

## Manual de instrucciones para los instrumentos

Bacteriemia zero, 1ª edición, 2009. Basado en el proyecto "Keystone ICU" desarrollado por la Universidad Johns Hopkins (Pronovost et al., N Eng J Med, 2006; 2725:32). Adaptado al español con permiso de la Universidad Johns Hopkins por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España y el Departamento de Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud. Publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España. "Keystone ICU" es propiedad de la Facultad de Medicina de la Universidad Johns Hopkins. En la adaptación de los instrumentos de "Bacteriemia zero" ha colaborado la SEMICYUC mediante un contrato con el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Los objetivos de este breve manual son:

- Fundamentar el uso de cada uno de los instrumentos
- Explicar su utilización
- Indicar el momento en que procede utilizarlo

### 1. INSTRUMENTOS RELACIONADOS CON EL PSI

#### 1. CUESTIONARIO DE CULTURA DE SEGURIDAD

**Momento:**

**Se debe evaluar la cultura de seguridad de la unidad al inicio del proyecto y reevaluar cada 12-18 meses con el mismo cuestionario.**

**Paso del PSI:**

**Corresponde con el 1er paso del PSI: EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD**

El proyecto no se refiere solo a la reducción de la BRC sino que se asocia a mejoras tanto en la cultura de seguridad de la unidad como en la seguridad del paciente. El cuestionario de cultura de seguridad es una herramienta que nos da no solo información de partida sino que nos permite evaluar el progreso en cultura de seguridad. Los coordinadores de la unidad pueden encontrar información de gran utilidad sobre la que basar su actuación tras el análisis de los cuestionarios.

- Los cuestionarios se rellenarán online a través de la web de la Semicyuc.
- Cada UCI podrá tener acceso a sus propios datos

#### 2. REGISTRO DE ASISTENCIA AL CURSO SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE

**Momento:**

**Durante el primer mes de aplicación del PSI y tras haber cumplimentado el cuestionario de cultura de seguridad todo su personal deberá haber visto la presentación sobre la seguridad.**

**Paso del PSI:**

**Corresponde con el 2º paso del PSI: FORMACIÓN EN CULTURA DE SEGURIDAD.**

- Es importante llevar un registro del personal que ha hecho el curso para asegurarse que TODO el mundo lo ha presenciado.
- Puede organizar las sesiones del modo que crea más conveniente, grandes, pequeños grupos o de forma individual.
- Asegúrese que el directivo que forme parte de su equipo ha visto también el video de la Cultura de la Seguridad.

### 3. CUESTIONARIO SOBRE LA SEGURIDAD EN SU UCI

**Momento:**

Tras haber asistido al curso sobre la Cultura de Seguridad.

**Paso del PSI:**

**3er paso del PSI. EI PERSONAL IDENTIFICA ERRORES**

Se considera que son los profesionales en contacto directo con el paciente los que tienen el conocimiento de los errores que se producen en su asistencia. El conocimiento obtenido tras el curso de Cultura de Seguridad les da luces nuevas para identificar fallos y errores en su asistencia.

**Dinámica:**

- Nombre en su unidad a una persona encargada de entregar y recoger el cuestionario. Puede determinar también un lugar donde cada persona depositará el cuestionario.
- El cuestionario se debe entregar a **cada** miembro de su unidad sea o no personal clínico.
- Una vez recogidos los cuestionarios se clasificarán todas las cuestiones recogidas en él por categorías y se ordenarán por frecuencias determinando los porcentajes.
- Se priorizarán los eventos según el nivel de riesgo para el paciente.
- La información obtenida servirá para comunicarse con la dirección y para establecer alianzas en la propuesta de soluciones de mejora de seguridad en su unidad.

### 4. PROBLEMAS DE SEGURIDAD PARA LA ALIANZA CON LA DIRECCIÓN

**Momento:**

En las rondas de seguridad que tendrán una frecuencia mensual.

**Paso del PSI:**

**4º Paso del PSI: ALIANZA CON LA DIRECCIÓN**

El objetivo de esta herramienta es recoger en este cuestionario los problemas de seguridad encontrados en las rondas de seguridad así como proponer soluciones. En las rondas de seguridad intervienen el equipo de seguridad, el directivo nombrado para ello y el personal que está en la unidad.

De entre los problemas detectados:

- Elegir 2 problemas que no necesiten recursos (de aplicación fácil y sin necesidad de dinero y personal).
- Elegir 2 problemas que necesiten recursos (asignación de fondos del presupuesto).
- Pasar los problemas al impreso Problemas de seguridad para la alianza con la dirección.

### 5. TABLA SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SEGURIDAD

**Momento:**

Tras las rondas de seguridad que tendrán una frecuencia mensual.

**Paso del PSI:****4º Paso del PSI: ALIANZA CON LA DIRECCIÓN**

Este formulario completa el anterior. Los problemas detectados en las rondas de seguridad y recogidos en el " Problemas de seguridad para la alianza con la dirección" se pasan al cuestionario "Tabla sobre la situación de los problemas de seguridad".

Importante:

- Asignar un responsable para las actividades que se asocien a cada uno de los problemas
- A medida que se vayan solucionando los problemas de seguridad, pasarlos a la tabla de "Problemas terminados" del mismo documento. De esta forma tenemos registrado lo que vayamos solucionando y los nuevos problemas que vamos incorporando.

**6. APRENDER DE LOS ERRORES****Momento:**

**La unidad analizará un error al menos una vez al mes utilizando la herramienta "Aprender de los errores".**

**Paso del PSI:**

**5º Paso a) del PSI: APRENDER DE LOS ERRORES.**

**Objetivo de la herramienta**

Los profesionales pueden y deben aprender de sus defectos. El propósito de esta herramienta es proporcionar un enfoque estructurado que ayude al personal sanitario y administradores a identificar los sistemas que contribuyeron al defecto, ayude a su análisis y proponga medidas para eliminarlo.

**¿Qué es un error?** Un error es todo aquel suceso o situación clínica u organizativa que uno no se desea que se repita. Un defecto se puede referir a incidentes que causaron daño al paciente o pusieron al paciente en riesgo de sufrir un daño significativo.

**Quién debería usar esta herramienta:**

Todo el personal involucrado en los cuidados médicos relacionados con este defecto **debería estar presente en la evaluación de este defecto**. Como mínimo, esto debería incluir al médico, la enfermera y el administrador, así como a otras profesiones según corresponda (por ejemplo, un defecto en la medicación involucra a la farmacia, un defecto en un equipo involucra a la ingeniería clínica).

**Cómo usar esta herramienta:** Utilice esta herramienta **al menos un defecto por mes**. Asimismo, los departamentos deberían investigar todos los defectos que se mencionan a continuación: demandas de responsabilidad civil, sucesos centinela, sucesos en los que se notificó a gestión de riesgos, casos presentados en las sesiones de morbilidad y mortalidad e infecciones intrahospitalarias.

**Secciones de la herramienta:****I. ¿Qué ocurrió?**

Proporcione una explicación clara, completa y objetiva de **lo que ocurrió**. Para ello, póngase en el lugar de las personas involucradas en el momento de los

hechos para comprender las razones que motivaron sus acciones y decisiones. Trate de ver el mundo como lo hicieron ellos cuando ocurrió el suceso.

## II. Factores contribuyentes.

Repase la lista de factores que contribuyeron al incidente y marque aquellos que contribuyeron tanto en forma negativa como positiva al impacto del incidente. Los **factores que contribuyeron negativamente** son aquellos que produjeron daño al paciente o aumentaron el riesgo; **los factores que contribuyeron positivamente** son aquellos que limitaron el impacto del daño.

A continuación se señalan los factores más importantes que pueden contribuir a la ocurrencia del incidente. Lógicamente es orientativo y un incidente no tiene porque estar relacionado con todos los factores. Se aportan ejemplos con el fin de entender mejor los factores de cada área.

<b>Factores que contribuyeron al incidente</b>
<b>Factores relacionados con el paciente:</b>
El paciente estaba gravemente enfermo o agitado ( <i>Paciente mayor con insuficiencia renal, como consecuencia de una insuficiencia cardíaca congestiva</i> ).
El idioma fue un impedimento ( <i>El paciente no hablaba español</i> ).
Hubo cuestiones personales o sociales ( <i>El paciente rehusó el tratamiento</i> ).
<b>Factores relacionados con la tarea:</b>
¿Hubo un protocolo disponible para guiar el tratamiento? ( <i>El protocolo para mezclar las concentraciones de medicamentos se encuentra arriba de la gaveta de los medicamentos</i> ).
¿Estuvieron disponibles los resultados de los estudios, para ayudar a decidir el tratamiento? ( <i>Los resultados urgentes de glucemia se enviaron en 20 minutos</i> ).
¿Fueron precisos los resultados de los estudios? ( <i>Se realizaron cuatro pruebas de diagnóstico; solo los resultados de la RM se necesitaban rápido, se enviaron por fax</i> ).
<b>Factores relacionados con los profesionales a cargo del cuidado médico</b>
¿El profesional estaba fatigado? ( <i>Fatigada después de un doble turno, una enfermera olvidó medir la presión sanguínea</i> ).
¿Influyó en este suceso la perspectiva o la percepción del profesional sobre su propio rol? ( <i>El médico hizo el seguimiento para asegurarse de que la consulta cardíaca se realice con prontitud</i> ).
¿Fue la salud física o mental del profesional un factor significativo? ( <i>El profesional tenía problemas personales y no escuchó una orden verbal</i> ).
<b>Factores relacionados con el equipo</b>
¿La comunicación verbal o escrita fue clara, precisa, clínicamente relevante y orientada a objetivos durante los relevos? ( <i>El equipo de atención médica entrante recibió el informe del personal saliente sobre el estado del paciente</i> ).
¿La comunicación verbal o escrita fue clara, precisa, clínicamente relevante y orientada a objetivos durante los cuidados? ( <i>El personal se sintió cómodo expresando su inquietud por una dosis alta de medicación</i> ).
¿La comunicación verbal o escrita fue clara, precisa, clínicamente relevante y orientada a objetivos durante las crisis? ( <i>El líder del equipo explicó el plan de acción y dirigió a su equipo con prontitud</i> ).
¿Existió una estructura de equipo cohesiva, con un líder identificado y comunicativo? ( <i>El médico a cargo dio instrucciones claras al equipo</i> ).
<b>Factores relacionados con la capacitación y la educación</b>
¿Era el profesional experto, cualificado y competente? ( <i>La enfermera sabía que la dosis prescrita no era la habitual para ese medicamento</i> ).
¿Cumplió el profesional el protocolo establecido? ( <i>El profesional recurrió al protocolo para asegurarse de que se estaban siguiendo los pasos</i> ).
¿Solicitó el profesional supervisión o ayuda? ( <i>El enfermero nuevo le pidió al preceptor que lo ayude a mezclar las concentraciones de medicamentos</i> ).
<b>Factores relacionados con la tecnología de la información y los sistemas informatizados de prescripción médica</b>
¿El ordenador o el programa de software generaron un error? ( <i>Se seleccionó heparina, pero en la</i>

<b>Factores que contribuyeron al incidente</b>
<i>hoja de prescripción se imprimió digoxina).</i>
¿Hubo fallos en el funcionamiento del ordenador o el software? <i>(El ordenador se apagó cuando el profesional estaba ingresando la prescripción).</i>
¿Controló el usuario los datos ingresados para asegurarse de que fueran correctos? <i>(El profesional inicialmente seleccionó 0.25 mg, pero se dio cuenta de su error y lo cambió a 0.025 mg).</i>
<b>Factores relacionados con el entorno</b>
¿Los equipos adecuados estaban disponibles y funcionaban correctamente? <i>(Había 2 respiradores adicionales y habían sido reparados recientemente por ingeniería clínica).</i>
¿Se contó con el apoyo operativo adecuado (administrativo y gerencial)? <i>(El empleado del área estaba ausente por enfermedad pero se envió a un empleado de otra área a cubrirlo).</i>
¿El ambiente físico contribuía a optimizar el cuidado de los pacientes? <i>(Desde el puesto de trabajo de la enfermera se podían ver todas las camas).</i>
¿Había suficiente personal en la unidad para atender a esa cantidad de pacientes? <i>(La proporción entre enfermeras y pacientes era 1/1).</i>
¿Había una buena combinación de personal experimentado y personal nuevo? <i>(Una enfermera de alto rango orientaba a otra enfermera y una enfermera adicional se ocupaba de las responsabilidades de la enfermera de alto rango).</i>
¿El volumen de trabajo influía en el suministro de buena atención médica? <i>(Una enfermera tuvo que cuidar a 3 pacientes porque otro enfermero regresó a su casa por enfermedad).</i>
<b>Factores relacionados con el ambiente institucional</b>
¿Hubo disponibilidad de recursos financieros adecuados? <i>(La unidad solicitó un equipo experimentado para el transporte de pacientes graves y se le facilitó uno al día siguiente).</i>
¿Los técnicos de laboratorio habían recibido la capacitación y educación adecuadas? <i>(El técnico de laboratorio era totalmente consciente de las complicaciones relacionadas con la inyección de talio).</i>
¿El laboratorio contaba con el personal adecuado para procesar los resultados? <i>(Había 3 técnicos de laboratorio dedicados a procesar los resultados urgentes).</i>
¿Los farmacéuticos habían recibido la capacitación y educación adecuadas? <i>(Los farmacéuticos conocían y cumplían el protocolo de prescripción de medicación urgente).</i>
¿La farmacia tenía una buena infraestructura (política, procedimientos)? <i>(La política estándar era que un segundo farmacéutico hiciera un control independiente antes de despachar los medicamentos).</i>
¿La farmacia contaba con el personal adecuado? <i>(Había un farmacéutico dedicado a la UCI).</i>
¿La administración del hospital trabaja con las unidades en relación a qué hace falta y cómo satisfacer sus necesidades? <i>(Las pautas establecían admitir pacientes de la UCI en la sala de emergencias cuando no hubiera camas disponibles en la UCI).</i>
¿La farmacia tenía una buena infraestructura (política, procedimientos)? <i>(La política estándar era que un segundo farmacéutico hiciera un control independiente antes de despachar los medicamentos).</i>
¿La farmacia contaba con el personal adecuado? <i>(Había un farmacéutico dedicado a la UCI).</i>
¿La administración del hospital trabaja con las unidades en relación a qué hace falta y cómo satisfacer sus necesidades? <i>(Las pautas establecían admitir pacientes de la UCI en la sala de emergencias cuando no hubiera camas disponibles en la UCI).</i>

- III. Describa cómo reduciría la probabilidad de que este defecto se repita completando la tabla presente en el instrumento. Indique **qué** hará, **quién** dirigirá la intervención, **cuándo** dará seguimiento al progreso de la intervención y **cómo** sabrá que ha logrado reducir los riesgos.
- IV. Resuma sus conclusiones usando la herramienta el esquema **Resumen del caso**.

## 7. LISTA DE VERIFICACIÓN DE OBJETIVOS DIARIOS

### Momento:

**Diariamente, en el pase de visita con cada paciente.**

### Paso del PSI:

**5° Paso b) del PSI: APRENDER DE LOS ERRORES.**

Una comunicación clara entre los prestadores de asistencia sanitaria es primordial. Los fallos comunicativos provocan daño en el paciente, prolongan la estancia e incrementan la insatisfacción de los proveedores y el movimiento de plantilla. Especialmente importante es la eficacia de la comunicación en la UCI si el equipo de asistencia ha de gestionar con eficacia planes de atención complejos.

**¿Qué es una lista de objetivos diarios?** Una lista de objetivos diarios es un plan de cuidados a los pacientes que insta a los prestadores de asistencia a centrarse en lo que ha de llevarse a cabo en el día con el fin de reducir el tiempo de estancia del paciente en la UCI.

**Finalidad de la herramienta:** La finalidad de esta herramienta es mejorar la comunicación entre el equipo de asistencia y los familiares respecto del plan de atención al paciente.

**Quién debe usar esta herramienta:** Todos los proveedores de asistencia sanitaria

**Cómo se utiliza:** En los pases de visita, el equipo de asistencia revisa los objetivos para el paciente utilizando la lista. Una vez revisada una lista por completo, el responsable del paciente la firma y la entrega a la enfermera del paciente para que se ponga junto a la cama del paciente. La lista va cambiando a lo largo del día a medida que el plan de cuidados se modifica. Les adjuntamos un ejemplo de la lista que utilizamos en el Centro Johns Hopkins, pero les instamos a que desarrollen una propia que se adapte a su entorno. Utilicen nuestro impreso como inspiración para desarrollar su propia lista.

## 2. INSTRUMENTOS RELACIONADOS CON LA INSERCIÓN DEL CVC

### 1. INVENTARIO DE MATERIAL PARA LA INSERCIÓN DE CVC/ REGISTRO DE INVENTARIO DE MATERIAL PARA LA INSERCIÓN DE CVC

#### Momento:

**Diariamente o con la frecuencia que indique cada unidad, se debe revisar que todo el material para la inserción de un CVC está reunido y disponible.**

Asegura que el procedimiento de inserción de CVC se haga adecuadamente que todo el material de inserción esté reunido en un mismo lugar. Puede ser de gran utilidad disponer de un carro o una bandeja. El número de unidades de cada elemento del equipo de inserción viene determinado por la frecuencia de inserciones en su unidad.

- Cada unidad debe de tener inventariado el material necesario para la inserción.
- Nombrar a un responsable(s) que asegure su cumplimiento.
- La revisión del inventario se realiza y se registra en el Registro de inventario de material para la inserción

## **2. LISTA DE VERIFICACION EN LA INSERCIÓN DEL CVC.**

### **Momento:**

**Una persona del equipo se responsabilizará durante la inserción del CVC con la lista de verificación en mano que se van cumpliendo todos los requisitos y se van dando todos los pasos mencionados en la lista.**

Las listas de comprobación han demostrado ser uno de los instrumentos más útiles para la seguridad. Con ellas nos aseguramos que se dan todos los pasos imprescindibles para que un procedimiento se haga correctamente. Además, es un elemento que facilita la comunicación entre el equipo.

- Antes de la inserción de un CVC asegúrese quién se va a hacer cargo (enfermera) de seguir el procedimiento mediante la lista de comprobación.
- Autorice a la enfermera a parar el procedimiento si no se cumplen los requisitos.