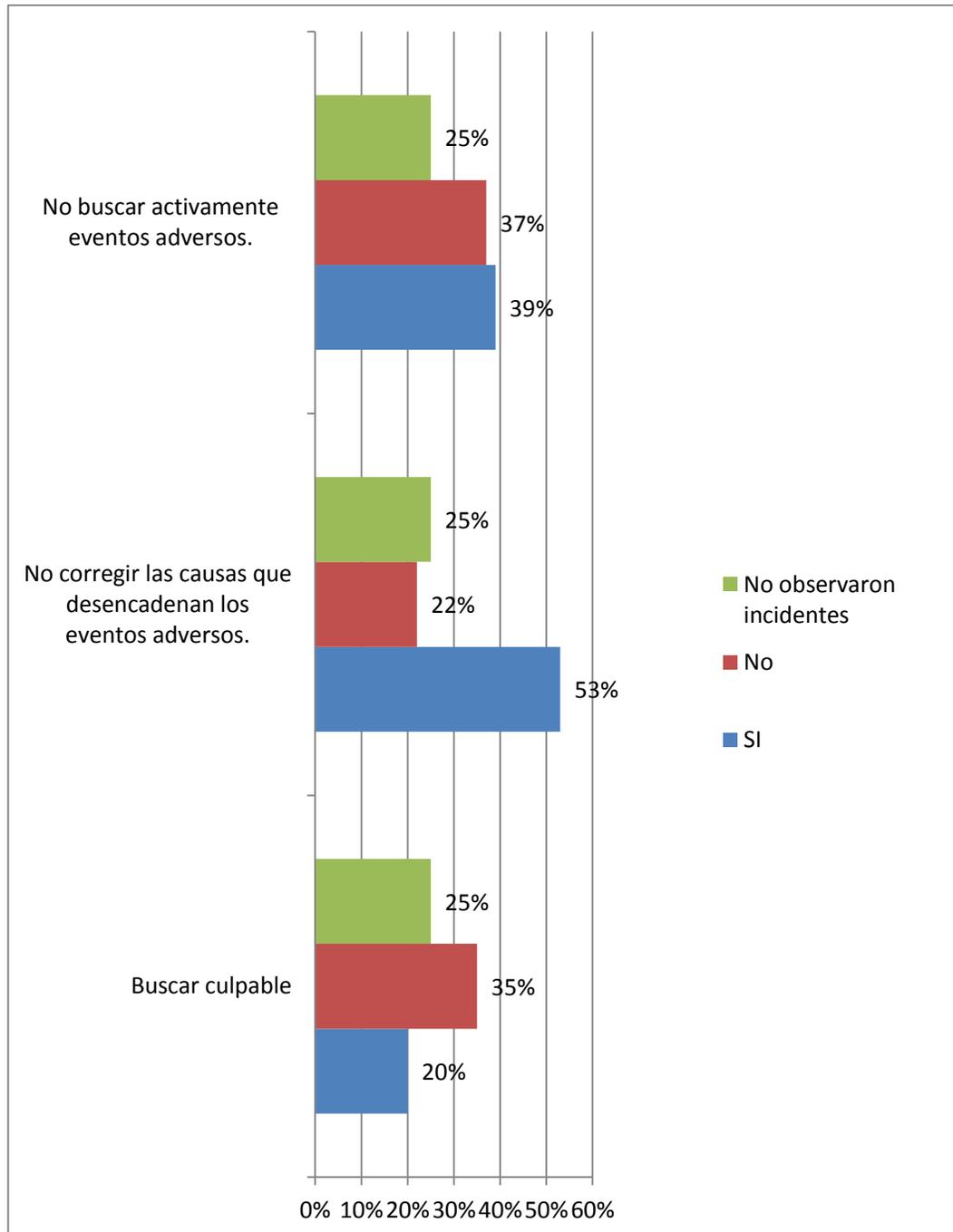


Grafico 10.4 Factores que considera el personal de la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom que facilitaron que sucedieran los incidentes en el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

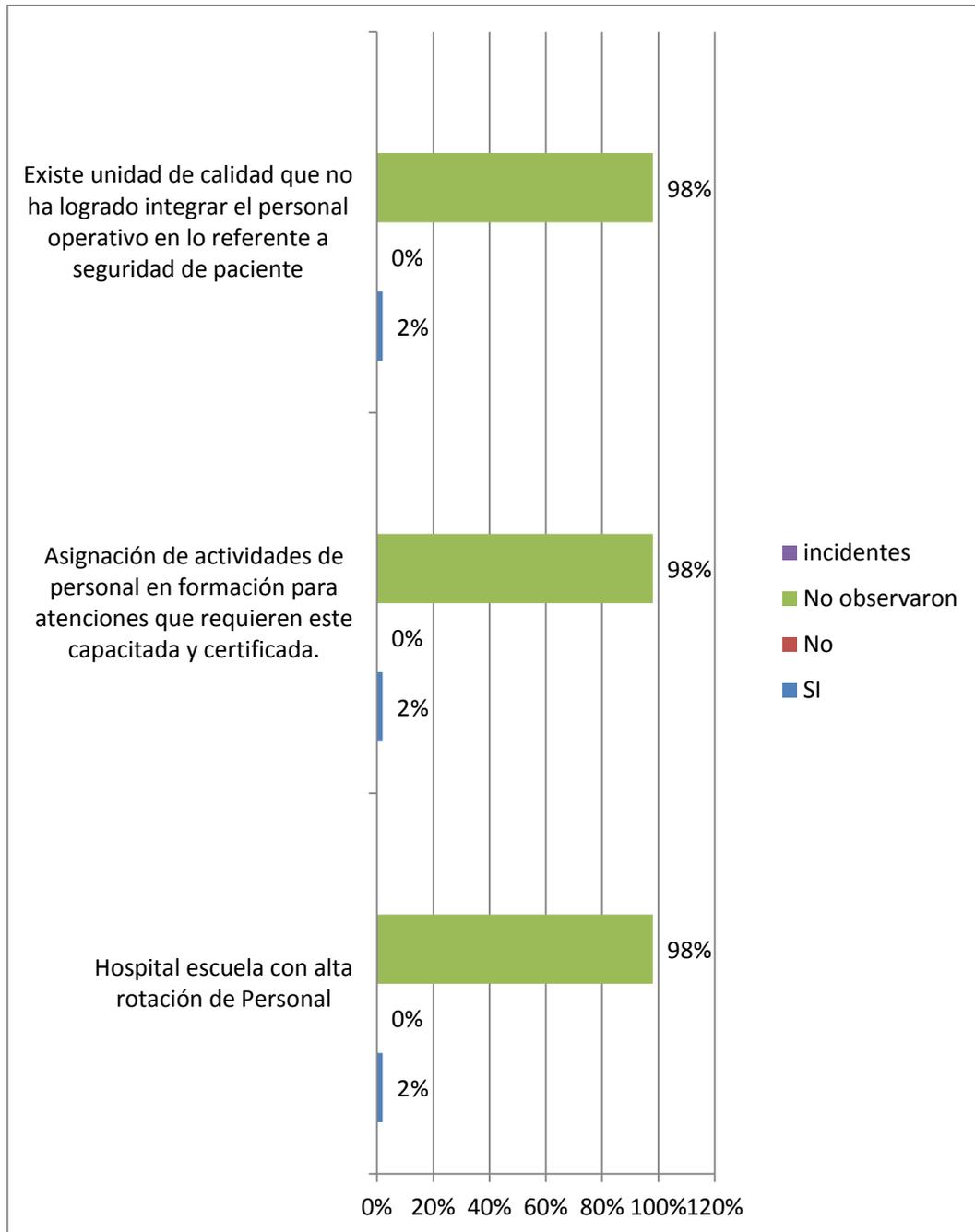


Tabla 1. Distribución de la muestra con la cual se realizó la investigación sobre Seguridad de Pacientes en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom del 20 de octubre de 2013 al 20 de octubre de 2014.

RECURSOS	fi	fr%
Médicos	19	39%
Enfermeras	23	47%
Residentes	7	14%
Total	49	100 %

Tabla 2. Política de Seguridad de paciente aplicada en la Unidad de Emergencia en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

CULTURA DE SEGURIDAD.	NUNCA.		A VECES.		CASI SIEMPRE.		SIEMPRE.		TOTAL	
	fi	fr%	fi	fr%	fi	fr%	fi	fr%	fi	fr%
Considera que el personal la emergencia reconoce sus errores.	4	8 %	23	47 %	14	29 %	8	16 %	49	100 %
El personal de la emergencia comparte información proactiva sobre los eventos adversos e incidentes adversos que se dan en la emergencia.	5	10 %	17	35 %	16	32 %	11	23 %	49	100 %
En la emergencia habla con sus superiores sobre los incidentes y eventos adversos.	2	4 %	11	23 %	17	35 %	19	38 %	49	100 %
Considera que la perfección es alcanzable.	12	24 %	13	27 %	17	35 %	7	14 %	49	100%
Castigar a las personas que cometen errores es forma más eficaz para prevenirlos.	25	51%	20	41%	2	4%	2	4%	49	100%
Existen mecanismos para prevenir eventos adversos en la unidad de emergencia.	2	4%	17	35 %	11	22 %	19	39 %	49	100%
Cuando se da un evento adverso se revisa y se crean mecanismos para evitar acontecimientos similares en próximas ocasiones.	3	6 %	15	31 %	18	37 %	13	26 %	49	100%
Cuando se da un evento adverso se buscan culpables.	0	0 %	13	26 %	15	31 %	21	43 %	49	100%
Cuando se da un evento adverso se buscan causas y estas se corrigen.	2	4%	14	29 %	19	38 %	14	29 %	49	100%

Tabla 3. Cantidad del personal que ha observado al menos un Incidentes que se han dado en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

INCIDENTE	fi	fr%
SI	37	76 %
NO	12	24 %
TOTAL	49	100%

Tabla 4. Incidentes que se han dado en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

INCIDENTES	SI		NO		TOTAL	
	fi	fr%	fi	fr%	fi	fr%
Fallo en la utilización de escalas para la valoración mental.*	19	39 %	29	59 %	48	98%
Fallo en la valoración clínica del paciente.	30	61 %	19	39 %	49	100%
No actualización de datos en la historia clínica.	26	53 %	23	47 %	49	100%
Fallo en la revisión de la medicación del paciente.	20	41 %	29	59 %	49	100%
Retraso en el diagnóstico.	30	61 %	19	39 %	49	100%
No detección a tiempo del deterioro de capacidad cognitiva.	19	39 %	30	61 %	49	100%
Caídas en la deambulación.	12	24 %	37	76 %	49	100%
Caídas en el baño de la Unidad de Emergencia	11	22 %	38	78 %	49	100%
Caídas de la camilla o silla de ruedas.	16	33 %	33	67 %	49	100%
Administración de medicamento a paciente equivocado.	10	20 %	39	80 %	49	100%
Medicamento innecesario.	19	39 %	30	61 %	49	100%
Omisión de dosis de medicamento	19	39 %	30	61 %	49	100%
Dosis incorrecta.	21	43 %	28	57 %	49	100%
Fallo en la identificación de diagnósticos médicos	25	51%	24	49%	49	100%
Prescripción a paciente equivocado.	12	25%	37	75 %	49	100%
Omisión de medicamento.	14	29 %	35	71 %	49	100%
Indicación médica poco legible.	37	76 %	12	24 %	49	100%
Administración de medicamento equivocado	14	29 %	35	71 %	49	100%

*Nota aclaratoria: una persona no respondió esta pregunta.

Tabla 5. Frecuencia con que se han dado los incidentes en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

INCIDENTE.	DIARIO.		SEMANAL.		MENSUAL.		VARIAS VECES AL AÑO.		1 A 2 VECES AL AÑO.		NO OBSERVO		TOTAL	
	fi	fr%	fi	fr%	fi	fr%	fi	fr%	fi	fr%	fi	fr%	fi	fr%
Fallo en la utilización de escalas para la valoración mental. *	2	4%	3	6%	2	4%	7	15%	5	10%	29	59%	48	98%
Fallo en la valoración clínica del paciente.	2	4%	3	6%	5	10%	14	29%	6	12%	19	39%	49	100%
No actualización de datos en la historia.	5	10%	5	10%	2	4%	9	19%	5	10%	23	47%	49	100%
Retraso en el diagnóstico.	5	10%	4	8%	5	10%	12	25%	4	8%	19	39%	49	100%
No detección a tiempo del deterioro de capacidad cognitiva.	1	2%	2	4%	3	6%	5	10%	8	17%	30	61%	49	100%
Caídas en la deambulaci3n.	0	0%	0	0%	1	2%	4	8%	7	15%	37	75%	49	100%
Caídas en el baño de la Unidad de Emergencia	0	0%	0	0%	2	4%	1	2%	8	16%	38	78%	49	100%
Caídas de la camilla o silla de ruedas.	0	0%	0	0%	2	4%	2	4%	12	25%	33	67%	49	100%
Administraci3n de medicamento a paciente equivocado.	0	0%	1	2%	1	2%	1	2%	7	14%	39	80%	49	100%
Medicamento innecesario.	0	0%	1	2%	7	14%	7	14%	4	9%	30	61%	49	100%
Omisi3n de dosis de medicamento	0	0%	1	2%	3	6%	4	8%	11	23%	30	61%	49	100%
Dosis incorrecta.	0	0%	2	5%	3	6%	8	16%	8	16%	28	57%	49	100%
Fallo en la revisi3n de la medicaci3n del paciente.	0	0%	0	0%	5	10%	6	12%	9	19%	29	59%	49	100%
Fallo en la identificaci3n de diagn3sticos m3dicos	0	0%	2	4%	4	8%	9	18%	10	21%	24	49%	49	100%
Prescripci3n a paciente equivocado.	0	0%	0	0%	1	2%	5	10%	6	12%	37	76%	49	100%
Omisi3n de medicamento.	0	0%	1	2%	2	4%	6	13%	5	10%	35	71%	49	100%
Indicaci3n m3dica poco legible.	11	22%	6	12%	5	10%	12	25%	3	6%	12	24%	49	100%
Administraci3n de medicamento equivocado	0	0%	1	2%	0	0%	4	8%	9	19%	35	71%	49	100%

*Nota aclaratoria: una persona no respondi3n esta pregunta

Tabla 6. Cantidad del personal que ha observado al menos un evento adverso que se han dado en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

EVENTO ADVERSO.	fi	fr%
SI	22	45 %
NO	27	56 %
TOTAL	49	100%

Tabla 7. Los eventos adversos que se han dado en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

EVENTO ADVERSO.	SI		NO		TOTAL	
	fi	fr%	fi	fr%	fi	fr%
Fallo en la utilización de escalas para la valoración mental.*	14	29 %	34	71 %	48	98%
Fallo en la valoración clínica del paciente.	21	43 %	28	57 %	49	100%
No actualización de datos en la historia clínica.	17	35 %	32	65 %	49	100%
Fallo en la revisión de la medicación del paciente.	12	25 %	37	75 %	49	100%
Retraso en el diagnóstico.	19	39 %	30	61 %	49	100%
No detección a tiempo del deterioro de capacidad cognitiva.	18	38 %	31	63 %	49	100%
Caídas en la deambulación.	8	16 %	41	84 %	49	100%
Caídas en el baño de la Unidad de Emergencia	8	16 %	41	84 %	49	100%
Caídas de la camilla o silla de ruedas.	12	25 %	37	75 %	49	100%
Administración de medicamento a paciente equivocado.	11	22 %	38	78 %	49	100%
Medicamento innecesario.	12	25 %	37	75 %	49	100%
Omisión de dosis de medicamento	15	31 %	34	69 %	49	100%
Dosis incorrecta.	18	37 %	31	63 %	49	100%
Fallo en la identificación de diagnósticos médicos	17	35 %	32	65 %	49	100%
Prescripción a paciente equivocado.	9	18 %	40	82 %	49	100%
Omisión de medicamento.	12	25 %	37	75 %	49	100%
Indicación médica poco legible.	22	45 %	27	55 %	49	100%
Administración de medicamento equivocado	11	22 %	38	78 %	49	100%

*Nota aclaratoria: una persona no respondió esta pregunta.

Tabla 8. Frecuencia con que se han dado los eventos adversos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

EVENTO ADVERSO.	DIARIO.		SEMANAL.		MENSUAL.		VARIAS VECES AL AÑO.		1 A 2 VECES AL AÑO.		NO OBSERVO		TOTAL	
	fi	fr%	fi	fr%	fi	fr%	fi	fr%	fi	fr%	fi	fr%	fi	fr%
Fallo en la utilización de escalas para la valoración mental.	0	0%	1	2%	1	2%	6	12%	6	12%	34	70%	48	98%
Fallo en la valoración clínica del paciente..	1	2%	2	4%	3	6%	10	21%	5	10%	28	57%	49	100%
No actualización de datos en la historia.	2	4%	3	6%	1	2%	7	15%	4	8%	32	65%	49	100%
Retraso en el diagnóstico.	4	8%	1	2%	4	8%	6	13%	4	8%	30	61%	49	100%
No detección a tiempo del deterioro de capacidad cognitiva.	0	0%	0	0%	6	2%	6	12%	6	13%	31	63%	49	100%
Caídas en la deambulaci3n.	0	0%	0	0%	1	2%	3	6%	4	8%	41	84%	49	100%
Caídas en el ba1o de la Unidad de Emergencia	0	0%	0	0%	1	2%	3	6%	4	8%	41	84%	49	100%
Caídas de la camilla o silla de ruedas.	0	0%	0	0%	0	0%	3	6%	9	18%	37	76%	49	100%
Administraci3n de medicamento a paciente equivocado.	0	0%	0	0%	2	4%	1	2%	8	16%	38	78%	49	100%
Medicamento innecesario.	0	0%	1	2%	1	2%	5	10%	5	10%	37	76%	49	100%
Omisión de dosis de medicamento	0	0%	0	0%	1	2%	8	17%	6	12%	34	69%	49	100%
Dosis incorrecta.	0	0%	2	4%	3	6%	4	8%	9	19%	31	63%	49	100%
Fallo en la revisi3n de la medicaci3n del paciente.	0	0%	0	0%	1	2%	5	10%	6	12%	37	76%	49	100%
Fallo en la identificaci3n de diagn3sticos m3dicos	0	0%	0	0%	3	7%	7	14%	7	14%	32	65%	49	100%
Prescripci3n a paciente equivocado.	0	0%	0	0%	1	2%	2	4%	6	12%	40	82%	49	100%
Omisión de medicamento.	0	0%	0	0%	1	2%	3	6%	8	16%	37	76%	49	100%
Indicaci3n m3dica poco legible.	4	8%	3	6%	4	8%	5	10%	6	13%	27	55%	49	100%
Administraci3n de medicamento equivocado	0	0%	0	0%	1	2%	1	2%	9	18%	38	78%	49	100%

Nota aclaratoria: una persona no respondi3 esta pregunta.

Tabla 9. Factores que considera el personal de la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom que facilitaron que sucedieran los eventos adversos en el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

FACTORES QUE FACILITAN LOS EVENTOS ADVERSOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA	SI		NO		NO OBSERVO		TOTAL	
	fi	fr%	fi	fr%	fi	fr%	fi	fr%
Exceso de trabajo	18	37 %	4	8 %	27	55 %	49	100%
Cantidad de personal asistencial menor a la requerida.	18	37 %	4	8 %	27	55 %	49	100%
Aumento en la demanda asistencial.	18	37 %	4	8 %	27	55 %	49	100%
Falta de capacitación.	9	18 %	13	27 %	27	55 %	49	100%
Falta de un sistema que audite los incidentes y eventos adversos.	19	39 %	3	6 %	27	55 %	49	100%
Falta de sistema de un reporte formal de eventos adversos.	18	37 %	4	8 %	27	55 %	49	100%
Fallo en la selección de personal.	9	18 %	13	27 %	27	55 %	49	100%
Priorización en la labor asistencial sobre la formación y actualización académica.	13	27 %	9	18 %	27	55 %	49	100%
Buscar culpables.	10	20 %	12	25 %	27	55 %	49	100%
No corregir las causas que desencadenan los eventos adversos.	21	43%	1	2%	27	55 %	49	100%
No buscar activamente eventos adversos.	17	35	5	10 %	27	55 %	49	100%

Tabla 10. Factores que considera el personal de la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom que facilitaron que sucedieran los incidentes en el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

FACTORES QUE FACILITAN LOS INCIDENTES EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA.	SI		NO		NO OBSERVO		TOTAL	
	fi	fr%	fi	fr%	fi	fr%	fi	fr%
Exceso de trabajo	35	71 %	2	4 %	12	25 %	49	100%
Cantidad de personal asistencial menor a la requerida.	34	69 %	3	6 %	12	25 %	49	100%
Aumento en la demanda asistencial.	35	71 %	2	4 %	12	25 %	49	100%
Falta de capacitación.	14	29 %	23	46 %	12	25 %	49	100%
Falta de un sistema que audite los incidentes y eventos adversos.	20	41 %	17	34 %	12	25 %	49	100%
Falta de sistema de un reporte formal de eventos adversos.	13	27 %	24	48 %	12	25 %	49	100%
Fallo en la selección de personal.	7	14 %	30	61 %	12	25 %	49	100%
Priorización en la labor asistencial sobre la formación y actualización académica.	20	40 %	17	35 %	12	25 %	49	100%
Buscar culpables.	10	20 %	27	55 %	12	25 %	49	100%
No corregir las causas que desencadenan los eventos adversos.	26	53 %	11	22 %	12	25 %	49	100%
No buscar activamente eventos adversos.	19	39 %	18	37 %	12	25 %	49	100%
Hospital escuela con alta rotación de Personal	1	2 %	0	0%	48	98 %	49	100%
Asignación de actividades de personal en formación para atenciones que requieren este capacitada y certificada.	1	2 %	0	0%	48	98 %	49	100%
Existe unidad de calidad que no ha logrado integrar el personal operativo en lo referente a seguridad de paciente	1	2 %	0	0%	48	98 %	49	100%

Cuestionario de carácter anónimo.

Fecha: _____

Profesión: **Medico/a** _____ **Enfermero/a** _____

Incidente es: acción u omisión que podría haber dañado al paciente, pero por azar, la prevención o mitigación de la misma no lo daño.

Evento adverso es: daño resultado de una intervención sanitaria relacionada con la atención clínica y no por las condiciones basales del paciente.

Según su criterio marque con un cheque el ítem que más se acerque a su opinión sobre la política de cultura de seguridad en la Unidad de Emergencia en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

CULTURA DE SEGURIDAD.	NUNCA.	A VECES.	CASI SIEMPRE.	SIEMPRE.
Considera que el personal la emergencia reconoce sus errores.				
El personal de la emergencia comparte información proactiva sobre los eventos adversos e incidentes adversos que se dan en la emergencia.				
En la emergencia habla con sus superiores sobre los incidentes y eventos adversos.				
Considera que la perfección es alcanzable.				
Castigar a las personas que cometen errores es forma más eficaz para prevenirlos.				
Existen mecanismos para prevenir eventos adversos en la unidad de emergencia.				
Cuando se da un evento adverso se revisa y se crean mecanismos para evitar acontecimientos similares en próximas ocasiones.				
Cuando se da un evento adverso se buscan culpables.				
Cuando se da un evento adverso se buscan causas y esta se corrige.				

Marque con una cheque cuales incidentes se han dado en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

INCIDENTE.	SI	NO
Fallo en la utilización de escalas para la valoración mental.		
Fallo en la valoración clínica del paciente.		
No actualización de datos en la historia clínica.		
Fallo en la revisión de la medicación del paciente.		
Retraso en el diagnóstico.		
No detección a tiempo del deterioro de capacidad cognitiva.		
Caídas en la deambulación.		
Caídas en el baño de la Unidad de Emergencia		
Caídas de la camilla o silla de ruedas.		
Administración de medicamento a paciente equivocado.		
Medicamento innecesario.		
Omisión de dosis de medicamento		
Dosis incorrecta.		
Fallo en la identificación de diagnósticos médicos		
Prescripción a paciente equivocado.		
Omisión de medicamento.		
Indicación médica poco legible.		
Administración de medicamento equivocado		
Otro _____		

En base a los ítems que ha marcado como los incidentes con qué frecuencia estos se han dado en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014, marque con un cheque con qué frecuencia se han presentado.

INCIDENTE.	DIARIO.	SEMANAL.	MENSUAL.	VARIAS VECES AL AÑO.	1 A 2 VECES AL AÑO.
Fallo en la utilización de escalas para la valoración mental.					
Fallo en la valoración clínica del paciente..					
No actualización de datos en la historia.					
Retraso en el diagnóstico.					
No detección a tiempo del deterioro de capacidad cognitiva.					
Caídas en la deambulacion.					
Caídas en el baño de la Unidad de Emergencia					
Caídas de la camilla o silla de ruedas.					
Administración de medicamento a paciente equivocado.					
Medicamento innecesario.					
Omisión de dosis de medicamento					
Dosis incorrecta.					
Fallo en la revisión de la medicación del paciente.					
Fallo en la identificación de diagnósticos médicos					
Prescripción a paciente equivocado.					
Omisión de medicamento.					
Indicación médica poco legible.					
Administración de medicamento equivocado					
Otro_____					

Marque con una cheque cuales eventos adversos se ha dado en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

EVENTO ADVERSO.	SI	NO
Fallo en la utilización de escalas para la valoración mental.		
Fallo en la valoración clínica del paciente.		
No actualización de datos en la historia clínica.		
Fallo en la revisión de la medicación del paciente.		
Retraso en el diagnóstico.		
No detección a tiempo del deterioro de capacidad cognitiva.		
Caídas en la deambulación.		
Caídas en el baño de la Unidad de Emergencia		
Caídas de la camilla o silla de ruedas.		
Administración de medicamento a paciente equivocado.		
Medicamento innecesario.		
Omisión de dosis de medicamento		
Dosis incorrecta.		
Fallo en la identificación de diagnósticos médicos		
Prescripción a paciente equivocado.		
Omisión de medicamento.		
Indicación médica poco legible.		
Administración de medicamento equivocado		
Otro _____		

En base a los ítems que ha marcado como eventos adversos con qué frecuencia estos se han dado en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom durante el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014, marque con un cheque con qué frecuencia se han presentado.

EVENTO ADVERSO.	DIARIO.	SEMANAL.	MENSUAL.	VARIAS VECES AL AÑO.	1 A 2 VECES AL AÑO.
Fallo en la utilización de escalas para la valoración mental.					
Fallo en la valoración clínica del paciente..					
No actualización de datos en la historia.					
Retraso en el diagnóstico.					
No detección a tiempo del deterioro de capacidad cognitiva.					
Caídas en la deambulacion.					
Caídas en el baño de la Unidad de Emergencia					
Caídas de la camilla o silla de ruedas.					
Administración de medicamento a paciente equivocado.					
Medicamento innecesario.					
Omisión de dosis de medicamento					
Dosis incorrecta.					
Fallo en la revisión de la medicación del paciente.					
Fallo en la identificación de diagnósticos médicos					
Prescripción a paciente equivocado.					
Omisión de medicamento.					
Indicación médica poco legible.					
Administración de medicamento equivocado					
Otro_____					

Cuáles son los factores que usted considera que facilitaron que sucedieran los eventos adversos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom en el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

FACTORES QUE FACILITAN LOS EVENTOS ADVERSOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA.	SI	NO
Exceso de trabajo		
Cantidad de personal asistencial menor a la requerida.		
Aumento en la demanda asistencial.		
Falta de capacitación.		
Falta de un sistema que audite los eventos adversos.		
Falta de sistema de un reporte formal de eventos adversos.		
Fallo en la selección de personal.		
Priorización en la labor asistencial sobre la formación y actualización académica.		
Buscar culpables.		
No corregir las causas que desencadenan los eventos adversos.		
No buscar activamente eventos adversos.		
Otro _____		

Cuáles son los factores que usted considera que facilitaron que sucedieran los incidentes en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom en el periodo comprendido del 20 de Octubre de 2013 al 20 de Octubre de 2014.

FACTORES QUE FACILITAN LOS INCIDENTES EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA.	SI	NO
Exceso de trabajo		
Cantidad de personal asistencial menor a la requerida		
Aumento en la demanda asistencial		
Falta de capacitación		
Falta de un sistema que audite los incidentes.		
Falta de sistema de un reporte formal de los incidentes.		
Fallo en la selección de personal		
Priorización en la labor asistencial sobre la formación y actualización académica.		
Buscar culpables		
No corregir las causas que desencadena los incidentes.		
No buscar activamente incidentes.		
Otro_____		

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MÉDICOS Y ENFERMERAS DE LA
UNIDAD DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS
BENJAMÍN BLOOM.**

Fecha: ____ de noviembre de 2014.

Por medio de la presente yo _____
con el cargo de _____ doy mi consentimiento para brindar la información
requerida por medio de la encuesta para la elaboración de tesis denominada ***“Seguridad
de Pacientes en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín
Bloom del 20 de octubre de 2013 al 20 de octubre de 2014”***.

La cual se me ha explicado que es de carácter anónimo, la información que se recoja
será confidencial siendo su finalidad es académica. Me comprometo a apegarme a la
veracidad de mis afirmaciones y seré sincero al responder las preguntas del cuestionario
de esta investigación.

_____.

Firma.