

# **Mejorando la Seguridad de Pacientes en la UCI. Una responsabilidad de todos.**

Grupo de Trabajo de Planificación,  
Organización y Gestión  
Sociedad Española de Medicina Intensiva,  
Crítica y Unidades Coronarias

Buenos días, mi nombre es Joaquín Álvarez, soy el coordinador del Grupo de Trabajo de Planificación, Organización y Gestión de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Soy médico intensivista y trabajo en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Fuenlabrada en Madrid.

En los siguientes minutos que voy a compartir con ustedes vamos a hablar del tema de Seguridad de Pacientes poniendo especial atención en las UCIs, nuestro lugar de trabajo.

# ¿Qué es Seguridad de Pacientes?

No podemos empezar sin definir qué es Seguridad de Pacientes.

**Ausencia**, para un paciente, de **daño innecesario o daño potencial** asociado con la **atención sanitaria**.

Seguridad de Pacientes es la ausencia para un paciente de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria. Introducimos con esta definición un concepto importante: el daño potencial. La Seguridad de Pacientes se refiere no solo al daño que se produce, sino también al que se podría haber producido y no se produjo gracias a una serie de circunstancias que lo evitaron. Este daño potencial también nos enseña dónde están los fallos de nuestro sistema y qué tenemos que solucionar para que no ocurran daños innecesarios a los pacientes.

# Objetivo

- Ofrecer una asistencia más segura y libre de daño innecesario.
- MEJORAR.

¿Cuál es el objetivo de la Seguridad de Pacientes? El objetivo es evidente: proporcionar una asistencia más segura y libre de daño innecesario a nuestros pacientes. En definitiva, mejorar la asistencia que prestamos.

## Tres definiciones en SP

**Incidente**: evento o circunstancia que **resultó o podría haber resultado** en un daño innecesario a un paciente.

**Incidente sin daño**: incidente que **no causa daño**.

**Evento adverso**: incidente que **produce daño no intencionado** a un paciente.

Solo vamos a introducir tres definiciones en este rato y son importantes porque parte de la presentación que nos queda hace referencia a ellas. Definiremos qué es un incidente y los tipos de incidentes que hay, a saber, incidentes sin daño e incidentes con daño.

Entendemos por incidente aquel evento o circunstancia que resultó o podría haber resultado en un daño innecesario para el paciente.

Incidente sin daño es aquel incidente que no causó daño, bien porque no llegó al paciente o porque aún llegándole, no le produjo daño.

Incidente con daño o evento adverso, son sinónimos, es el incidente que causa daño al paciente.

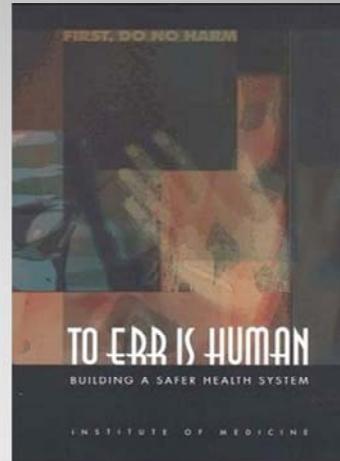
Cuando hablemos de incidente nos referiremos, por tanto, a los dos y especificaremos incidentes con daño o sin daño cuando se acompañen de daño o no al paciente.

## ¿Es un problema nuevo?



***Primum non nocere***

Hipócrates 460-370 a.C.



**Institute of Medicine. 1999**

Es la Seguridad de Pacientes un problema nuevo. No, la Seguridad de Pacientes no es un problema nuevo, ni tampoco es una moda nueva de la asistencia sanitaria. Ya en el año 400 antes de Cristo, Hipócrates dijo: “*Primum, non nocere*”, lo primero no hacer daño. Ya Hipócrates hace 2500 años estaba pensando en la Seguridad de Pacientes.

Lo importante es que al paciente que atendamos, le atendamos de su enfermedad y no le causemos un daño colateral a la asistencia sanitaria. Hay que evitar las complicaciones no relacionadas con la patología con la que viene el paciente.

La Seguridad de Pacientes no es un problema nuevo, si bien es cierto, que ha estado un poco olvidada hasta que en el año 1999 el Instituto Americano de Medicina publicó su informe “*Errar es humano*” en el que alertaba a los profesionales sanitarios de la alta incidencia de problemas relacionados con la Seguridad de Pacientes en los hospitales americanos.

## ¿De qué estamos hablando?

Pero ¿de qué estamos hablando? Cuáles son los problemas a los que se refiere la definición de Seguridad de Pacientes y concretamente en nuestro medio qué daños producen o pueden producir los incidentes definidos.

## ¿De qué estamos hablando?

- Errores de medicación.
- Prescripción errónea.
- Errores y retrasos diagnósticos.
- Cirugía en sitio inadecuado.
- Caídas.
- Confusión de documentos.
- Cuerpo extraño tras cirugía.
- Transfusión de producto inadecuado.
- Mal funcionamiento de aparatos.
- Fallo de instalaciones.
- Mala interpretación de pruebas.
- Retraso en la realización de pruebas diagnósticas.
- Lesiones por sujeciones mecánicas.
- Retraso en la atención.
- Retraso en la recepción de pruebas diagnósticas.
- Órdenes verbales ambiguas.
- Formación insuficiente.
- Órdenes escritas ilegibles.
- Error en identificación de pacientes.
- Daño de un órgano tras una técnica.
- Confusión en muestras de Anatomía Patológica.
- Anafilaxia por no atención a alergias.

La lista que mostramos en la diapositiva son ejemplos claros de daños innecesarios producidos durante la asistencia sanitaria.

Los errores en la medicación son los más frecuentes de todos. Los médicos se pueden confundir al prescribir una medicación o la enfermera cuando la transcribe o el farmacéutico cuando la dispensa o de nuevo la enfermera cuando la administra.

Los errores y los retrasos diagnósticos bien sean por juicios clínicos erróneos o confusión en la interpretación de pruebas.

La cirugía en sitio inadecuado o el cuerpo extraño tras una cirugía.

Las caídas de pacientes encamados.

La transfusión de productos inadecuados.

Estos, como el resto de ejemplos de la diapositiva pueden producir un daño de intensidad variable al paciente y un daño innecesario, porque no se relaciona con el problema de salud del paciente. El paciente vino a operarse de un cáncer de colon y el olvido de la compresa no tiene nada que ver con su enfermedad o una dosis exagerada de un antibiótico por la confusión en la interpretación de la prescripción, no tiene nada que ver con la infección que estamos tratando al paciente.

Probablemente nadie tenga duda que estos incidentes no se deberían haber producido y que a esto nos referimos con Seguridad de Pacientes.

## ¿De qué estamos hablando?

- Infecciones nosocomiales.
- Úlceras por presión.
- Complicaciones en los procedimientos.
- Dehiscencias de suturas.
- Uso inadecuado de aparatos.
- Mal uso de las alarmas.
- Autoextubaciones.
- Incumplimiento de protocolos.
- Retirada de vías.
- Alarmas de dispositivos no programadas.
- Sobre utilización de medicamentos.
- Omisión de prácticas seguras.
- Desconexión accidental de la VM.
- Barotrauma en relación con la VM.
- Desconexión no programada de catéter, sonda o tubo.
- Sobreutilización de pruebas diagnósticas.
- Mala política antibiótica.
- Prolongación innecesaria de tratamientos.

Y en la lista que presentamos ahora, ¿estamos todos de acuerdo que también son evitables y que al igual que los anteriores son problemas de Seguridad de Pacientes?

A lo peor no. Muchas veces asumimos que trabajamos en una medicina cada vez más tecnificada, invasiva y agresiva y que el precio de todo esto son las complicaciones, que son la cruz del avance científico.

Una infección nosocomial, una úlcera por presión o el neumotórax iatrogénico de la canalización de una vía central no deberían acompañar a nuestra asistencia sanitaria. Todas ellas nos deben hacer pensar si estamos poniendo todos los medios a nuestro alcance para que no ocurran. Probablemente, que nunca ocurran en ninguna circunstancia y con ningún tipo de pacientes, es imposible, pero tenemos que analizar todos nuestros procedimientos y protocolos para disminuir su incidencia al máximo, a cero si es posible.

Cuando tenemos un neumotórax iatrogénico debemos preguntarnos por las condiciones en que se hizo el procedimiento, por el material que utilizamos, por la pericia del médico que canalizó la vía.

¿Analizamos las autoextubaciones de los pacientes en ventilación mecánica o asumimos que de vez en cuando alguno se autoextuba?

El mal uso de las alarmas. ¿Qué control tenemos sobre las alarmas de los aparatos que dan soporte a nuestros pacientes? Que una alarma esté apagada o sea apagada por una persona que desconoce su significado puede suponer un daño, a veces irreversible, para el paciente.

No podemos asumir como *normal* algo que produzca un daño al paciente. Todas las situaciones que se listan en esta diapositiva, también se tiene que considerar problemas graves de Seguridad de Pacientes.

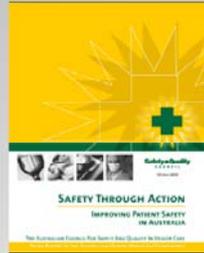
## **¿Es frecuente esto en nuestros hospitales?**

Y la siguiente pregunta que podemos hacernos es si es esto frecuente en nuestros hospitales. A lo mejor estamos hablando de casos puntuales que no se producen casi nunca y son la anécdota de la asistencia sanitaria.

## Estudios epidemiológicos



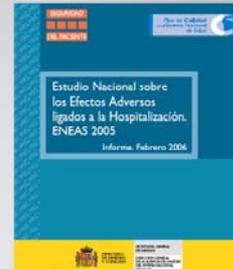
**2001 Gran Bretaña**



**2002 Australia**



**2002-2004. Canadá**



**España 2005**

Para dar respuesta a esta pregunta se han realizado estudios epidemiológicos en diferentes países, entre ellos España. En nuestro país, el estudio ENEAS, Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización, fue publicado en el año 2005, ha sido el primer estudio a nivel nacional para determinar la incidencia de problemas de Seguridad de Pacientes asociados a la asistencia sanitaria en nuestros hospitales. Otros estudios previos y de gran importancia han sido el estudio británico, el australiano y el canadiense entre otros.

## **ENEAS. Incidencia de EA**

- Incidencia de EAs relacionados con la asistencia sanitaria:

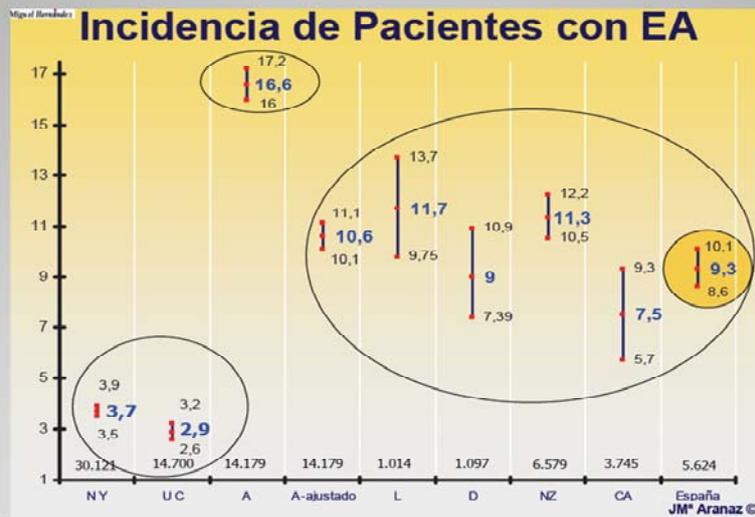
9,3% (525/5624); IC95%: 8,6%-10,1%

- Incidencia de EAs relacionados con la asistencia hospitalaria:

8,4% (473/5624); IC95%: 7,7%-9,1%

El estudio ENEAS mostró que alrededor del 9% de los pacientes que ingresan en los hospitales españoles sufren un incidente relacionado con la Seguridad de Pacientes. Si tenemos en cuenta que en el año 2009 se dieron más de 4 750 000 altas de los hospitales españoles, algo más de 400 000 pacientes tuvieron un problema de Seguridad de Pacientes.

## Incidencia EA estudios nacionales



¿Los resultados del estudio ENEAS son diferentes a los realizados en otros países? o, dicho de otra forma, ¿tenemos más problemas de seguridad de pacientes en nuestros hospitales que otros países de nuestro entorno?

En la gráfica que se presenta en la diapositiva se resumen los resultados de los principales estudios internacionales que estiman la frecuencia de incidentes relacionados con la Seguridad de Pacientes en la asistencia sanitaria.

El bloque de la izquierda lo forman dos estudios antiguos y clásicos americanos, el estudio de Nueva York y el estudio de Utah y Colorado. Ambos muestran una incidencia muy inferior al resto de los trabajos, pero son estudios hechos con otra metodología y muy difícilmente comparables.

El estudio australiano, que se muestra en el centro de la diapositiva, presenta una incidencia superior al resto, pero también tiene diferencias metodológicas importantes. Este estudio, ajustado a la metodología de los que ahora comentaremos, sitúa su frecuencia de incidentes al nivel de estos.

En el globo de la izquierda podemos ver los seis principales estudios, el australiano ajustado que acabamos de comentar, el de Londres, el de Dinamarca, el de Nueva Zelanda, el de Canadá y el ENEAS español. Como podemos ver, la frecuencia de incidentes es similar en todos ellos y se sitúa en torno al 10%, lo que significa que el 10% de los pacientes que atendemos sufren un incidente relacionado con la Seguridad de Pacientes y esta cifra es parecida en todos los estudios.

## **¿Y en nuestras UCIs?**

¿Y en nuestras UCIs qué pasa, tenemos la misma frecuencia de incidentes que en el resto del hospital?

# SYREC

Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva.  
Seguridad y riesgo en el enfermo crítico.  
SYREC 2007

Informe. Mayo 2009



- Se producen 1.22 incidentes por cada paciente que ingresa.
- La probabilidad de sufrir al menos un incidente es del 70%.
- Se producen 6 incidentes por cada 100 pacientes y hora de seguimiento.

**Resultados expresados en mediana**

<http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/investigacion/financiacion-estudios/e-epidemiologicos.html>

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SYREC.pdf>

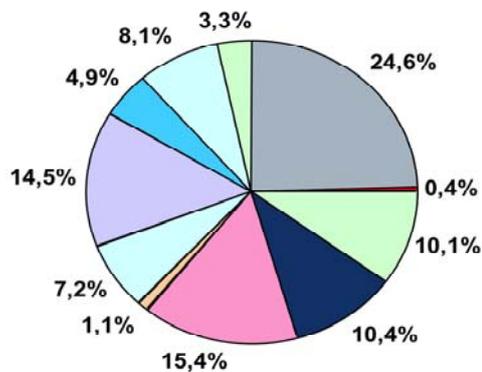
Para dar respuesta a esta pregunta y gracias a un convenio de colaboración entre la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo y la SEMICYUC, el Grupo de Trabajo de Planificación, Organización y Gestión llevó a cabo un trabajo en el año 2007 con el objetivo de determinar la frecuencia de incidentes relacionados con la Seguridad de Pacientes en las UCIs españolas.

En este estudio, conocido como SYREC, Seguridad y Riesgo en el Enfermo Crítico, participaron 79 UCIs de toda España y durante 24 horas se notificaron todos los incidentes que se produjeron en las UCIs participantes.

Con los datos obtenidos calculamos que la probabilidad que tiene un paciente que ingresa en la UCI de sufrir al menos un incidente fue del 70% o mayor en la mitad de las UCIs que participaron y menor del 70% en la mitad restante. Esto quiere decir que en 40 de las UCIs participantes, 7 de cada 10 pacientes sufrieron al menos un incidente relacionado con la Seguridad de Pacientes.

Durante las 24 horas de estudio en la mitad de los hospitales se produjeron 6 incidentes o más por cada 100 pacientes y hora de seguimiento. Esto supone que para esos hospitales y para una UCI de 12 camas que las 24 horas hubiese tenido ocupadas todas sus camas, se produjeron entre 17 y 18 incidentes.

## Incidentes comunicados



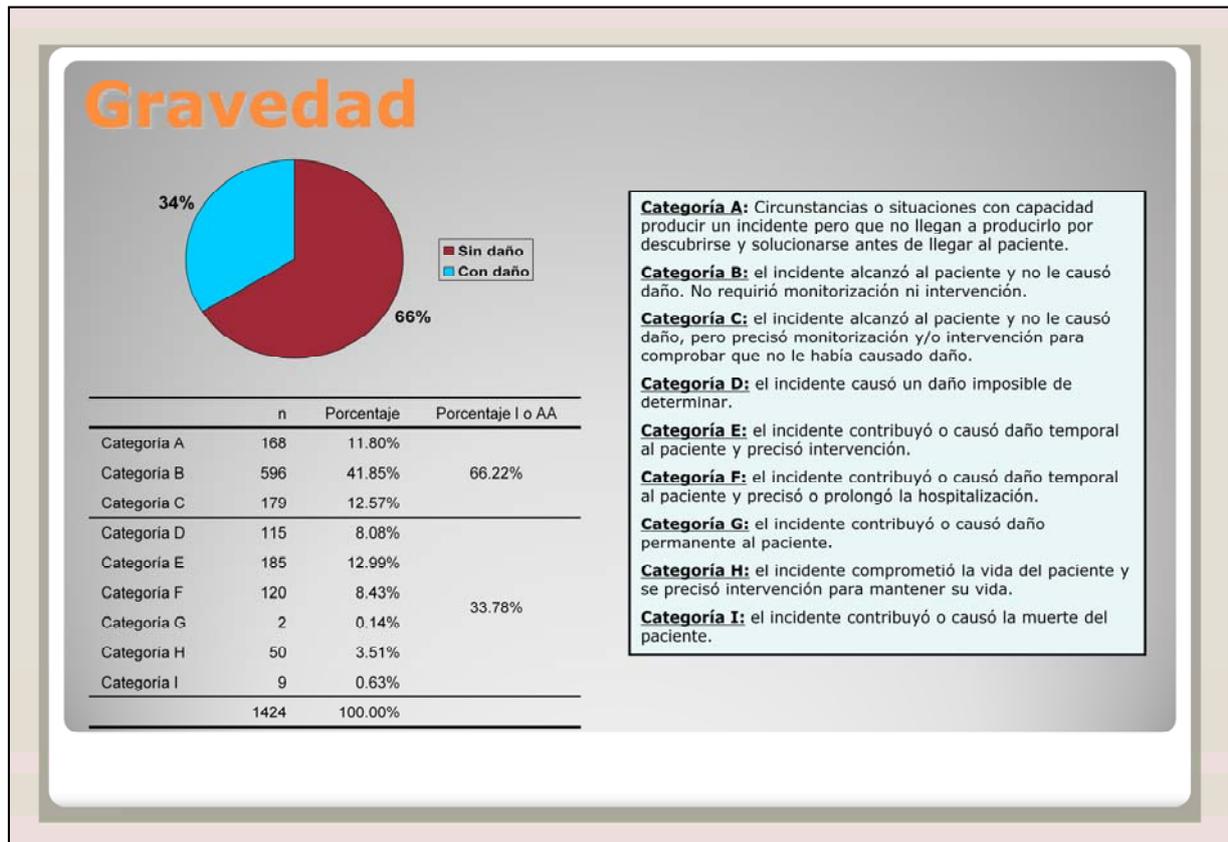
	N=1424	%
Medicación	350	24,6%
Transfusión	5	0,4%
Vía Aérea VM	144	10,1%
Accesos Vasculares Sondas	148	10,4%
Aparatos	219	15,4%
Error Diagnóstico	16	1,1%
Pruebas Diagnósticas	102	7,2%
Cuidados	207	14,5%
Procedimientos	70	4,9%
Infección Nosocomial	116	8,1%
Cirugía	47	3,3%

¿Y qué tipo de incidentes se comunicaron? Los más frecuentes, como en todos los estudios, fueron los relacionados con la medicación, que supusieron el 25% del total.

Tras la medicación, los relacionados con los aparatos, algo más del 15%, y fueron problemas con los monitores cardiacos principalmente, seguidos de las bombas de infusión, respiradores y pulsioxímetros.

En tercer lugar los relacionados con los cuidados de enfermería, cerca del 15%. Y después de estos los relacionados con la vía aérea y ventilación mecánica y los relacionados con los accesos vasculares, sondas, catéteres y drenajes, ambos grupos alrededor del 10%.

Como era de esperar, todos estos grupos definen perfectamente al paciente crítico.



¿Y cuál fue la gravedad de estos incidentes? Afortunadamente, el 66% de ellos no causaron daño alguno al paciente, bien porque no le llegaron o bien porque, aún llegándole, no le produjeron daño.

En el otro extremo, el 33% de los incidentes fueron con daño, lo que hemos definido como eventos adversos, y este daño fue variable, desde un daño leve y sin secuelas hasta algunos incidentes que colaboraron en la muerte del paciente. Principalmente en este último grupo, relacionados con infecciones nosocomiales.

# ¿Por qué pasa esto?

Pero ¿por qué pasa todo esto? ¿Cuál es el origen de estos fallos en la Seguridad de Pacientes?

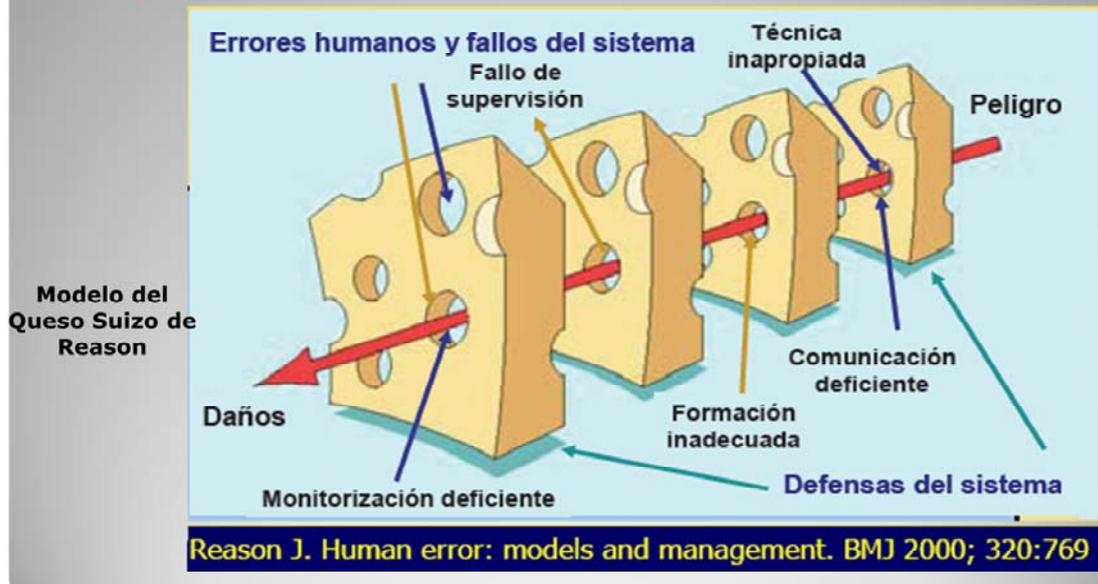
“La medicina en el pasado solía ser simple, poco efectiva y relativamente segura, en la actualidad se ha transformado en compleja, efectiva, pero potencialmente peligrosa”

Chantler, Lancet 1999; 353:1178-81

El origen es multifactorial, no hay una sola causa a la que imputar la génesis de todos los incidentes en Seguridad de Pacientes.

Uno de estos factores queda muy bien reflejado en esta frase de Cyril Chantler: “La medicina en el pasado solía ser simple, poco efectiva y relativamente segura, en la actualidad se ha transformado en compleja, efectiva, pero potencialmente peligrosa”.

## Origen de los incidentes



Esta diapositiva representa muy bien el origen multifactorial de los incidentes en Seguridad de Pacientes. Los errores se producen por la conjunción de otros errores, como los agujeros de este queso. Si cualquiera de los actores se hubiese percatado del error, si una loncha no expusiera su agujero, el error no se produciría.

Ilustrémoslo con un ejemplo. Se prescribe y se administra una medicación intravenosa a una dosis diez veces superior a la terapéutica porque se “cuela” un cero de más. En este error distinguimos, al menos, a los siguientes actores: el médico que prescribe, la enfermera que pasa el tratamiento, el farmacéutico que dispensa la medicación, la enfermera que prepara y administra la medicación, que no tiene por qué ser la primera. Si cualquiera de ellos se da cuenta del error, este se evita antes de que se produzca.

## ¿De quién es la culpa?

¿Y quién es el culpable del incidente que acabamos de describir o de cualquier otro?

No, no hay que buscar culpables, hay ver qué pasó y por qué pasó. Tenemos que investigar y hallar las causas del incidente, buscar los porqués no a las personas.

Estamos acostumbrados a una cultura de culpabilidad. Cuando algo sucede hay que buscar al responsable para castigarle. Esta no es la forma de enfocar la Seguridad de Pacientes. Tenemos problemas, se producen eventos adversos porque fallan muchas cosas de forma consecutiva, nuestros sistemas, a veces, están mal diseñados y tenemos que buscar los errores para corregirlos.

## Modelo centrado en el sistema



"La idea que los errores sanitarios son consecuencia de sistemas inadecuados es un concepto transformador"

Lucian Leape

- Los humanos son falibles y se espera que ocurran errores incluso en las mejores organizaciones.
- El objetivo no es cambiar la condición humana sino los factores sistémicos.
- Cuando se produce un EA lo importante no es QUIÉN, sino POR QUÉ se ha producido.
- La estrategia es aprender de los errores:
  - Identificar el suceso
  - Reparar el daño
  - Buscar las causas en el sistema
  - Rediseñar el sistema

Los humanos somos falibles. Todos nos equivocamos, hasta los mejores profesionales y las mejores organizaciones cometen errores. No podemos cambiar la condición humana, pero sí podemos y debemos mejorar las organizaciones en las que trabajamos, los sistemas que nos ayudan en nuestro trabajo o controlan nuestra actividad. Tenemos que hacer sistemas más seguros, ayudas más elaboradas que supervisen nuestra actividad y favorezcan la seguridad de los pacientes.

Ante un error, tenemos que buscar el porqué. La estrategia es aprender de los errores y para ello debemos identificar los eventos adversos, reparar el daño, buscar las causas en el sistema y rediseñar el sistema para hacerlo más seguro.

El reto mayor para lograr un sistema sanitario seguro es cambiar la cultura de culpabilización de las personas por sus errores, por otra en la que los errores no sean considerados fallos personales, sino oportunidades para mejorar el sistema y evitar el daño.

Institute of Medicine

Este concepto lo define muy bien esta frase del Instituto de Medicina Americano: “El reto mayor para lograr un sistema sanitario seguro es cambiar la cultura de culpabilización de las personas por sus errores, por otra en la que los errores no sean considerados fallos personales, si no oportunidades para mejorar el sistema y evitar el daño”.

Estamos cambiando de un modelo centrado en la persona a un modelo centrado en el sistema. De buscar culpables a los que castigar a analizar los fallos del sistema para corregirlos y evitar el error.

Este cambio es básico y uno de los pilares fundamentales de la seguridad de pacientes y de la gestión de riesgos.

# **¿Qué podemos hacer para mejorar la seguridad de nuestros pacientes?**

Y en este marco ¿qué podemos hacer para mejorar la seguridad de nuestros pacientes? ¿Está en nuestras manos hacer algo?

## ¿Qué hacer para mejorar?

- Analizar nuestra práctica diaria desde la perspectiva de Seguridad de Pacientes.
- Aprender de nuestros errores.

Sí, en nuestras manos está mejorar la seguridad de nuestros pacientes, somos los responsables de la seguridad de nuestros pacientes.

El primer paso que tenemos que dar es analizar nuestra práctica diaria. Tenemos que revisar todo lo que hacemos, todos nuestros protocolos, todos nuestros procedimientos, todas las técnicas que realizamos en la UCI y revisarlos desde la perspectiva de Seguridad de Pacientes. Comprobar que se realizan en las condiciones adecuadas de seguridad.

El segundo paso es aprender de nuestros errores. Decíamos hace unos minutos que todos los profesionales cometemos errores, pero es imperdonable no aprender de nuestros errores. No es posible ni admisible que un profesional cometa un error y lo calle y que todos sus compañeros tengan que cometer el mismo error para aprender lo mismo. Tenemos que compartir nuestros errores, analizarlos e implantar las medidas necesarias para que nadie caiga en el mismo error.

## **¿Con qué herramientas contamos?**

¿Y cómo hacemos esto, contamos con alguna herramienta que nos ayude a analizar nuestros errores?

## Para que las cosas no ocurran

- **Análisis proactivo:**
  - AMFE (Análisis modal de Fallos y sus Efectos).
  - Matriz de riesgos.
  - Análisis de barreras.

Tenemos dos tipos de herramientas: herramientas proactivas que empleamos en el análisis proactivo y herramientas reactivas que empleamos en el análisis reactivo.

¿Qué es el análisis proactivo? El análisis proactivo es aquel que realizamos antes de que ocurran las cosas, el que realizamos para prevenir. Conocemos mejor que nadie nuestras UCIs y nuestros procedimientos, tenemos que diagnosticar cuáles son los de mayor riesgo para nuestros pacientes y analizarlos paso a paso para encontrar los puntos donde podemos cometer fallos con el objetivo de corregir esos puntos débiles y evitar el error.

Dentro del análisis proactivo contamos con varias herramientas que no son objeto de esta charla y que, por lo tanto, no vamos a comentar en profundidad, solo mencionarlos. El AMFE, Análisis Modal de Fallos y sus Efectos, la Matriz de Riesgos y el Análisis de Barreras.

## Para que no vuelvan a ocurrir

- Análisis reactivo:
  - Análisis causa-raíz (ACR):
    - Herramienta **enfocada al sistema**, no al individuo que cometió el error (la causa raíz de los eventos adversos suele ser una mezcla de varios factores interdependientes).
    - Pretende **aprender** de los riesgos ocurridos para eliminarlos o reducir su probabilidad/impacto en el futuro.

El segundo grupo de herramientas son las herramientas reactivas que utilizamos en el análisis reactivo.

El análisis reactivo es el que hacemos una vez que ha ocurrido el incidente y lo hacemos para aprender de los errores y poner los medios necesarios para que no vuelvan a ocurrir. La mejor herramienta del análisis reactivo es el Análisis Causa Raíz, el ACR.

**¿Cómo puedo saber lo que pasa y lo que puede pasar en mi UCI?**

Y la siguiente pregunta que nos planteamos es ¿cómo puedo saber lo que pasa o puede pasar en mi UCI?

# COMPARTIENDO NOTIFICANDO ANALIZANDO

Nadie mejor que nosotros conoce nuestra UCI. Tenemos que analizar analizar nuestros procedimientos desde la perspectiva de Seguridad de Pacientes. Y ¿cómo conocemos lo que pasa? Lo conocemos compartiendo, notificando y analizando.

Compartiendo con mis compañeros todo lo que pasa en la UCI, hablando de los problemas de seguridad que conozco, comentando sin miedo aquellos incidentes o eventos adversos que me ocurren o de los que soy testigo e informando de los puntos de riesgo que encuentro en nuestros procedimientos.

Ha llegado el momento de hablar con libertad de Seguridad de Pacientes, de no callar ante los problemas que tenemos. Si queremos avanzar tenemos que compartir.

El segundo punto es la notificación. Eso que conocemos y compartimos tenemos que notificarlo. La notificación es la base del análisis. Con la notificación vamos a conocer los problemas que hemos tenido y gracias a ello los podremos analizar.

Tenemos que perder el miedo a notificar. Lo hemos dicho antes y lo repetiremos más adelante, el análisis no busca culpables, busca los puntos débiles del sistema para mejorarlos.

Y, finalmente, el análisis. De un estudio detallado de nuestros incidentes podemos encontrar el porqué y con ello podremos poner las mejoras necesarias para que no se repitan estos incidentes.

## **SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN**

Ya hemos dicho que uno de los pilares fundamentales de la Seguridad de Pacientes son los sistemas de notificación.

## ¿Qué ES un SN?

- Herramienta para **aprender** de nuestros errores.
- Un instrumento para **analizar** lo que no debiera ocurrir, pero ocurrió, y **poner los medios** para que no vuelva a ocurrir.
- Una forma de contribuir a la **mejora de clima de seguridad** dentro de nuestra Unidad.
- Que tiene como fin **disminuir** los incidentes sin daño y eventos adversos.

Un sistema de notificación es una herramienta para aprender de nuestros errores. Son un instrumento para analizar lo que no debiera ocurrir, pero ocurrió. Son una forma de mejorar la cultura de seguridad en nuestra UCI. Si todos hablamos sin miedo de Seguridad de Pacientes, la Seguridad de Pacientes se incorporará a nuestra práctica habitual y este es uno de los objetivos que tiene la Seguridad de Pacientes y también uno de los objetivos que tiene esta charla de formación, incorporar la Seguridad de Pacientes a nuestra práctica habitual.

Un sistema de notificación debe estar introducido en todas nuestras UCIs. Tenemos que tener todos un sistema de notificación, el que sea, en papel, electrónico, el del hospital, el de la Comunidad, el de la SEMICYUC, el que queramos, pero tenemos que tener un sistema en el que comuniquemos libremente los problemas de seguridad en nuestras UCIs y que podamos utilizar para analizar nuestros incidentes y eventos adversos.

## ¿Qué NO es un SN?

- Una herramienta para buscar culpables.
- El dedo acusador.
- La espada justiciera.
- La vergüenza de cualquiera.
- La venganza de algunos.
- El chivato de turno.

Hemos hablado de qué es un sistema de notificación, pero también es muy importante decir qué no es un sistema de notificación porque muchos de los reparos que se les pone y, por ende, a la notificación en sí, depende del mal concepto que se tiene de ellos.

Es fundamental que sepamos que un sistema de notificación no es una herramienta para buscar culpables. Estamos cambiando, hemos cambiado el modelo de culpabilización de las personas por otro donde lo importante es buscar los fallos del sistema que favorecen los errores de las personas. Nadie se debe sentir perseguido ni se debe perseguir a nadie por notificar un problema de seguridad.

El sistema de notificación no es un dedo acusador ni una herramienta para la venganza.

El sistema de notificación es todo lo contrario, es la forma que tenemos de aprender de nuestros errores.

**¿Y qué pasa con lo que notifico?**

**ANALIZO  
APRENDO  
MEJORO**

¿Y para qué sirve lo que notifico? Lo hemos repetido ya varias veces, sirve para analizar, aprender y mejorar, que es la esencia de la Seguridad de Pacientes.

## **¿Quién se encarga de eso en mi UCI?**

Y en relación con todo lo anterior ¿hay alguien en mi UCI que se encarga de coordinar todo esto?

## Grupos de Seguridad

- Tus compañeros.
- Grupo multidisciplinar abierto a todo aquel que quiera trabajar y le preocupe la seguridad.
- Con el objetivo de gestionar los riesgos en tu UCI y organizar las medidas para evitarlos.
- Que te van a comunicar lo que pasa, lo que se puede hacer y lo que se hace.
- Liderado por tus jefes

Toda UCI debe tener un grupo de profesionales encargados de la Seguridad de Pacientes y ese grupo debe estar formado por los propios profesionales de la UCI, debe ser multidisciplinar y abierto a todo aquel que quiera trabajar por la Seguridad de Pacientes.

El grupo de seguridad debe tener unos objetivos claros que son gestionar los riesgos de la UCI y organizar las medidas para evitarlos. Para ello contará con las herramientas que hemos mencionado anteriormente.

Otra de las misiones básicas de estos grupos de seguridad es la comunicación. Tienen que transmitir al resto de los profesionales cuál es la situación de Seguridad de Pacientes de la UCI, qué se comunica, qué se analiza y con qué resultados, qué medidas se aplican para evitar los errores, quién se encarga de implantarlas, qué resultados se obtienen. La información y la comunicación son fundamentales. El profesional tiene que sentir que se hacen cosas, que se mejora, que participa.

Otro aspecto importante es que estos grupos de seguridad y la Seguridad de Pacientes debe estar liderada por los jefes. Nuestros jefes: jefes de servicio, supervisores, directores y gerentes deben estar plenamente comprometidos con la Seguridad de Pacientes. El trabajo de campo puede ser delegado a los grupos de seguridad pero el liderazgo y compromiso de los jefes debe quedar bien patente.

## El ciclo de la seguridad



Y todo ello para cumplir lo que se ha llamado el ciclo de la seguridad que empieza en la evaluación de la cultura de seguridad para seguir con la formación en seguridad, la identificación de fallos, la alianza con la Dirección y el aprender de los errores.

Todo ello debe ser un ciclo constante de mejora con el objetivo de mejorar la Seguridad de Pacientes en nuestras UCIs.

**¿Cómo puedo colaborar  
con este objetivo?**

Y como profesional de la UCI ¿cómo puedo colaborar en este objetivo?

## Mis primeros pasos en SP

- Interiorizando la importancia de la seguridad de nuestros pacientes en la práctica diaria = cultura de seguridad.
- Hablando sin miedo de los problemas de seguridad en tu UCI.
- Compartiendo experiencias.
- Implantando las mejoras que te propongan en tu trabajo diario.

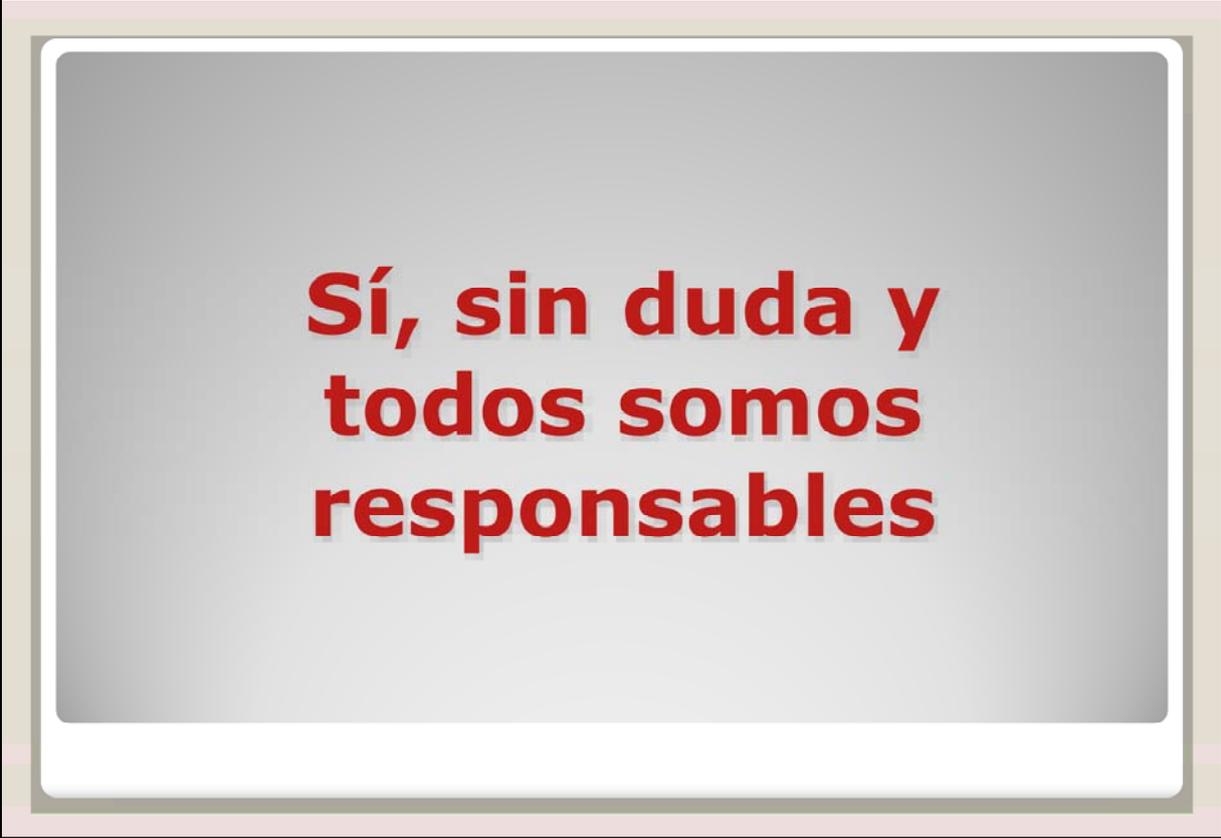
Lo primero creyendo en todo esto que estamos hablando. Debemos interiorizar la importancia de la seguridad de nuestros pacientes en nuestra práctica diaria. Esto es lo que se llama cultura de seguridad y debe ser nuestra forma de trabajar, la nuestra y la de nuestros compañeros.

También es muy importante que hablemos sin miedo y con libertad de los problemas de seguridad de nuestra UCI. Tenemos que compartir experiencias. Cuando pasa algo o cuando podría haber pasado algo debemos hablarlo y notificarlo.

Y debemos colaborar siempre en las medidas de mejora que se propongan.

**¿Si se hace todo esto va a ser mi UCI más segura?**

¿Y si hacemos todo esto va a ser mi UCI más segura?



**Sí, sin duda y  
todos somos  
responsables**

Os lo digo sinceramente, sí, sin duda y todos somos responsables.

Si hacemos todo esto va a mejorar la cultura de seguridad en nuestra UCI y con ello mejorará la seguridad de nuestros pacientes.

## **Mejorando la Seguridad de Pacientes en la UCI. Una responsabilidad de todos.**

Grupo de Trabajo de Planificación,  
Organización y Gestión  
Sociedad Española de Medicina Intensiva,  
Crítica y Unidades Coronarias

Porque al final, y como decíamos al principio, la seguridad es una responsabilidad de todos. Todos participamos en la seguridad de nuestros pacientes. Todos los profesionales que trabajamos en la UCI participamos y somos responsables de la Seguridad de Pacientes, por lo tanto en tus manos está la seguridad de nuestros pacientes.

Muchas gracias.