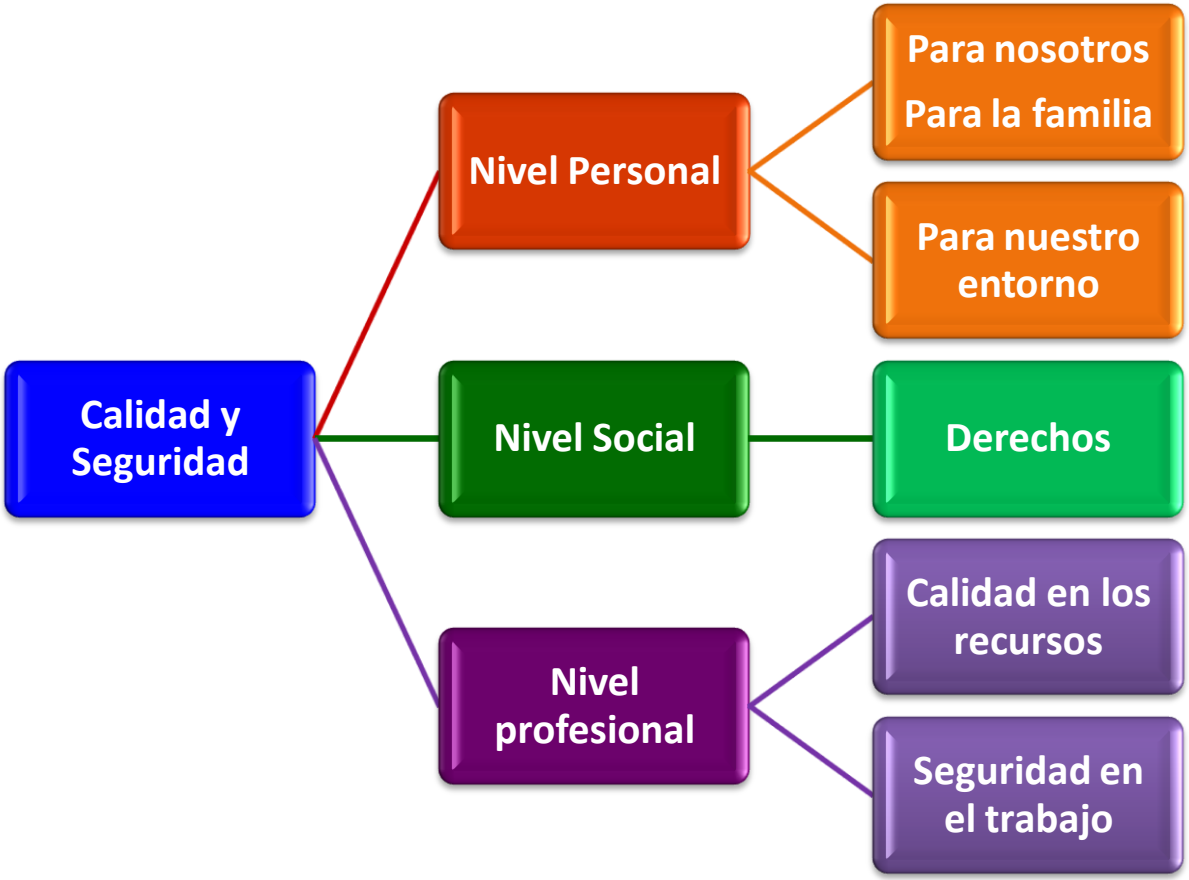
Máster en Técnicas de Perfusión y Oxigenación Extracorpórea

Herramientas para una Práctica Clínica Segura en Perfusión

Carmen Luisa Díaz Alvarez
Perfusionista. Área del Corazón
Hospital Universitario Central de Asturias

Otros DOS temas: …estos son transversales…



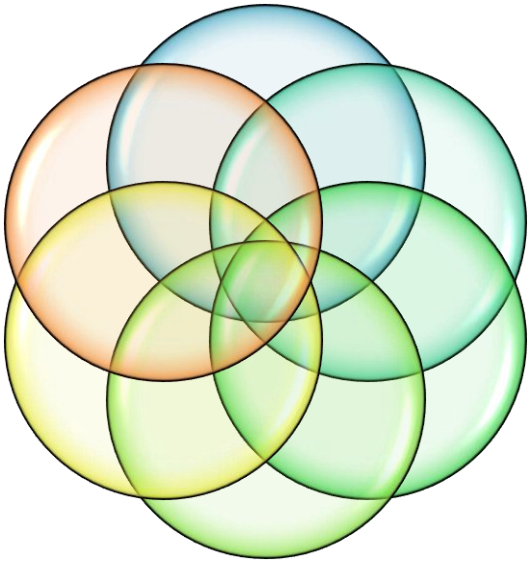
Reflexiones de Partida…

Los Resultados de la Cirugía Cardíaca correlacionan positivamente con la calidad que aportan las Unidades de Perfusión

Detractores…, casi como una religión…

"Si buscas resultados distintos, no hagas siempre lo mismo"

- ***Albert Einstein (1879-1955)***



Dónde se inicia el tema de "LA CALIDAD"

Démosle la importancia individual y honradamente…, desde el conocimiento…

¿Qué tiene distinto la empresa privada…?

- Recursos limitados
- Exigencia de resultados

¿Qué exigimos nosotros como USUARIOS…?

- En un vuelo…
- En un restaurante…
- En una intervención de alto riesgo…..

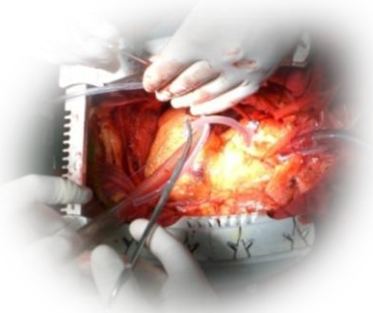
“Competencia Profesional”

MAPA DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

Interacción de calidad

- Conocimiento teórico
- Control de los procesos
- Aportando resultados
- Pudiendo justificar el porqué y el para qué

Índice de la presentación:



1. **Recordatorio de datos de Seguridad del Paciente (1ª parte)**
2. **Evaluación y Mejora de nuestra calidad asistencial**
    1. **Diagramación y Mapeo de nuestros procesos**
    2. **Establecimiento de "Criterios", "Estándares" e "Indicadores"**
    3. **Evaluación de la Calidad por Indicadores**
3. **Práctica clínica segura en perfusión:**
    1. **Análisis y evaluación de riesgos**
    2. **Herramientas para el Análisis:**
        1. **Control proactivo:**
            1. **Análisis Modo Fallo Error (AMFE)**
        2. **Control reactivo:**
            1. **Análisis Causa Raiz (ACR)**
4. **Declaración de eventos Adversos**

Recordatorio: “Conceptos Claves en Seguridad del Paciente”

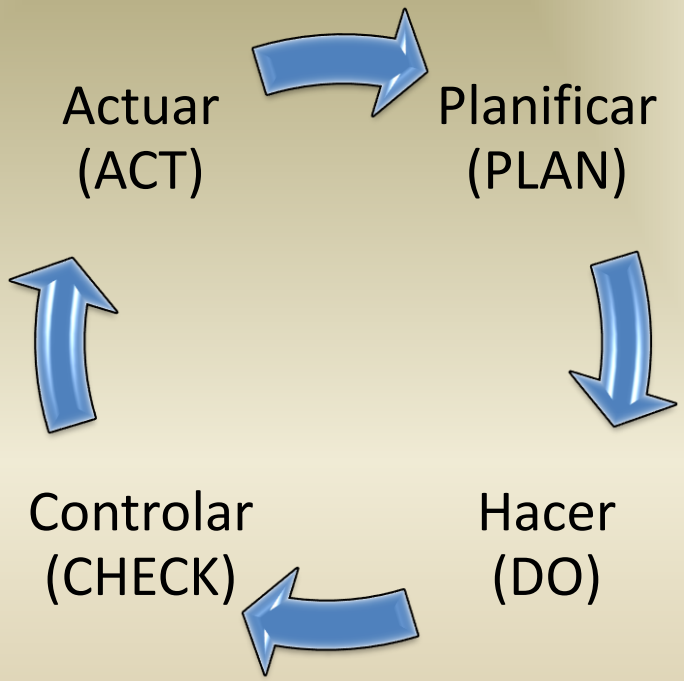
(Desarrollados en la primera parte titulada)

CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Pilares de la Calidad (I)

(Ciclo PDCA o Ciclo Deming (Normas ISO))

Edwards Deming



Pilares de la Calidad (II)

(Trilogía de la Calidad – Bases Calidad Total)

Joseph M. Juran

Lógica REDER (EFQM)

Modelos de Gestión de Calidad

(Mundo Sanitario)

Joint Commision Acreditation: Americana, creada en 1951, elabora estándares de calidad para la acreditación de Centros Sanitarios, con dos grandes bloques centrados en los Pacientes y en la Organización.

Sistemas Aseguramiento de la Calidad (S.A.C.) según **las Normas ISO** (Organización Internacional de Normalización), desarrolla la mejora continua utilizando en el ciclo **PDCA** o Ciclo Deming.

Modelo de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (**EFQM**): se basa en la Lógica **REDER** (**R**esultados, **E**nfoque, **D**espliegue, **E**valuación y **R**evisión)

Evaluación de la calidad de la atención sanitaria

(Avedis Donabedian, 1919-2000)

Algoritmo de un proceso

- ✓ **PROCESO**: *"Un conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados".*

✓**PROCEDIMIENTO:** *"Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso"*

Clasificación de los procesos

Procesos Estratégicos o de Gestión (Mantienen el progreso de la organización)	**Procesos Operativos o Clave** (Guardan relación directa con los clientes)	**Procesos de Apoyo o de Soporte** Apoyan los procesos Operativos para que se realicen)
• Plan Estratégico. • Plan de Calidad. • Plan de Investigación. • Encuestas de Satisfacción. • Autoevaluación.	• Procesos Clínico-Asistenciales.	• Gestión de Pacientes • Hostelería. • Farmacia. • Mantenimiento. • Almacen.

Concepto de Evento Adverso

- ✓ **EVENTO: "**Lo que **SUCEDE (**caída**)".**
- ✓ **EFECTO: "**Lo que **PRODUCE EL EVENTO (**fractura**)".**
- ✓ **Efecto adverso**: "lesión relacionada con la asistencia sanitaria, más que con las complicaciones de la enfermedad del paciente. Incluye todos los aspectos de la atención tales como diagnóstico y tratamiento así como los sistemas y equipamientos utilizados".
  - ✓ Efecto Adverso Grave: ocasiona exitus, incapacidad residual al alta o requiere intervención quirúrgica.
  - ✓ Efecto Adverso Moderado: ocasiona una prolongación de la estancia hospitalaria de al menos 1 día.
  - ✓ Efecto Adverso Leve: lesión o complicación que no prolonga la estancia hospitalaria.

Incidencia de los efectos adversos en España (Eneas 2005)

- **10%** del total de pacientes que acuden a un hospital sufren un EA (rango 4-17; Frecuencia similar en todos los estudios).
- Hasta **50% son prevenibles**.
- Mortalidad e incapacidad temporal y permanente. Las tres causas mas frecuentes.
  - Uso de **medicamentos**, el 37,4%.
  - Complicaciones perioperatorias (**problemas técnicos**) 25,0%. De estos el 55,6 % consecuencia de una cirugía.
  - **Infección** nosocomial 25,3 %.
- De todos los Eas:
  - El **63,3%** precisó nuevos procedimientos.
  - El **69,9%** tratamientos adicionales.

Procesos de Perfusión

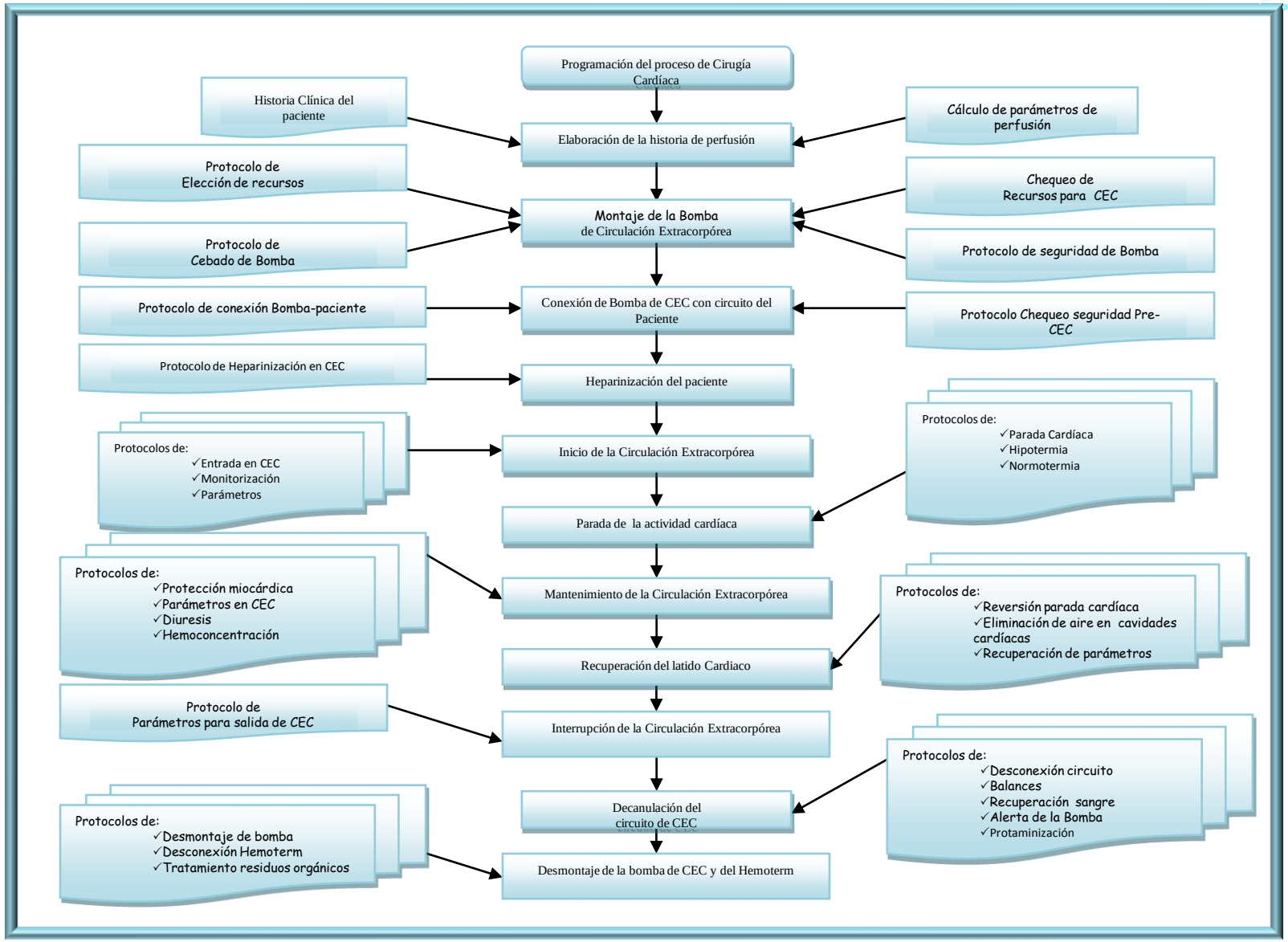
EVALUACIÓN Y MEJORA DE NUESTRA CALIDAD ASISTENCIAL

Metodología de Evaluación y Mejora de la Calidad

Dos sistemas básicos:

- **"Por posibilidades de mejora"** analiza los problemas y puntos débiles, responde a la pregunta **¿Qué podemos o debemos mejorar?**
- **"Sistemas de Monitorización"** detecta problemas y evalúa de forma periódica su mejora, responde a las preguntas de **"De todo lo que hacemos, ¿QUÉ es lo más importante y CÓMO aseguramos que lo estamos haciendo con el nivel de calidad correcto?"**

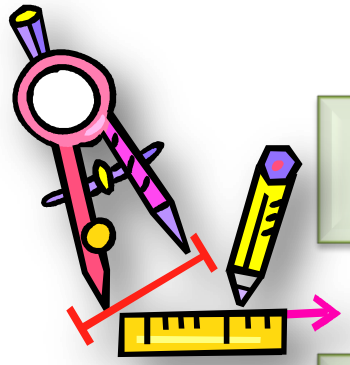
Diagramación de un proceso de CEC



Conceptos para la medición de la calidad

CRITERIO: Condición que debe cumplir la práctica clínica para ser considerada de calidad, es la base de los estudios de calidad.

ESTÁNDAR: Es el grado de cumplimiento exigible a un criterio y se define como el rango aceptable para cumplir el nivel de calidad. Determina un nivel mínimo aceptable para ser considerado un criterio de calidad.



INDICADOR: Es la medida objetiva de un criterio, generalmente cuantitativa, los hay de estructura, de proceso y de resultados

MONITORIZACIÓN: Es el seguimiento sistemático, periódico y planificado del estado de los indicadores de calidad en relación con unos estándares predefinidos

Fuentes para establecer los criterios

- Normativas legales
- Códigos éticos y deontológicos
- Protocolos, normas de funcionamiento establecidas.
- Conferencias de consenso
- Literatura científica sobre el tema
- Opinión y experiencia de profesionales expertos.
- Práctica prevalente
- Práctica de profesionales o de instituciones líderes

Criterios para los Perfusionistas Españoles

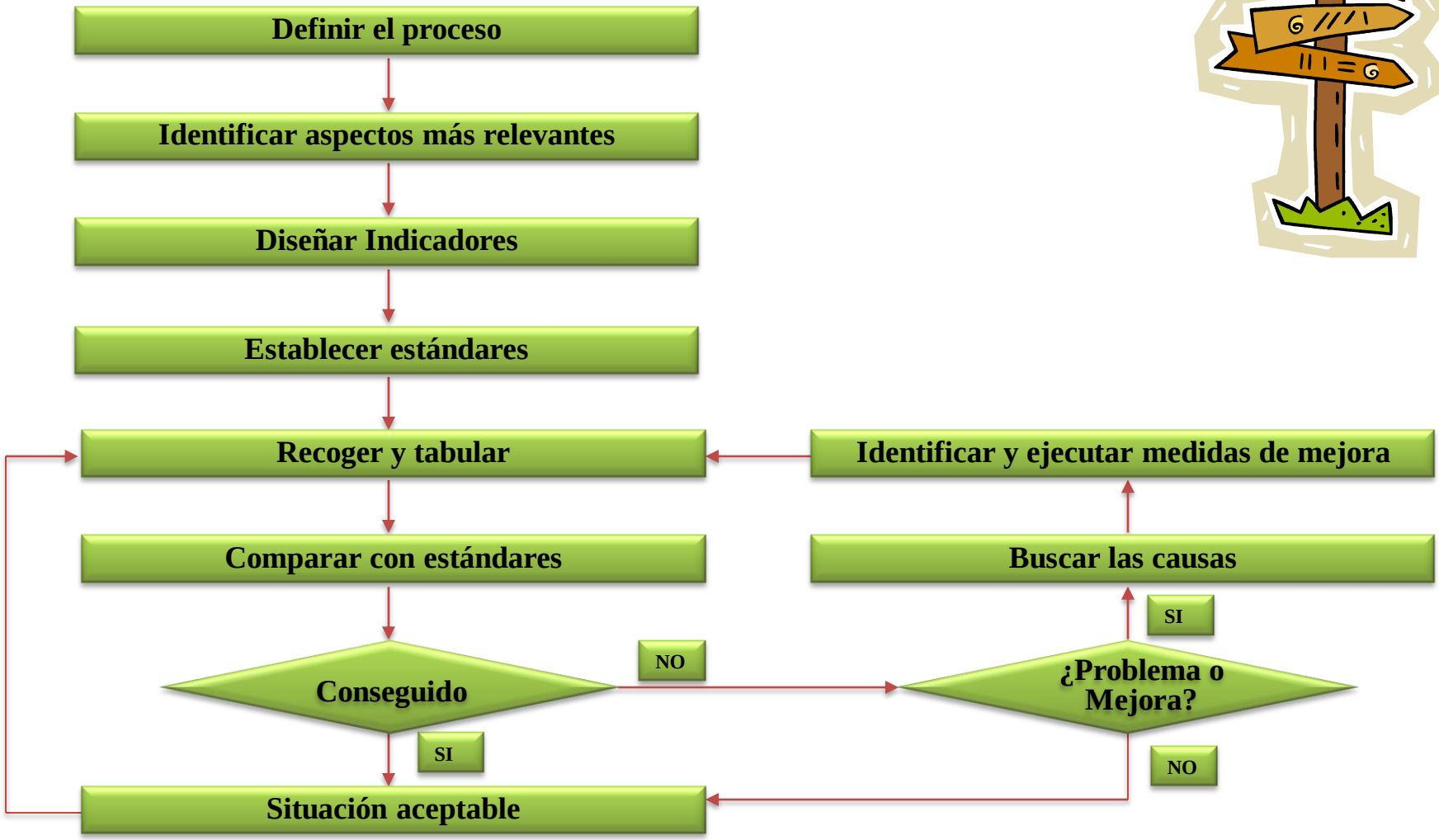
"Modelo Español de Seguridad del Paciente en Perfusión"

Definición de “Indicador”

La Joint Commission International (JCI) define un **indicador clínico** como **”una medida cuantitativa, generalmente porcentual, que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de importantes actividades de la asistencia al paciente”.**

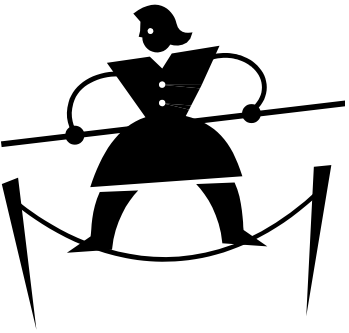
Un tipo especialmente importante de indicadores son los llamados **“indicadores centinela”,** miden un suceso grave, indeseable y generalmente evitable, que obliga a realizar una revisión individual de cada caso que se produzca.

Evaluación de la Calidad por Indicadores



Seguridad para el Paciente en Perfusión

PRÁCTICA CLÍNICA SEGURA EN PERFUSIÓN



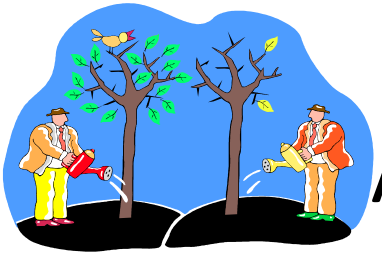
Análisis y evaluación de riesgos

Análisis proactivo
(Identificamos y prevenimos riesgos **ANTES** de que se produzcan)

- Análisis de Modos de Fallo y Efectos (AMFE)

Análisis reactivo
(Los riesgos no se han controlado y los efectos adversos **ya se han producido**)

- Análisis de Causa Raíz (ACR)



Análisis de Modos de Fallo y sus Efectos (AMFE)

¿Qué es?

- Herramienta para **valorar los fallos potenciales** de cualquier proceso.
- **Cuantifica** los efectos de los posibles fallos y permite priorizar las acciones que los eliminan o minimizan.

¿En que se basa

- ¿**Qué** puede salir mal?
- Si algo sale mal, ¿qué **probabilidad** de ocurrencia tiene y cuáles son sus consecuencias?
- ¿Qué posibilidad tengo de **detectarlo**?

Proceso de **gestión de riesgos** y mejora de la Seguridad del Paciente

Fases del AMFE

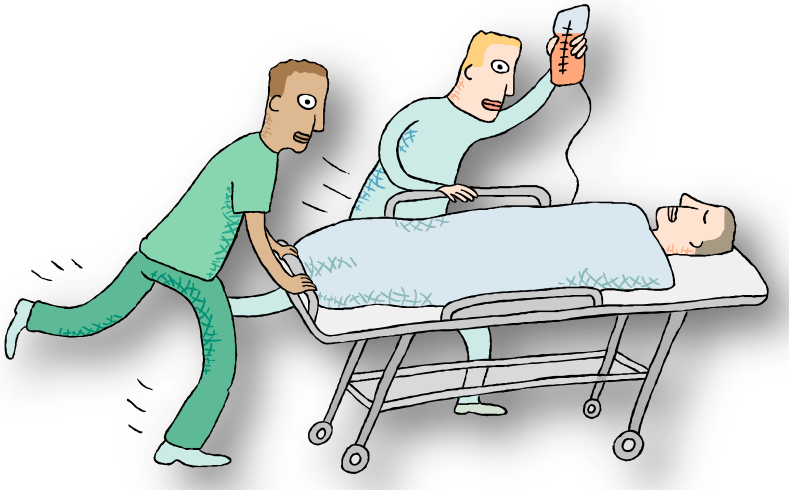
- Establecer el **equipo.**
- Definir el **proceso.**
- Describir cada una de sus **fases.**
- Listar los **fallos potenciales** para cada subproceso.
- Describir **los efectos** de los fallos señalados.
- Señalar las posibles **causas** que originan los fallos.
- Listar **controles** que detecten cada fallo.
- **Calcular prioridades** de los fallos según su gravedad, aparición y detección.
- Calcular el Índice de Prioridad del Riesgo **(IPR).**
- Implantar **acciones de mejora** para prevenirlos.

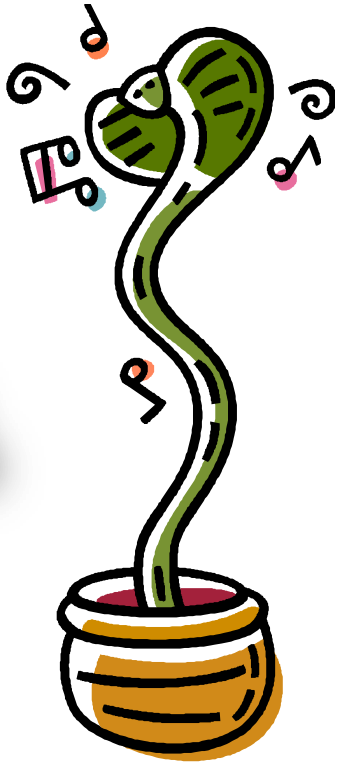
Priorización de fallos

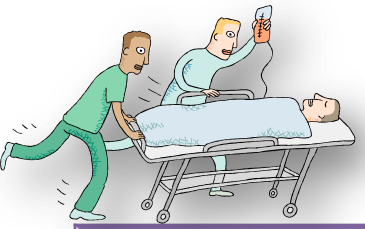
- **Frecuencia (Ocurrencia)** del fallo
  - Preocupan más los que tienen mayor probabilidad de ocurrir?
- **Gravedad** del fallo
  - ¿Preocupan más los que tienen consecuencias más graves?
- **Detección** del fallo
  - ¿Preocupa más detectar los fallos antes de que provoquen el efecto?

GRAVEDAD – OCURRENCIA – DETECCIÓN (aparición)

G **O** **D**







Puntuación para valorar la "GRAVEDAD"

Efecto	Valoración	Criterio
Menor	1-2	**No lesiones**, no aumento de la estancia, no necesidad de incrementar el nivel de atención
Moderado	3-4	**Aumento de la estancia** o de la intensidad de la atención
Mayor	5-8	**Pérdida permanente de la función** (sensorial, motora, fisiológica o intelectual), necesidad de intervención quirúrgica, aumento de la estancia o de la intensidad de la atención.
Catastrófico	9-10	**Muerte o pérdida mayor de la función** (sensorial, motora, fisiológica o intelectual): reacción transfusional hemolítica, cirugía en el paciente equivocado, robo de un niño, etc.

Puntuación para valorar la "OCURRENCIA"

Efecto	Valoración	Criterio
Remoto	1-4	Aparición **improbable** (puede ocurrir una vez en un período superior a 5 años)
Infrecuente	5-6	Aparición **posible** (puede ocurrir en alguna ocasión en 2 o 5 años)
Ocasional	7-8	Es **probable** que ocurra (varias veces en 1 o 2 años)
Frecuente	9-10	**Frecuente aparición** de forma inmediata o en un período corto de tiempo (puede ocurrir varias veces en un años)

Puntuación para valorar la "DETECCIÓN"

Efecto	Valoración	Criterio
Alta	1-4	Los controles **alta** capacidad para detectarlo si se produce
Moderada	5-6	Los controles **tienen posibilidades** de detectarlo.
Ocasional	7-8	Los controles tienen **poca** posibilidad de detectarlo
Baja	9-10	Es **poco probable** que los controles los detecten

Cálculo de prioridad para cada riesgo

Probabilidad de Ocurrencia	Índice de Gravedad	Probabilidad de Detección
"O"	"G"	"D"

Índice de prioridad para cada riesgo (NPR)*= "O" x "G" x "D"

* Número de Prioridad de cada Riesgo

Diagrama de flujo para elaborar un AMFE

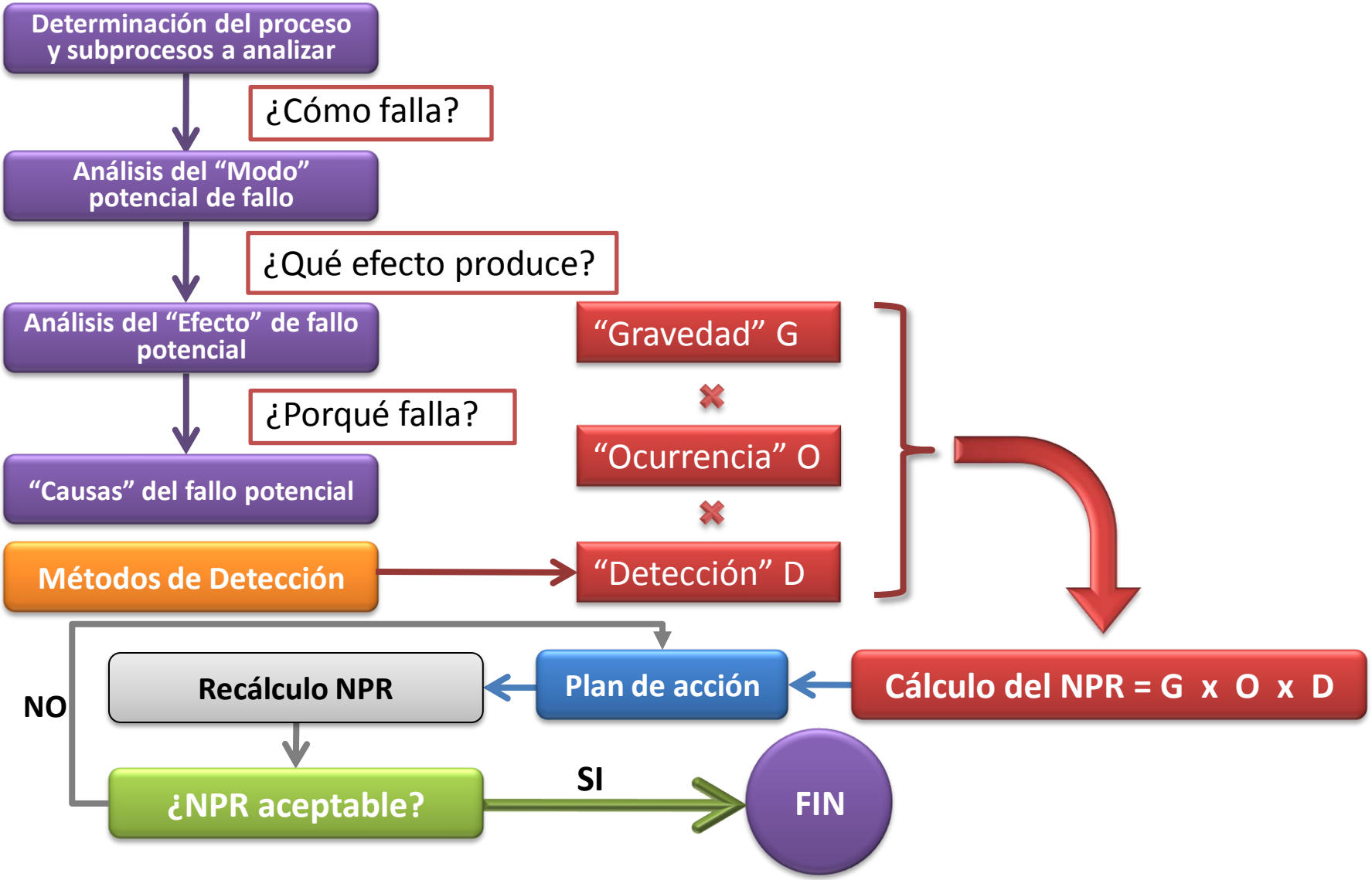


Tabla de análisis de riesgo AMFE

PROCESO:				FECHA:			Nº:
MIEMBROS DEL EQUIPO:	Gravedad IG: Catastrófico Mayor Moderada Menor	VALOR 9 – 10 5 – 8 3 – 4 1 – 2	Ocurrencia IO: Frecuente Ocasional Infrecuente Remoto	VALOR 9 – 10 7 – 8 5 – 6 1 - 4	Detección ID: Alta Moderada Ocasional Baja	VALOR 9 - 10 7 - 8 5 - 6 1 - 4	

FASES DEL PROCESO	FALLOS POTENCIALES	EFECTOS PRODUCIDOS	CAUSAS POTENCIALES	IG	IO	ID	NPR

Análisis Modal de Fallos y sus Efectos AMFE:

Ejemplo en CEC: "*Mantener el circuito heparinizado y en perfecto funcionamiento, para posible re-entrada en CEC, hasta el cierre esternal"*

PROCESO: "Prótesis Aórtica por estenosis", Criterio de los Factores Post-CEC. "Mantenimiento del circuito heparinizado y en perfecto funcionamiento, para posible reentrada en CEC, hasta el cierre esternal"							**FECHA:** 20 de Febrero del 2010			**Nº:** (1)
MIEMBROS DEL EQUIPO: Miembros de la Unidad de Perfusión Hospital... 1. Perfusionista A 2. Perfusionista B 3. Perfusionista C		**Gravedad IG:** Catastrófico Mayor Moderada Menor	**VALOR** 9 – 10 5 – 8 3 – 4 1 – 2	**Ocurrencia IO:** Frecuente Ocasional Infrecuente Remoto	**VALOR** 9 – 10 7 – 8 5 – 6 1 - 4	**Detección ID:** Alta Moderada Ocasional Baja	**VALOR** 9 - 10 7 - 8 5 - 6 1 - 4			
FASES DEL PROCESO	**FALLOS POTENCIALES**	**EFECTOS PRODUCIDOS**		**CAUSAS POTENCIALES**	**IG**	**IO**	**ID**	**NPR**		
Paciente decanulado, en proceso de revisión, hemostasia y cierre , circuito de CEC desconectado pero disponible en el campo quirúrgico	*Descebado del circuito en la bomba*	*1.- Circuito de bomba lleno de aire, que imposibilita la rápida entrada en CEC y obliga a Cebar y Purgar de nuevo. Pérdida de tiempo.* *2.- Hemodilución añadida.*		*1.-Por querer recuperar toda la sangre del circuito* *2.- Por quitar los sensores de nivel* *3.- Por fallo del clamp en línea arterial*	6 9 4	7 9 9	10 10 10	420 810 360		
	Coagulación del reservorio de CEC	*1.- Imposibilidad de utilizar el circuito.* *2.- Necesidad de montaje de un circuito nuevo de CEC.* *3.- Demora en tiempo* *4.- Hemodilución.* *5.- Pérdida de recursos*		*1.- No mantener la correcta heparinización* *2.- Por seguir con las aspiraciones de CEC una vez instaurada la perfusión de protamina*	10 10	8 7	10 10	800 700		

Acciones y medida de resultados: eliminar, controlar, aceptar.

PROCESO:					FECHA:		Nº:
MIEMBROS DEL EQUIPO:	Gravedad IG: Catastrófico Mayor Moderada Menor	VALOR 9 – 10 5 – 8 3 – 4 1 – 2	Ocurrencia IO: Frecuente Ocasional Infrecuente Remoto	VALOR 9 – 10 7 – 8 5 – 6 1 - 4	Detección ID: Alta Moderada Ocasional Baja	VALOR 9 - 10 7 - 8 5 - 6 1 - 4	

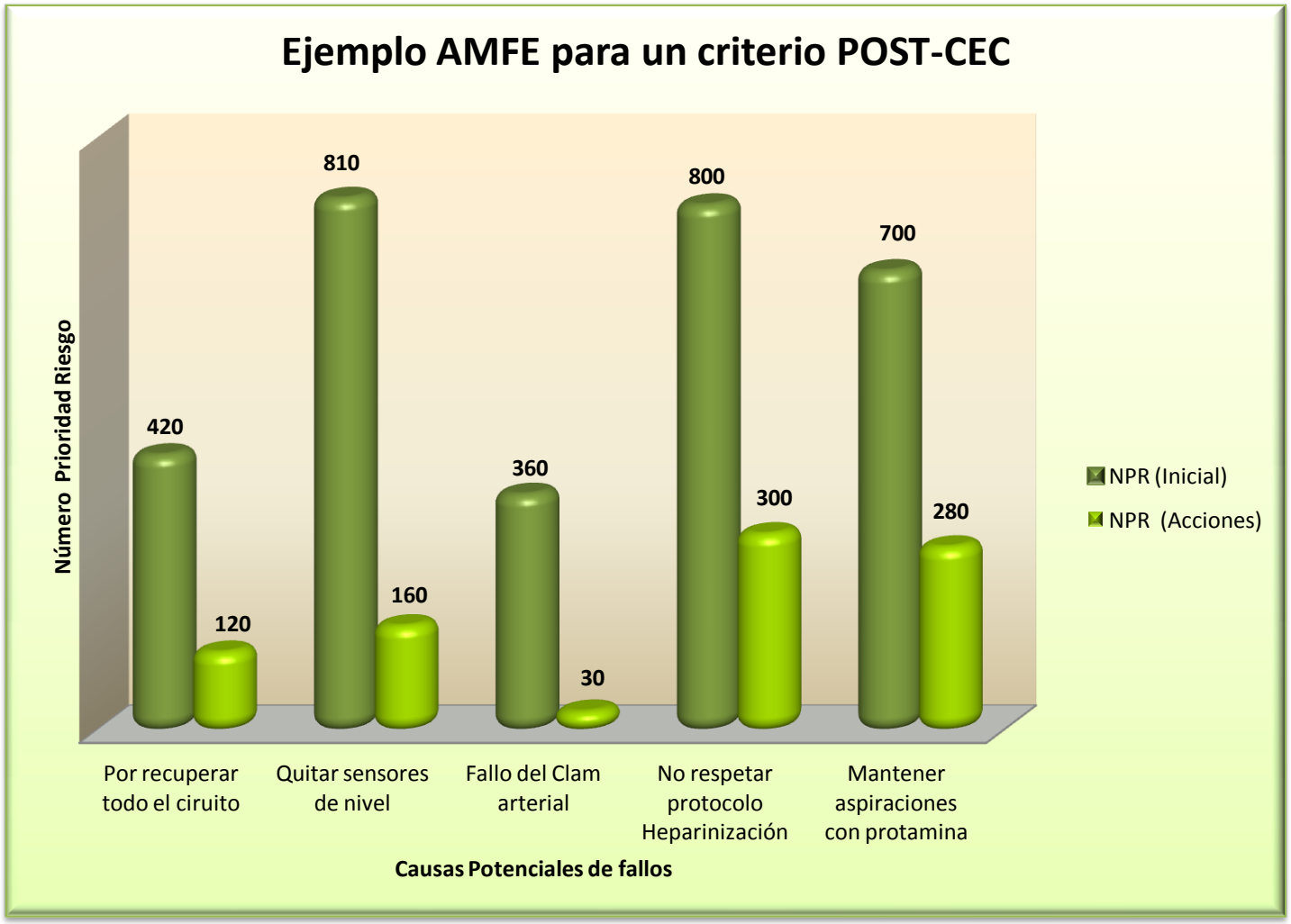
FASES DEL PROCESO	ACCIONES RECOMENDADAS	RESPONSABLE	ACCIONES TOMADAS	IG	IO	ID	NPR

Acciones y medida de resultados: eliminar, controlar, aceptar.

Ejemplo en CEC: ***"Mantener el circuito heparinizado y en perfecto funcionamiento, para posible re-entrada en CEC, hasta el cierre esternal"***

PROCESO: "Prótesis Aórtica por estenosis", Criterio de los Factores Post-CEC. "Mantenimiento del circuito heparinizado y en perfecto funcionamiento, para posible reentrada en CEC, hasta el cierre esternal"							**FECHA:** 20 de Febrero del 2010			**Nº(1)**
MIEMBROS DEL EQUIPO: Miembros de la Unidad de Perfusión Hospital… 1. Perfusionista A 2. Perfusionista B 3. Perfusionista C	**Gravedad IG:** Catastrófico Mayor Moderada Menor	**VALOR** 9 – 10 5 – 8 3 – 4 1 – 2	**Ocurrencia IO:** Frecuente Ocasional Infrecuente Remoto	**VALOR** 9 – 10 7 – 8 5 – 6 1 - 4	**Detección ID:** Alta Moderada Ocasional Baja	**VALOR** 9 - 10 7 - 8 5 - 6 1 - 4				
CAUSAS POTENCIALES DEL FALLO	**ACCIONES RECOMENDADAS**	**RESPONSABLE**	**ACCIONES TOMADAS**	**IG**	**IO**	**ID**	**NPR**			
1.-Por querer recuperar toda la sangre del circuito *2.- Por quitar los sensores de nivel* *3.- Por fallo del clamp en línea arterial*	1.- Mantener el nivel mínimo en el reservorio, sustituyendo la sangre por cristaloide 2.- No prescindir nunca de los sensores de alarmas de nivel 3.- Clampar con doble clamp la línea arterial	El perfusionista del caso clínico	1.- SI 2.- SI 3.- SI	3 4 1	4 4 3	10 10 10	120 160 30			
1.- No mantener la correcta heparinización *2.- Por seguir con las aspiraciones de CEC una vez instaurada la perfusión de protamina*	1.- Mantener siempre los protocolos de heparinización y sus tiempos. 2.- Prescindir de las aspiraciones de CEC en el momento de inicio de la perfusión de protamina	El perfusionista del caso clínico	1.- SI 2.- SI	5 4	6 7	10 10	300 280			

Disminución de los NPR en un AMFE de CEC



Análisis y evaluación de riesgos

Análisis proactivo
(Identificamos y prevenimos riesgos **ANTES** de que se produzcan)

- Análisis de Modos de Fallo y Efectos (AMFE)

Análisis reactivo
(Los riesgos no se han controlado y los efectos adversos **ya se han producido**)

- **Análisis de Causa Raiz (ACR)**

Análisis de Causa Raiz (ACR)

¿Qué es?

- Herramienta para **investigar** de forma sistemática (más allá del individuo) las **causas** subyacentes y el **entorno** en que se produjo un Evento Adverso.

¿Qué busca?

- **Aprender de los riesgos** ocurridos (eventos adversos) para
- **Eliminar** los eventos adversos o **reducir** su probabilidad/Impacto en el futuro
- **Controlar o reforzar** adecuadamente los procesos y factores en los cuales la posibilidad humana de errar (**falibilidad)** puede tener lugar.

Enfoque al sistema

- La causa raíz de muchos riesgos suele ser una mezcla de varios factores interdependientes, que progresan por el **diagrama de Reason** aprovechando "agujeros" dentro de los factores contribuyentes o condiciones latentes de nuestros entornos.

Objetivos:

- **Identificar factores** contribuyentes a los riesgos ocurridos y eventos adversos
- Investigar retrospectivamente **QUÉ, CÓMO Y POR QUÉ ocurrió** en busca de la causa raíz
- Orientar los resultados a **reducir el nivel de riesgo** de los procesos haciéndolos más robustos

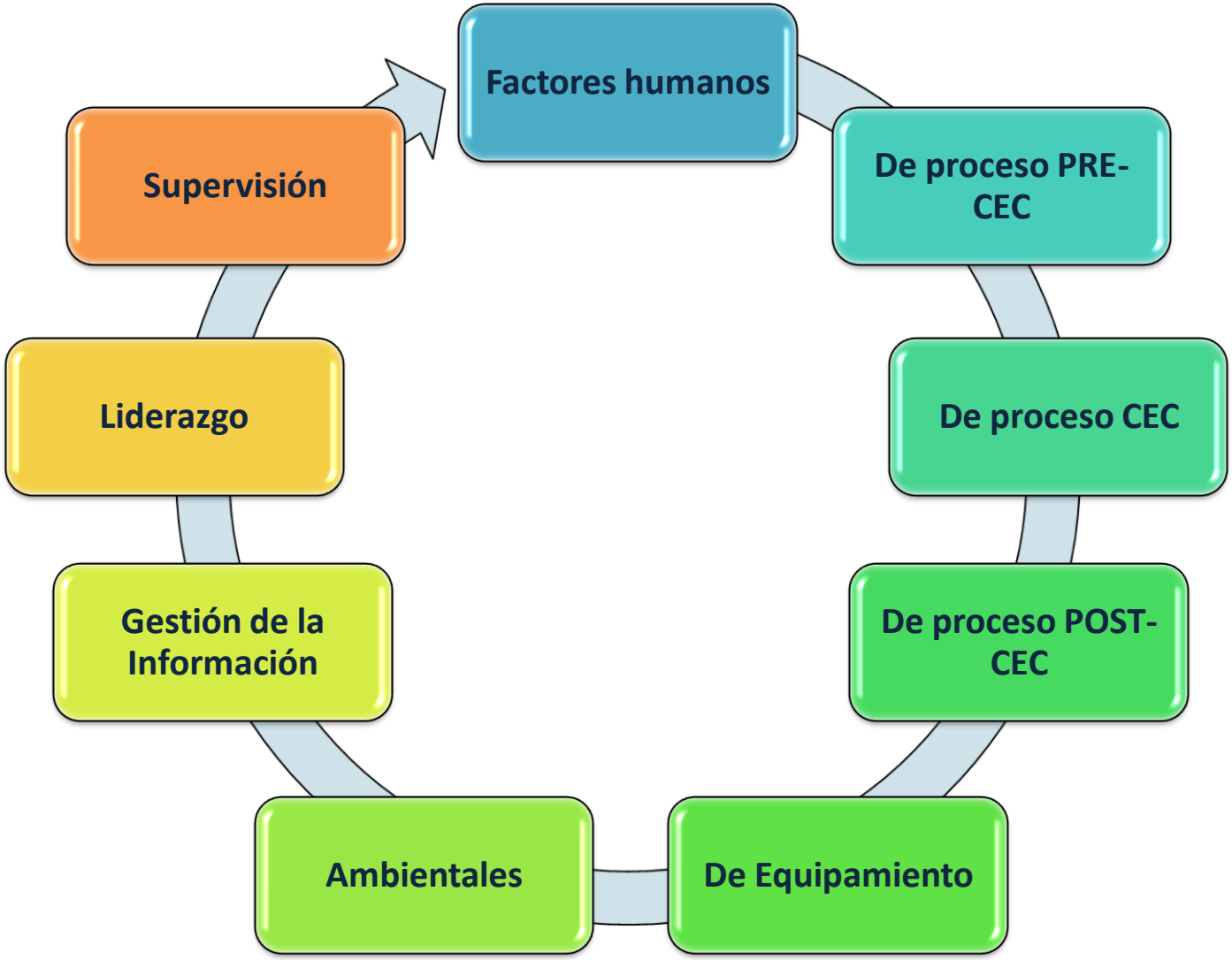
Diagrama de Reason

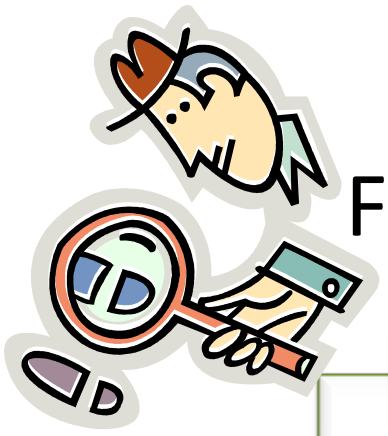
(Evento adverso progresando entre los Factores Contribuyentes de CEC)

Factores “Contribuyentes” o “Condiciones Latentes”

“Modelo de Seguridad del Paciente en Perfusión”

(Adaptados de la Joint Commission para la CEC)

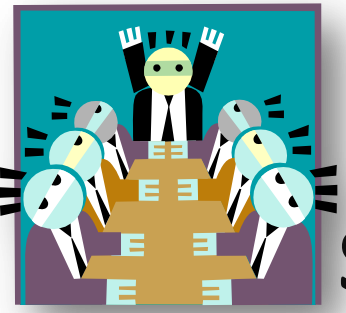




Fases del Análisis Causa Raíz (ACR)

1. Identificar qué eventos deben ser investigados
2. Recabar información
3. Secuencia cronológica de los hechos
4. Análisis de la información
5. Desarrollar soluciones e implementarlas

2. Recabar información



Secuencia cronológica de los hechos

- Árbol de decisión
- Cronología narrativa y tabla cronológica
- Línea de tiempo
- Tabla persona-tiempo

Análisis de la información

- Lluvia ideas (oral/escrito)
- Técnica de Grupo Nominal
- Espina de pescado (Causa-Efecto)
- Análisis de barreras (reactivo)
- Preguntas “¿Por qué?” en cascada
- Análisis de cambios
- Diagrama de Pareto
- Histograma de frecuencias diagramas de caja y correlaciones
- Gráficos de control

Desarrollar soluciones e implementarlas

- Cambio propuesto para reducir riesgo
- ¿Dónde? ¿En qué proceso/s?
- ¿Quiénes van a llevarlo a cabo?
- Modo de introducir el cambio (en fases, plazos,…)
- Resultado objetivo y método de medida de la efectividad del cambio
- Fecha prevista de introducción del cambio
- Fecha de revisión
- ¿Se debe extender la mejora a algún otro área o ámbito?
- ¿Introduce este cambio alguna nueva vulnerabilidad a la que atender?

Herramientas asociadas al Análisis Causa Raíz (ACR)

Investigar

- Árbol de decisión
- Cronología narrativa y tabla cronológica
- Línea de tiempo
- Tabla persona tiempo

Proponer Causas y Factores

- Lluvia de ideas (Oral/escrito)
- Técnica de Grupo Nominal

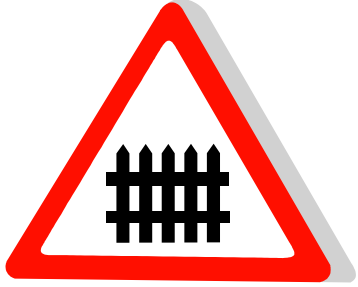
Identificar Causas y Prevenir

- Espina de pescado (Causa-Efecto)
- Análisis de barreras (reactivo)
- Preguntas "¿Por qué?" en cascada
- Análisis de cambios

Análisis de Control de datos

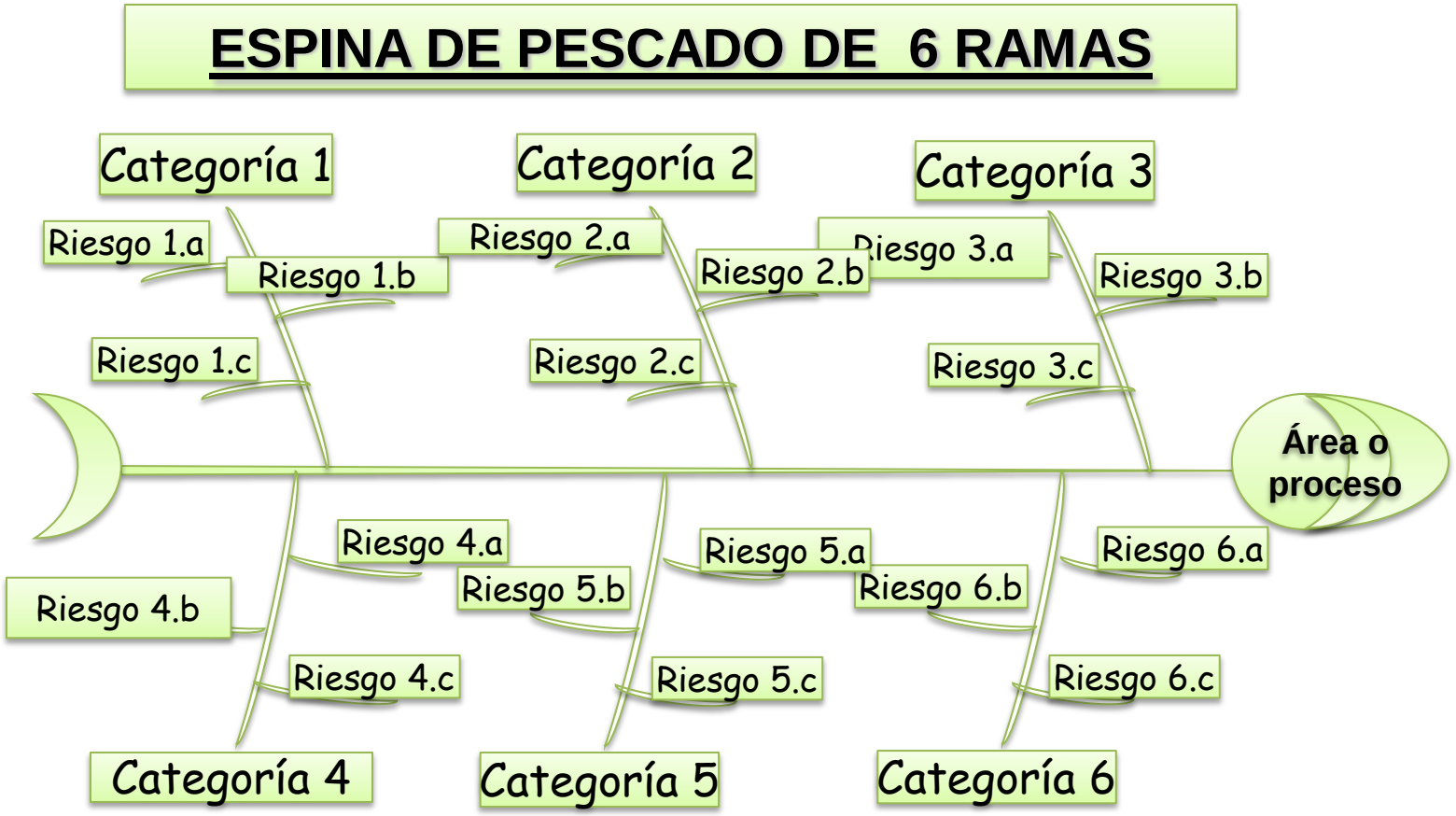
- Diagrama de Pareto
- Histogramas de frecuencias, diagramas de caja y correlaciones
- Gráficos de control

Análisis de Barreras



PROCESO QUE SE VA A ANALIZAR						
RIESGO	**¿QUÉ BARRERAS HAY?**	**GRADO DEL IMPACTO (Alto/Med /Bajo)**	**BARRERA ADICIONAL (MEJORA)**	**GRADO DEL IMPACTO CON LA NUEVA BARRERA**	**COSTES ASOCIADOS A LA NUEVA BARRERA**	**RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN**

Diagrama “Ishikawa o Causa-Efecto”



Matriz de Riesgos

MATRIZ DE RIESGOS

RIESGO	Probabilidad (Ocurrencia)	Gravedad (Impacto)	Valor del Riesgo	Nivel de Riesgo
			0	Marginal
			0	Marginal
			0	Marginal
			0	Marginal
			0	Marginal
			0	Marginal
			0	Marginal
			0	Marginal
			0	Marginal
			0	Marginal
			0	Marginal
			0	Marginal
			0	Marginal
			0	Marginal
			0	Marginal

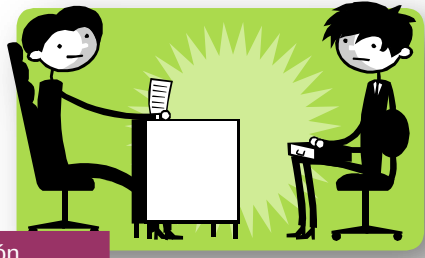
Borrar Datos

LEYENDA

			GRAVEDAD (IMPACTO)				
			MUY BAJO 1	BAJO 2	MEDIO 3	ALTO 4	MUY ALTO 5
PROBABILIDAD	MUY ALTA	5	5	10	15	20	25
	ALTA	4	4	8	12	16	20
	MEDIA	3	3	6	9	12	15
	BAJA	2	2	4	6	8	12
	MUY BAJA	1	1	2	3	4	5

	Riesgo muy grave. Requiere medidas preventivas urgentes. No se debe iniciar el proyecto sin la aplicación de medidas preventivas urgentes y sin acotar sólidamente el riesgo.
	Riesgo importante. Medidas preventivas obligatorias. Se deben controlar fuertemente llas variables de riesgo durante el proyecto.
	Riesgo apreciable. Estudiar económicamente ai es posible introducir medidas preventivas para reducir el nivel de riesgo. Si no fuera posible, mantener las variables controladas.
	Riesgo marginal.Se vigilará aunque no requiere medidas preventivas de partida.

ÁRBOL DE DECISIÓN PARA EVENTOS ADVERSOS



INICIO

Test de Daño Deliberado

¿Fueron las acciones premeditadas?

- NO → ¿Fueron las consecuencias adversas intencionadas?
  - NO → Test de Incapacidad
  - SI → Consultar a NCCA*

Aconsejar a la persona implicada que consulte con el representante del sindicato.

Considerar:
- Suspenderlo
- Denunciarlo a la policía y al consejo regulador / disciplinario
- Remitir a Occupational Health

Resaltar cualquier fallo del Sistema identificado

Test de Incapacidad

¿Parece existir evidencia de mala salud o abuso de alguna droga?

- NO → Test de Previsión
- SI → ¿Tiene el sujeto un diagnóstico médico reconocido?
  - NO → Consultar a NCCA*
  - SI → Test de Previsión

Aconsejar a la persona implicada que consulte con el representante del sindicato.

Considerar:
- Remitir a Occupational Health
- Reajuste de tareas razonable
- Baja por enfermedad

Resaltar cualquier fallo del Sistema identificado

Test de Previsión

¿Se ha salido de los protocolos establecidos o de los procedimientos seguros?

- NO → Test de Sustitución
- SI → ¿Los protocolos y procedimientos estaban disponibles, eran inteligibles, correctos y usados rutinariamente?
  - NO → Test de Sustitución
  - SI → ¿Hay evidencia de que el sujeto asumió un riesgo inaceptable?
    - SI → Test de Sustitución
    - NO → Consultar a NCCA*

Aconsejar a la persona implicada que consulte con el representante del sindicato.

Considerar:
- Formación en protocolos y en su seguimiento
- Mejor supervisión
- Remitir a Occupational Health
- Reajuste razonable de sus tareas

Resaltar cualquier fallo del Sistema identificado

Test de Sustitución

¿Se comportaría otra persona proveniente del mismo grupo profesional, con la misma cualificación y experiencia, de la misma manera, bajo circunstancias similares?

- NO → ¿Hubo deficiencias de formación, experiencia o supervisión?
  - NO → ¿Hubo circunstancias atenuantes significativas?
    - SI → Fallo del Sistema
    - NO → Consultar a NCCA*
  - SI → Fallo del Sistema
- SI → Fallo del Sistema

Consultar a NCCA*

Aconsejar a la persona implicada que consulte con el representante del sindicato.

Considerar:
- Denunciarlo al consejo regulador / disciplinario
- Reajuste razonable de sus tareas
- Remitir a Occupational Health
- Suspensión

Resaltar cualquier fallo del Sistema identificado

Fallo del Sistema

Revisar el Sistema

*NCAA = National Clinical Assessment Authority *(Autoridad Nacional de Evaluación Clínica)*

Declaración Anónima de Eventos en CEC

DECLARACIÓN EN LA WEB DE EVENTOS ADVERSOS EN PERFUSIÓN

Características de nuestro "Sistema de Notificación de Eventos Adversos en la Web"

- **VOLUNTARIO:** La decisión de comunicar el evento la tomará el propio perfusionista
- **NO PUNITIVO:** El único objetivo será aprender de los errores
- **CONFIDENCIAL:** Garantizado por la propia organización profesional
- **PROFESIONAL:** Como Organización Profesional independiente no está sujeta a dependencia alguna
- **ANÁLISIS POR PERFUSIONISTAS:** Se realizarán por perfusionistas dentro de la Comisión de Calidad
- **ELABORACIÓN DE RECOMENDACIONES:** Elaboradas por y para los perfusionistas
- **DIFUSIÓN DE LAS ALERTAS:** Vehiculizadas optimizando la infraestructura de la organización

DECLARACIÓN ANÓNIMA DE EVENTOS ADVESOS SURGIDOS EN PERFUSIÓN

DESCRIPCIÓN DEL EVENTO ADVERSO:

FACTORES QUE CONTRIBUYERON A SU DESENCADENAMIENTO

FACTORES HUMANOS:

- O Por no poseer la formación adecuada
- O Por realizar funciones que no eran estrictamente de perfusionista
- O Por superar turno de trabajo superiores a 12 horas.
- O Por ser perfusionista en formación NO tutorizado.
- O Por no contar con un perfusionista de reserva para suplir al de guardia.
- O …….

FACTORES DEL PROCESO PRE-CEC:

- O Por no realizar el check-list pre-cec.
- O Por no disponer de sensores de nivel con alarma y pare.
- O Por no identificar al paciente y comprobar concordancia con la historia
- O Por no realizar la historia clínica de perfusión.
- O Por no disponer de protocolos de manejo y utilización de drogas.
- O …….

FACTORES DEL PROCESO CEC:

- O Por no ajustar correctamente el protocolo de heparinización en CEC.
- O Por anomalías en el desarrollo del protocolo de protección miocárdica
- O Por no poder disponer de control de Potasio y Calcio.
- O Por no mantener los parámetros de presiones dentro de protocolos de seguridad.
- O Por no disponer de monitorización en línea para poder corregir de inmediato según Tª
- O …….

FACTORES DEL PROCESO POST-CEC:

- O Por no revertir la heparina y/o comprobar el ACT final.
- O Por no mantener el circuito heparinizado y en funcionamiento hasta el cierre.
- O Por no poder seguir el protocolo de seguridad del recuperador celular.
- O Por no acompañar al paciente con dispositivos especiales a la UVI.
- O Por no recuperar la mayor parte de sangre del circuito y/o reinfundirla al paciente.
- O …….

FACTORES DE EQUIPAMIENTO:

- O Por no disponer de los sistemas de seguridad mínimos del Manual de Calidad de la AEP.
- O Por no contar con un circuito de repuesto próximo a la CEC.
- O Por no tener monitor auxiliar, visible en todo momento por el perfusionista.
- O Por no prohibir el manejo de los dispositivos de CEC a personal ajeno a la perfusión.
- O Por no tener protocolizado el uso, mantenimiento y sustitución inmediata de los recursos.
- O …….

FACTORES AMBIENTALES:

- O Por no mantener comunicación fluida con cirujanos y anestesistas durante el proceso.
- O Por no tener establecidos protocolos de actuación conjuntos en situaciones de urgencia.
- O Por no tener protocolizadas la competencias e interrelaciones de todo el equipo.
- O Por no tener protocolizadas las comunicaciones con los procesos de apoyo a la perfusión.
- O Por no controlar los protocolos de limpieza y desinfección del quirófano.
- O …….

FACTORES DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN:

- O Por no cumplimentar y cursar el Registro Nacional de Perfusión.
- O Por no archivar el check-list en la historia de perfusión del paciente
- O Por no comprobar los datos identificativos en toda la historia clínica del paciente.
- O Por no disponer de protocolos de todos los procesos de perfusión para la CEC.
- O Por no gestionar por duplicado el informe de perfusión.
- O …….

FACTORES DE LIDERAZGO:

- O Por no informar a los socios de las alertas de seguridad que afecten a perfusión.
- O Por no avalar la práctica profesional de la perfusión..
- O Por no mantener un Registro Nacional de Eventos Adversos en Perfusión.
- O Por no apoyar a los perfusionistas en situaciones adversas.
- O Por no atender a la formación del perfusionista en seguridad y calidad.
- O …….

FACTORES DE SUPERVISIÓN:

- O Por no supervisar el registro de eventos adversos y difundir medidas de seguridad.
- O Por no elaborar y distribuir información de los eventos centinela.
- O Por no supervisar ni elaborar acciones de mejora de problemas de seguridad.
- O Por no fomentar la existencia de registros de eventos adversos en las unidades perfusión
- O Por no informar, asesorar y responsabilizarse de las buenas prácticas en seguridad.
- O …….

PROPUESTA DE ACCIONES DE MEJORA:

Últimas noticias nivel Internacional

Patient safety

Vol. 3 nº 1 February 2010

Inicio \ Plan de Calidad del SNS \ Boletín de noticias \ Suplemento Seguridad del paciente \ Vol. 3 nº 1

La notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente será obligatoria en Inglaterra a partir de abril del 2010

En muchos países se está debatiendo sobre el carácter voluntario u obligatorio de la notificación de incidentes. La experiencia inglesa a partir de abril ofrecerá una valiosa información en la que basarse para elegir el tipo de sistema más adecuado

La seguridad del paciente tiene una amplia tradición en el ámbito anglosajón. Países como Reino Unido, EE.UU., Canadá o Australia fueron pioneros en considerar la seguridad de la atención sanitaria como una prioridad.

La National Patient Safety Agency (NPSA) es una agencia gubernamental creada en el Reino Unido en el año 2001. Pretende informar, apoyar e influir en las organizaciones sanitarias y en sus profesionales para disminuir los riesgos innecesarios asociados a la atención sanitaria.

El fomento de una cultura de seguridad y el establecimiento de un sistema para la comunicación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente han sido dos líneas prioritarias para la NPSA. Fruto de este interés, en el año 2003 se instauró un sistema de notificación de incidentes para Inglaterra y Gales, sistema conocido como “The National Reporting and Learning Service" (NRLS).

A través del NRLS se han notificado vía Internet más de tres millones de incidentes. De esta forma, se ha recogido la información necesaria para cuantificar la frecuencia de los incidentes, analizar sus causas e implantar cambios en el sistema para evitar su repetición.

Según ha publicado la revista The British Medical Journal (BMJ), la notificación de incidentes será obligatoria en Inglaterra a partir del mes del abril. De esta forma se pone fin a un sistema de notificación basado en la declaración voluntaria.

Esta nueva normativa afectará, en una primera fase, a más de 400 instituciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud en Inglaterra, incluyendo hospitales, centros de salud, servicios de salud mental y servicios de transporte sanitario. A partir de finales de este año se incorporarán paulatinamente otros tipos de centros sanitarios, como los centros sanitarios privados y los encargados de la atención dental.

En la actualidad se sigue debatiendo si la notificación de incidentes debe ser voluntaria u obligatoria. La experiencia inglesa a partir de abril ofrecerá una valiosa información en la que basarse para elegir el tipo de sistema más adecuado.

Conclusiones ¿el **porqué** de todo esto?

Porque la **"Seguridad del Paciente"** es la DIANA de todos los programas a nivel internacional

Porque **INDIVIDUALMENTE** podemos estar interesados en evaluar si nuestra labor asistencial la estamos realizando con el tope de SEGURIDAD PARA NUESTROS PACIENTES

Porque como **UNIDADES DE PERFUSIÓN** necesitamos evaluar nuestro nivel de Seguridad e identificar nuestro nivel de RIESGO

Porque, como **EXPERTOS** podemos estar integrados en equipos multidisciplinares de "Análisis Causas Raíz" de eventos adversos

Porque los **"INDICADORES"** deben ser formulados por los equipos con capacidad de mejorarlos.

"Concédeme **coraje** para cambiar las cosas que debo modificar

Serenidad para aceptar lo que no puedo cambiar y

Sabiduría para diferenciar unas de otras"

Reinhold Nieburh (1892 – 1971)

Teólogo y Politólogo