

N **GESTIÓN** **DE INCIDENTES** **DE SEGURIDAD**

Manual de ayuda para la notificación de riesgos
e incidentes de seguridad del paciente (borrador)

Fecha actualización: Enero 2019



Observatorio
para la Seguridad del Paciente



Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
CONSEJERÍA DE SALUD



Sistema de notificación de incidentes de seguridad

¿Qué son? Sistemas que permiten convertir los fallos o errores de la asistencia sanitaria en oportunidades de aprendizaje para acelerar y extender mejoras para la seguridad de los pacientes

¿Qué características deben tener? voluntario, anónimo o confidencial, sencillo, ágil, no punitivo, aplicable a cualquier tipo de incidentes, independiente de cualquier autoridad, gestionado por expertos a nivel local que conocen el contexto clínico, orientado a los cambios en los sistemas y útil para la prevención y aprendizaje

¿Qué se pretende conseguir? Recoger información de lo que sucede, identificar áreas o elementos vulnerables del sistema, aprender de las experiencias e introducir cambios para evitar que vuelvan a producirse.

¿Qué debe notificarse? Cualquier incidente relacionado con la seguridad del paciente (riesgos, incidentes sin daño o eventos adversos). No es el sitio para notificar reclamaciones

Un **incidente relacionado con la seguridad del paciente** es cualquier evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario e involuntario al paciente a consecuencia de la asistencia sanitaria. El sistema de notificación comprende por tanto:

- **Eventos adversos:** incidentes que producen daño al paciente (daño relacionado con la atención sanitaria que no se corresponde con una complicación propia de la enfermedad).
- **Cuasiincidente:** errores o fallos serios que tienen el potencial de originar un evento adverso pero que no se produce bien por azar o porque es interceptado antes de que alcance al paciente. Se asume que los fallos latentes en los sistemas que provocan los incidentes sin daño son los mismos que provocan los eventos adversos.
- **Riesgos:** situaciones de peligro para el paciente pero que no están relacionados con ninguno en concreto

¿Cómo pueden detectarse los riesgos o incidentes? Reconocimiento del error por parte del profesional, comunicación por parte del paciente o familiar, observación de cambios en el estado del paciente, señales de alarma/alerta en dispositivos, equipamientos o infraestructuras, auditorías, evaluación proactiva de riesgos...

¿Quién debe notificar? Cualquier profesional sanitario o no sanitario que tenga constancia de que ha podido producirse un incidente relacionado con la seguridad del paciente, se ha producido o hay riesgo de se produzca. No tiene por qué estar implicado en el incidente.

¿Cuándo debe notificarse? Lo antes posible para que los responsables de la gestión de los incidentes puedan analizarlo e identificar y establecer acciones de mejora para evitar que puedan producirse nuevamente.

¿Cómo notificar? Hay dos vías de notificación; a través de la web (www.observatorioseguridaddelpaciente.es) o de la aplicación móvil AVIZOR (disponible en AppStore y en GooglePlay). En algunos centros se dispone también de un acceso a través de la intranet.

¿Cuánto tiempo conlleva realizar una notificación? Entre 5-10 minutos. No obstante, puede guardar la información aportada y recuperarla posteriormente con un localizador que se genera al guardarla.

¿Qué información se debe aportar? Para realizar una gestión adecuada del incidente es necesario que el notificante describa de forma clara y concisa qué, cómo, por qué y dónde ocurrieron los hechos y qué medidas se tomaron de forma inmediata. Asegúrese de que todos los detalles importantes quedan registrados. No incluya aquí datos identificativos del paciente, ni de los profesionales implicados. El formulario consta de cinco apartados:

- **Resultados en el paciente:** Para identificar si lo ocurrido afectó a algún paciente concreto y si le produjo algún daño.
- **Descripción del incidente:** Para detallar qué, cómo y por qué sucedieron los hechos y el riesgo de que vuelva a suceder.
- **Características del paciente:** Para especificar el paciente que se vio afectado
- **Características del incidente:** Para puntualizar dónde y cuándo se produjo el incidente
- **Acciones de mejora:** Para describir qué factores pudieron contribuir y proponer acciones de mejora

¿Qué se considera un riesgo? Una situación de peligro para el paciente pero que no está relacionada con ninguno en concreto

¿Qué tipo de daño se puede producir en el paciente? El daño puede ser físico o psicológico

- **Ninguno**
- **Leve:** daño mínimo. El paciente requirió observación extra o tratamiento menor o se produjo un retraso en el tratamiento.
- **Moderado:** daño temporal a corto plazo. El paciente requirió intervención, prolongación de la estancia hospitalaria o un procedimiento o tratamiento adicional.
- **Severo:** daño permanente o por largo plazo. El paciente requirió ingreso hospitalario o intervención para mantener su vida.
- **Muerte** causada por el incidente



¿Cuáles son los tipos de riesgos o incidentes a notificar? La tipología de incidentes viene determinada por la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud, teniendo en cuenta el principal aspecto y/o parte del proceso con el que están relacionados:

- **Proceso administrativo** (citas, listas de espera, derivaciones, admisiones, altas, traslados, etc.)
- **Proceso asistencial o procedimiento clínico** (atención general, tareas de *screening*, prevención o chequeo, anamnesis, exploración, valoración clínica, pruebas diagnósticas, tomas de muestras, valoración de resultados, diagnósticos, tratamientos, intervenciones, contención o restricción física, etc.)
- **Documentación** (etiquetas, pulseras identificativas, tarjetas, órdenes, peticiones, historias clínicas, registros de valoración, hojas de interconsulta, formularios, certificados, consentimientos informados, listados de verificación, informes, resultados, imágenes, cartas, email, notificaciones, procedimientos, protocolos, notas informativas, etc.)
- **Infección asociada a la asistencia sanitaria**
- **Úlceras por presión**
- **Medicación o fluidos intravenosos** (prescripción, transcripción, validación, preparación, envasado, administración, monitorización, almacenamiento, conservación, etc.)
- **Sangre y productos sanguíneos** (desviaciones en los procedimientos establecidos en el proceso de la transfusión: muestras, solicitudes, prescripciones, laboratorio, administración, etc.)
- **Dieta –alimentación** (prescripción, petición, elaboración, presentación, reparto, entrega, administración, almacenamiento, etc.)
- **Oxígeno – Gas – Vapor** (etiquetado, codificación, prescripción, administración, reparto, abastecimiento, etc.)
- **Dispositivos y equipamiento médico** (disponibilidad, embalaje, presentación, adecuación, funcionamiento, limpieza, esterilidad, etc.)
- **Conducta del paciente o del profesional**
- **Accidente del paciente** (contusión, penetración, mecanismo térmico, compromiso respiratorio, exposición a productos químicos, etc.)
- **Caídas** (tropiezo, resbalón, desplome, pérdida de equilibrio, etc.)
- **Infraestructura, edificio o enseres fijos** (disponibilidad, adecuación, funcionamiento, etc.)
- **Gestión organizativa - Recursos**

¿Cómo se calcula el nivel de riesgo de un incidente? El nivel de riesgo se calcula teniendo en cuenta la probabilidad de que vuelva a ocurrir y el impacto o gravedad del daño sobre el paciente si volviera a ocurrir.

Probabilidad	Impacto o gravedad
<p>Raro. El incidente puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales.</p>	<p>Catastrófico. Si puede provocar la muerte de uno o más pacientes. La muerte ha de estar directamente relacionada con el incidente y no con la enfermedad o estado general del paciente.</p>
<p>Improbable. El evento puede ocurrir en algún momento</p>	<p>Importante. Si puede provocar un daño permanente a uno o más pacientes: pérdida de alguna función corporal, sensorial, motora, psicológica o intelectual, incluida la extirpación del órgano o extremidad afectados, o daño cerebral.</p>
<p>Posible. El evento podría ocurrir en algún momento</p>	<p>Moderado. Si puede provocar un aumento moderado en el tratamiento o un daño a uno o más pacientes pero no permanente a consecuencia del incidente: hospitalización, intervención quirúrgica, reintervención, reingreso no planeada, incremento de tiempo de cuidados, tiempo extra de hospitalización o como paciente externo, cancelación del tratamiento, transferencia a otra área como la de cuidados intensivos, etc.</p>
<p>Probable. El evento probablemente ocurrirá en la mayoría de las circunstancias</p>	<p>Menor. Si puede requerir observación o tratamiento menor o un mínimo daño a uno o más pacientes: primeros auxilios, terapia o medicación adicional.</p>
<p>Casi seguro. Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias</p>	<p>Insignificante. No provocará daños en ningún paciente</p>



¿Para qué sirve establecer el nivel de riesgo? Para determinar la inmediatez y la profundidad del análisis a desarrollar.

- **Muy alto.** Requiere un análisis causa raíz y actuaciones inmediatas. La dirección de la unidad y del centro debe conocer la situación y deben implementarse acciones correctivas urgentes. Si ocurre el incidente, este debe ser notificado dentro de las 24 horas siguientes y debe establecerse el plan de crisis en las primeras 72 horas (atención al paciente, atención al profesional, análisis causa raíz y comunicación institucional)
- **Alto-Moderado.** Requiere una investigación mediante una versión simplificada de un análisis causa raíz o similar (BACRA) y acciones de mejora implantadas lo antes posible. La dirección de la unidad y del centro deben conocer la situación.
- **Bajo.** Manejo por procedimientos de rutina. Implementar medidas fáciles y rápidas y soluciones definitivas cuando los recursos lo permitan Seguimiento de incidentes mediante datos agregados. Tomar datos del tipo de incidente, personal implicado, descripción de los hechos tal y como ocurrieron, detalles de factores contributivos, acciones tomadas para minimizar el evento adverso y medidas llevadas a cabo tras el evento. Si con los datos se pueden identificar aspectos y patrones recurrentes, la organización puede querer abordar un análisis causa raíz específico, agrupando un cierto número de eventos adversos.

Matriz de riesgo

Tabla de gravedad y probabilidad *

Gravedad	Probabilidad				
	Raro	Improbable	Posible	Probable	Casi seguro
Catastrófico	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto
Importante	Muy alto	Alto	Alto	Muy alto	Muy alto
Moderado	Moderado	Moderado	Alto	Alto	Muy alto
Menor	Moderado	Moderado	Moderado	Alto	Alto
Insignificante	Bajo	Bajo	Bajo	Moderado	Moderado



Bajo



Moderado



Alto

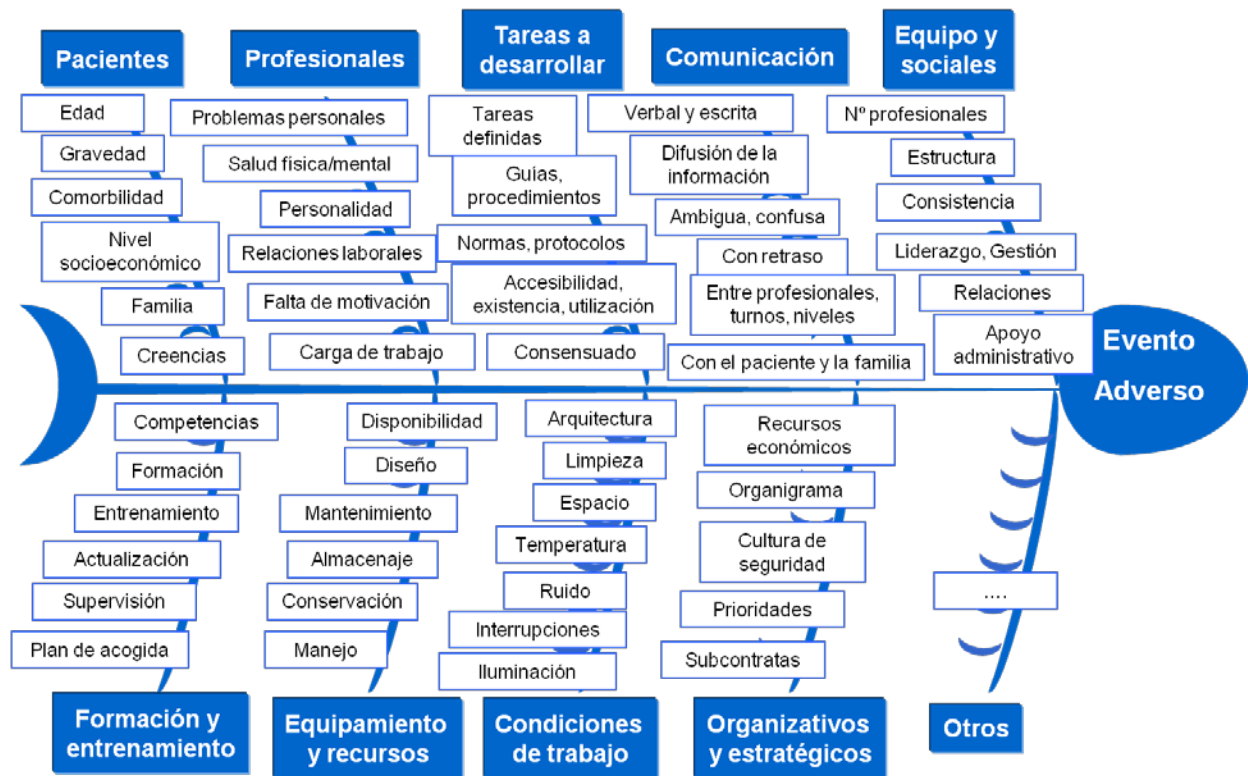


Muy alto



¿Qué factores pueden contribuir a que se produzca un incidente? Se denominan factores contribuyentes a cualquier circunstancia que puede haber desempeñado un papel en el origen o la evolución del incidente o que ha aumentado el riesgo de que se haya producido. La clasificación de los factores contribuyentes que se presenta a continuación es la recomendada por la *National Patient Safety Agency* y las categorías están relacionadas con:

- **Pacientes.** Incluyen aspectos relativos al paciente que sufre el daño: edad, complejidad clínica (comorbilidad, gravedad,..), creencias, lenguaje y comunicación con paciente y familia, problemas familiares, nivel socioeconómico,...
- **Profesionales.** Incluyen aspectos únicos y específicos de los profesionales involucrados: problemas personales y familiares, problemas domésticos, salud física y mental, aspectos de la personalidad (actitudes y conductas en relación a los riesgos) discapacidades, relaciones laborales, estrés, precariedad laboral, falta de motivación, carga de trabajo,...
- **Tareas a desarrollar.** Incluyen aspectos que facilitan el desarrollo seguro y efectivo de las funciones relacionadas con los procesos sanitarios (políticas, directrices y documentos): guías, procedimientos, normas y protocolos (existencia, accesibilidad y utilización de los mismos, sencillez, actualización, consenso de aplicación, control del cumplimiento), asignación precisa de tareas,...
- **Comunicación.** Incluyen aspectos relacionados con la comunicación en todas sus formas: escrita, verbal y no verbal: difusión de la información, ambigüedad, confusión, retrasos, falta de estandarización,.. Comunicación con el paciente, entre el equipo, entre servicios, entre niveles asistenciales, entre centros.
- **Equipo y factores sociales.** Incluyen aspectos que pueden afectar la cohesión y forma de trabajar de un equipo: nº de profesionales, estructura del equipo (consistencia, liderazgo, estilo de gestión, respeto a miembros jóvenes, acatamiento al líder, definición de responsabilidades,..), relaciones y conflictos entre el grupo, relaciones con otros equipos asistenciales, carga de trabajo, apoyo administrativo,...
- **Formación y entrenamiento.** Incluyen aspectos relacionados con la disponibilidad y calidad de los programas formativos o de entrenamiento a disposición del personal: competencia profesional, formación, entrenamiento, actualización, desconocimiento de las tareas, existencia de plan de acogida, supervisión de tareas, formación en trabajo en equipo, formación en situaciones de emergencias...
- **Equipamiento y recursos.** Incluyen aspectos relacionados con el equipamiento y su utilización y los recursos tanto humanos como materiales para proporcionar la atención requerida: Disponibilidad, diseño, usabilidad y mantenimiento de equipos y dispositivos, almacenaje adecuado, instrucciones de manejo (legibilidad, idioma, claridad)...
- **Condiciones de trabajo.** Incluyen factores que afectan a la capacidad de trabajar en condiciones óptimas en el puesto de trabajo: diseño arquitectónico, limpieza insuficiente, falta de espacio, ruido, interrupciones, calor o frío excesivo, iluminación, equipamiento disponible, diseño y mantenimiento de equipos y dispositivos,...
- **Organizativos y estratégicos.** Incluyen factores adquiridos o propios de la organización: limitaciones económicas, estructura organizativa, cultura de seguridad, prioridades, profesionales, recursos económicos disponibles, externalización y subcontratas de servicios, predominio de “lo administrativo” sobre “lo clínico”



¿Qué son los factores atenuantes? Aquellas acciones o circunstancias que han impedido o moderado la evolución de un incidente o disminuido su gravedad. Se pueden utilizar la misma categorización que para los factores contribuyentes.

¿Quién analiza los incidentes notificados? La gestión de los incidentes se realiza a nivel local. En todas las unidades y centros del sistema existe al menos un gestor que reciben de forma automática las notificaciones realizadas. Estas personas son las responsables de analizar lo ocurrido en la unidad o centro implicado a fin de identificar y establecer acciones de mejora. Asimismo, los incidentes que son generalizables a otros centros serán analizados por grupos de expertos a nivel autonómico según la tipología (medicamentos, vacunas, historia clínica, cirugía, etc).

Puede de contactar con nosotros a través de:

- Correo: observatoriodeseguridad.acsa@juntadeandalucia.es
- Teléfono: 955 023 900
- Twitter: @practicaseguras