

“ERRAR ES HUMANO...PERO MÁS HUMANO PARECE OCULTARLO”

AUTORES: Macarena Casado Muñiz; M^a Teresa Lobo Rodríguez; M^a Luisa Undabeytia López; Ana María Pineda Soriano.

RESUMEN.

La Seguridad Clínica del Paciente (SCP) se considera una prioridad asistencial sanitaria, actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe ningún Sistema Sanitario capaz de garantizar la ausencia de Eventos Adversos (EAs), ya que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas. Los posicionamientos estratégicos en el ámbito de la SCP y la gestión de riesgos se orientan en la detección de errores, su registro sistemático, el análisis de la información recogida y la conversión de esta información en conocimiento útil para lograr la mejora continua de los servicios sanitario, de igual manera se orientan las acciones a proporcionar a los pacientes los medios para que puedan notificar los errores de los que, en muchas ocasiones, son ellos los primeros en descubrirlos.

Debido a la importancia y relevancia de este problema, ya que la SCP no es una moda, sino un problema frecuente y con tendencia creciente, potencialmente grave, PREVENIBLE, con gran impacto económico, sanitario, social y que preocupa a los profesionales, instituciones sanitarias y ciudadanos, y siguiendo las directrices de la Organización Mundial de la Salud, la cual en 2002 tomó como iniciativa lanzar la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente; un grupo de profesionales de Enfermería del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario “Virgen Macarena” de Sevilla nos hemos planteado llevar a cabo un estudio descriptivo observacional basándonos en una documentación exhaustiva en SCP, centrándonos en la Gestión de Riesgos para tres Alertas Sanitarias recogidas por el centro de Investigación para la SCP promovidas por la Fundación Avedis Donabedian, la Fundación Mapfre de Medicina y el Estudio ENEAS, para de esta forma ofrecer y fomentar PÁCTICAS MÁS SEGURAS en nuestros cuidados enfermeros, aumentando la calidad asistencial en nuestro quehacer profesional diario.

Las Alertas Sanitarias en las que nos centraremos son:

- **Administración segura de medicamentos.**
- **Medicamentos de alto riesgo.**
- **Precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de pacientes y el riesgo de caídas.**

Los EA son imposibles eliminarlos completamente; ya que toda acción humana conlleva un margen de error, pero creemos que sí es posible minimizarlos, y en base a esta posibilidad de disminución de EA, lo que pretendemos con nuestro trabajo es diseñar un Mapa de Gestión de Riesgos para cada una de las Alertas Sanitarias anteriormente señaladas. La técnica metodológica para el análisis de los riesgos que seguiremos será mediante el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE): método prospectivo, secuencial y sistemático que tiene como fin identificar y prevenir los EA antes de que estos ocurran. Igualmente pretendemos dar a conocer la existencia del **Observatorio para la Seguridad del Paciente** del Sistema Sanitario de Andalucía, el cual surge con el fin de poner a disposición de todos los interesados, el conocimiento generado por sus profesionales (buenas prácticas, acciones de mejora, notificación de incidentes, etc.) y el procedente de otras organizaciones y sistemas, con la finalidad de ayudar a proporcionar cuidados cada vez más seguros.

Por último y no por ello menos importante, invitar a todos a la reflexión sobre si es posible establecer estrategias de mejora para la SCP en un Servicio de Urgencias Hospitalarias, compartir experiencias personales, aprender de la práctica con respecto al tema que nos ocupa y poder seguir así enriqueciéndonos con los conocimientos y aportaciones de otros profesionales y ponerlas en marcha en nuestro Servicio, es decir mantener un feedback positivo donde lo más importante es que solo a partir del conocimiento se puede generar más conocimiento y para ello es necesario compartir los progresos.

INTRODUCCIÓN.

La máxima “ANTE TODO, NO HACER DAÑO”, se atribuye a Hipócrates. Esta oración perdura como una expresión elegante de lo que debería ser el principio fundamental en la atención de salud: los profesionales de la salud debemos mejorar la salud de los pacientes, no empeorarla con nuestros errores. Los errores clínicos en la prestación de los servicios de salud pueden tener consecuencias graves que incluyen la muerte de los pacientes. Su génesis involucra no sólo factores institucionales y de las personas, sino también otros como los gubernamentales y los académicos. La creación de una cultura institucional en seguridad del paciente, la implantación de prácticas seguras y el trabajo

continuo para el mejoramiento de los factores humanos llevarán a cabo a actos clínicos más seguros que se alejen de los errores que suceden a diario en las organizaciones de salud.

Se define **Seguridad Clínica del Paciente** como “Identificación, análisis y gestión de los riesgos e incidentes relacionados con los pacientes, para hacer el cuidado de los mismos más seguros y minimizar los posibles daños, manifestándose por la ausencia de lesiones accidentales atribuibles a los procesos de la atención sanitaria”.

De entre los *Procesos de alto Riesgo* que se pueden llevar a cabo en un Servicio de Urgencias Hospitalarias, en este estudio vamos a abordar el de **Administración segura de medicamentos, Medicamentos de Alto Riesgo y Precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de pacientes y el riesgo de caídas**, ya que son procesos que recaen, casi exclusivamente, en manos del Profesional de Enfermería, cobrando este personal y sus acciones mayor protagonismo en la atención hospitalaria.

Pensamos que existen factores de riesgos presentes en los Servicios de Urgencias Hospitalarias que pueden conllevar un Efecto Adverso para el paciente. Entendiendo por Factor de Riesgo (FR) o Factor contribuyente como “una circunstancia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente, o que ha aumentado la probabilidad (riesgo) de que se produzca un incidente”. Y por Efecto Adverso (EA) “todo accidente imprevisto e inesperado, recogido en la historia clínica del paciente, que ha causado lesión y/o incapacidad y/o prolongación de estancia en el hospital y/o muerte, y que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente”.

Por ello vamos a abordar esta cuestión desde la perspectiva de estudio de la Seguridad Clínica del Paciente (SCP), que es la gestión de los riesgos a los que se someten los usuarios en función de su relación con el sistema sanitario, y que se basa en el cambio del enfoque del planteamiento de los errores, pasando de un modelo centrado en la persona (búsqueda de un culpable) a uno centrado en el sistema (multicausalidad de los errores). Como respuesta, no se trata de cambiar la condición humana, sino cambiar las condiciones en las que trabajan las personas”. Se trata de alcanzar el conocimiento acerca de los riesgos presentes en las organizaciones, así como los mecanismos de producción de los errores, y que esta identificación de riesgos y análisis de las posibles causas del error, generen estrategias de mejoras que lleven a actos clínicos más seguros y con ello una asistencia de mayor calidad.

Este conocimiento debe ser generado por los propios profesionales, que deben tener formación sobre las herramientas existentes, y a su alcance, para realizar la gestión de los riesgos en su área asistencial, y deben aplicarlas y comunicar los resultados obtenidos de esta aplicación. Esto es, que el “conocimiento genere conocimiento”, produciéndose así el feedback positivo que se necesita para el fomento de la Cultura de la Seguridad del Paciente en cualquier área asistencial.

MARCO TEÓRICO.

En marzo de 2002, la OMS en su 55ª Asamblea Mundial de la Salud, lanza la Alianza Mundial para la Seguridad Clínica del Paciente que se pone en marcha en octubre de 2004. Así nace este concepto, que no es una moda, sino un problema real y actual.

En España es a partir de 2005 cuando el Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, siguiendo las directrices marcadas por la OMS y la Comisión Europea, publica el Proyecto ENEAS (Estudio Nacional de Efectos Adversos), con el objetivo de estimar la incidencia de EAs en pacientes atendidos en hospitales españoles, y describir las causas que los producen. De igual modo se presenta en enero de 2006 la guía “La Seguridad del Paciente en siete pasos”, elaborada por la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA) de Reino Unido, con el objetivo de poner a disposición de los profesionales sanitarios aquellos instrumentos y guías del conocimiento que por su utilidad o interés puedan suponer un aporte al desarrollo y consolidación de las estrategias de Seguridad en el Sistema Nacional de Salud.

Queda de manifiesto que es a partir de aquí cuando se comienza a trabajar en busca de instrumentos que permitan no ya eliminar los EAs, sino **disminuir el riesgo** de que sucedan. Se crean *sistemas de notificación voluntaria* para **identificar** EAs; se comienzan a poner en marcha *registros de EAs* para el **estudio** de su etiología; y se empiezan a tomar medidas de **control y tratamiento** de estos EAs. Es decir, se elabora el marco conceptual de la **Gestión de Riesgos Sanitarios** (GRS) en España.

Se trata de gestionar riesgos, no de buscar problemas. El mensaje fundamental es que la mayoría de los EAs se producen como consecuencia de múltiples fallos en el complejo sistema sanitario actual, y que son PREVENIBLES. Mediante la GRS se pretende desgranar las situaciones que desencadenan los EAs y así evitar que se produzcan, para mejorar la Seguridad del Paciente, tenemos que abordar el estudio de las causas de los EAs centrándonos en el sistema. Esta es la innovación que introduce la GRS con respecto al enfoque que tradicionalmente se le ha dado al estudio de las causas de errores derivados de la asistencia sanitaria. Esto es, el cambio del modelo centrado en la persona al modelo centrado en el sistema.

“Cada hospital o servicio sanitario genera sus riesgos....hay que conocer dónde están para controlarlos.

Para que una institución sanitaria, organismo, o empresa lleve a cabo la gestión de sus riesgos, se necesita concienciación y formación, tanto de los trabajadores como de los gestores acerca del concepto de Seguridad del Paciente, del aumento de la calidad asistencial que supone la implementación de SCP en todas las áreas asistenciales, y acerca de las herramientas existentes y al alcance de todo el que esté interesado para mejorarla.

En la actualidad, una de las herramientas más validada para mejorar la Seguridad de los Pacientes son las “Alertas de Seguridad en Atención Sanitaria”, publicadas por el Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de los Pacientes (CISP), promovido por la Fundación Avedis Donabedian, la Fundación Mapfre de Medicina y en España el Proyecto ENEAS. Las Alertas que se publican son instrumentos para recomendar prácticas seguras en los Centros Sanitarios Españoles y se basan en publicaciones y experiencias de efectividad contrastada”.Hasta hoy se ha publicado ocho Alertas Sanitarias:

- Nº 1: Inadecuada identificación de pacientes.
- Nº 2: Pacientes con traumatismo infravalorados en urgencias.
- Nº 3: Riesgo del potasio intravenoso.
- Nº 4: Cirugía en el lugar erróneo.
- Nº 5: Precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes.
- Nº 6: Prevención del suicidio en pacientes hospitalizados.
- Nº 7: Administración segura de medicamentos.
- Nº 8: Medicamentos de alto riesgo.

Estas alertas son susceptibles de aplicación por cualquier profesional de la salud en cualquiera que sea su área asistencial, ampliando así los conocimientos acerca de los riesgos presentes en las organizaciones y fomentando con ello la Cultura de Seguridad del Paciente.

En nuestro estudio nos centraremos en las siguientes Alertas Sanitarias: **Administración segura de medicamentos, Medicamentos de alto riesgo y Precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes.**

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.

HIPÓTESIS: El fomento de la Cultura de la Seguridad del Paciente en el Servicio de Urgencias Hospitalarias, pasa por poner a disposición de los distintos profesionales los conocimientos e instrumentos necesarios para poder realizar la gestión de los riesgos. Esto es, identificar y analizar los riesgos, proponer estrategias de mejora y emprender planes de acción para rediseñar los procedimientos susceptibles de error. De este modo los propios profesionales son los que a partir del conocimiento, generan nuevos conocimientos sobre SCP, estableciéndose el feedback positivo que requiere la implementación de esta nueva forma de abordar los errores en el ámbito del Servicio de Urgencias del H.U. “Virgen Macarena” de Sevilla.

OBJETIVOS:

Objetivo General:

- Fomentar la cultura de Seguridad Clínica del Paciente para poder proponer estrategias de mejora en el S. Urgencias del H.U. “Virgen Macarena” de Sevilla en relación a las siguientes Alertas Sanitarias: Administración segura de medicamentos, Medicamentos de alto riesgo y Precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes.

Objetivos Específicos:

- Fomentar el conocimiento de SCP en el S. Urgencias.
- Identificar riesgos en relación a las Alertas Sanitarias señaladas en el estudio.
- Analizar los riesgos identificados.
- Proponer estrategias de mejora para la disminución de riesgos.
- Dar a conocer la existencia del Observatorio para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario de Andalucía.

METODOLOGÍA.

1. **TIPO DE ESTUDIO:** Se plantea un estudio descriptivo observacional, basado en:

- Documentación exhaustiva sobre SCP, y sobre las herramientas existentes para la identificación y análisis de los riesgos en el área de urgencias.
- Conocimiento de la distribución del Servicio de Urgencias (Observación y área de consultas).
- Aplicación de instrumentos para la identificación de riesgos relacionados con las Alertas Sanitarias estudiadas.

2. **AMBITO:** Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias del H. U. “Virgen Macarena” de Sevilla (Observación y consultas de urgencias).

3. **INSTRUMENTO:**

- Alertas: Administración Segura de Medicamentos (nº 7); Medicamentos de Alto Riesgo (nº 8) y Precauciones en el uso de la contención física y riesgo de caídas (nº 5), del Centro de Investigación para la Seguridad del Paciente (CISP), La Fundación Avedis Donabedian y la Fundación Mapfre de Medicina.
- Proyecto ENEAS.
- “Taxonomía de los errores de Medicación” del ISPM y la Sociedad Española de Farmacia (Grupo Ruiz-Jarabo 2000).
- AMFE: Análisis modal de fallos y efectos.

RESULTADOS.

Los errores relacionados con medicamentos constituyen la principal causa de eventos adversos en los hospitales, representando un 19,4% del total de las lesiones que producen discapacidad o muerte. En este contexto, se describe que los eventos adversos relacionados con la medicación, un 40% están relacionados con la administración de medicamentos.

Señalar que en nuestro estudio hemos unido el abordaje de las Alertas: **Administración Segura de Medicamentos y Medicamentos de Alto riesgo**, ya que consideramos que en el área asistencial donde ejercemos nuestra actividad profesional, los medicamentos de alto riesgo identificados por el Institute of Safe Medication Practices (ISMP), son de utilización habitual. Los medicamentos que presentan una alta probabilidad de producir eventos adversos o incluso pueden provocar la muerte cuando se realiza un uso indebido se denominan “*medicamentos de alto riesgo*”. Por otra parte también deben tenerse en cuenta los “*medicamentos de estrecho intervalo terapéutico*”, es decir aquellos en los que la dosis para alcanzar el efecto terapéutico está muy próximo al efecto tóxico, y su mal uso puede provocar daño en el paciente.

Los medicamentos identificados de **alto riesgo** fueron: *Insulina, Opiáceos, Heparina, Sales de potasio intravenosas, Cloruro sódico a concentraciones superiores a 0,9%*.

Por otra parte también deben tenerse en cuenta los “*medicamentos de estrecho intervalo terapéutico*”, es decir aquellos en los que la dosis para alcanzar el efecto terapéutico está muy próximo al efecto tóxico, y su mal uso puede provocar daño en el paciente: Citostáticos, Agonistas adrenérgicos, Sales de calcio y magnesio i.v.; Hipogluciantes orales, Bloqueantes neuromusculares, Anticoagulantes orales, Digoxina, Litio, Antipilépticos, Vancomicina, Teofilina, Aminoglucósidos.

A continuación presentamos un conjunto de recomendaciones que pueden ayudar a mejorar la seguridad de los pacientes, en cada una de las fases que se suceden en la administración de medicamentos. Para la continuidad y extensión de estas medidas, es fundamental un liderazgo que asegure que exista una monitorización, formación, competencias, recursos y un entorno laboral adecuado para su puesta en marcha.

A.-PROCESO: AMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS Y MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO. Desarrollo y explicación del AMFE realizado.

1.- Diagramación del proceso:

1. Verificación de la prescripción médica: Comprobar siempre la dosis, vía y hora de administración.
- B. Obtención del medicamento correcto.
- C. Preparación de la medicación.
- D. Administración de la medicación: el medicamento correcto por la vía correcta.
- E. Documentación de lo administrado: Registrar de manera inmediata y clara tanto los medicamentos administrados como los NO administrados.

2. Análisis de los riesgos en cada paso del proceso:

- *Verificación de la prescripción médica:*
 - Modo de fallo
 - administración de un medicamento incorrecto.
 - administración de dosis incorrecta del medicamento indicado.
 - preparación incorrecta de una dilución.
 - administración de una dilución a un flujo incorrecto.
 - administración de medicación por vía incorrecta.
 - Efecto: EA.
 - Causas:
 - interferencias en el canal de comunicación y consiguiente mala interpretación de la orden médica (incorrecta, ambigua, incompleta)

– factores contribuyentes asociados a los sistemas de trabajo: sobrecarga asistencial, estrés, falta de experiencia y de formación en cuidados urgentes y el tipo de pacientes (graves y complejos), iluminación, ruido, interrupciones frecuentes, etc.

▪ **Estrategias de mejora:**

– Clarificar cualquier prescripción que genere algún tipo de duda.

– Tener fácil acceso a guía farmacoterapéutica o Protocolos de Perfusiones del servicio.

– Segurar que los profesionales que realizan la administración de medicamentos tengan acceso adecuado a la información clínica del paciente en el lugar de atención (Ej: fácil accesibilidad para comprobar posibles reacciones adversas a medicamentos, etc).

– Doble confirmación: una vez que el médico del equipo verbaliza la prescripción del medicamento, el enfermero responsable de hacerla efectiva repite en voz alta la orden recibida. Así, ambos confirman que la orden ha sido entendida correctamente. Sobre todo, y fundamentalmente en situaciones de urgencias y emergencias.

• *Obtención del medicamento correcto:*

▪ Modo de fallo

– administración de un medicamento incorrecto.

– administración de dosis incorrecta del medicamento indicado.

– preparación incorrecta de una dilución.

– administración de una dilución a un flujo incorrecto.

– administración de medicación por vía incorrecta.

▪ Efecto: EA.

▪ Causas:

– Ampollas diferentes con presentaciones parecidas en cajetines contiguos. Ej: adrenalina –atropina.

– Ampollas diferentes con presentaciones parecidas en el mismo cajetín. Ej: Glucosmón– Lidocaína.

– Ampollas del mismo fármaco, pero de dosis diferentes en el mismo cajetín. Ej: Midazolam.

– Blister de medicación cortados, lo cual implica problemas para identificar qué dosis de medicación tenemos, cuál es la fecha de caducidad... Ej: Capotén.

▪ **Estrategias de mejora:**

– En el área de Observación se dispone de un dispensador de medicación.

– En el área de consultas de urgencias, se han señalado con etiquetas de colores la medicación que requiere una preparación especial. Ej: SOLO VÍA I.V; SOLO VÍA I.M. CLORURO POTÁSICO: “ADMINISTRAR SIEMPRE DILUIDO”.

– Ampollas diferentes, pero presentación parecida en cajetines más alejados y/o mejor diferenciados (ej: diferenciarlos con colores).

– Que todas las ampollas de un mismo cajetín sean de la misma dosis y presentación.

– No recortar bajo ningún concepto los blister de medicación oral.

• *Preparación de la medicación:*

▪ Modo de fallo:

– administración de un medicamento incorrecto.

– administración de dosis incorrecta del medicamento indicado.

– preparación incorrecta de una dilución.

– administración de una dilución a un flujo incorrecto.

– administración de medicación por vía incorrecta.

▪ Efecto: EA.

▪ Causas:

– Cargar medicación diferente en jeringuillas iguales (aunque éstas estén bien rotuladas).

– Error en el cálculo de dilución o concentración de un medicamento.

– Blister de medicación oral en los que no se identifica la dosis de presentación.

▪ **Estrategias de mejora:**

– Que el profesional que prepare la medicación sea el mismo que la administre.

– Medicación diferente en jeringuillas diferentes.).Ej: Adrenalina; Atropina: cargarlas en jeringas de distintas de 2cc y 5 cc.

– Implantación del mismo modelo de bomba de infusión en nuestro servicio.

– Para la preparación de diluciones inusuales o de alto riesgo: doble comprobación del cálculo de la dilución por al menos dos profesionales. Ej: Fibrinolíticos, Insulina, etc.

• *Administración del medicamento:*

▪ Modo de fallo:

- administración de un medicamento incorrecto.
- administración de dosis incorrecta del medicamento indicado.
- administración de una dilución a un flujo incorrecto.
- infusión rápida de un fármaco de alto poder irritante.
- administración de medicación por vía incorrecta.
- Efecto: EA.
- Causas:
 - Error en un paso anterior (verificación, elección o preparación del medicamento)
- **Estrategias de mejora:**
 - Todas las descritas en apartados anteriores.
- *Documentación de lo administrado:* Hacer hincapié en el registro tanto de lo administrado como de lo NO administrado.

B.-PROCESO: PRECAUCIONES EN EL USO DE LA CONTENCIÓN FÍSICA O INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES Y EL RIESGO DE CAÍDAS.

Entre las causas más frecuentes descritas en la literatura para la utilización de la contención física destacan: la prevención de caídas y evitar la interrupción del tratamiento por parte del paciente.

Se puede definir *Inmovilización* como el uso de una fuerza que tiene el propósito de controlar las acciones de una persona, limitando su libertad de movimiento. Los EAs severos o permanentes pueden implicar la compresión de nervios, contracturas e incluso estrangulación y muerte. También se ha descrito la aparición de úlceras por decúbito, incontinencia urinaria o intestinal y aumento de la frecuencia de la tasa de infecciones nosocomiales. Su uso puede aumentar la ocurrencia de eventos adversos, aunque no sean una consecuencia directa de las sujeciones. Por tanto:

- **Las inmovilizaciones deberían utilizarse tan infrecuentemente como sea posible y con las técnicas menos restrictivas posibles.**
 - **Si se utilizan, deberían aplicarse de forma personalizada, involucrando tanto al paciente como a su familia.**
- Se han identificado los *siguientes factores* en los eventos ocurridos que pueden contribuir a aumentar el riesgo de muerte:
- Inmovilización de pacientes fumadores.
 - Inmovilización en posición supina, ya que predispone al riesgo de broncoaspiración.
 - Inmovilización en decúbito prono, ya que predispone al riesgo de asfixia.
 - Inmovilización a pacientes que se encuentran en un área en la que no hay observación visual continua del personal sanitario.
 - Inmovilización de pacientes con deformidades.
 - Pacientes con determinadas patologías que pueden conllevar un riesgo de caídas (Ej: pacientes con alteraciones sensoriales, desorientación, que puedan presentar crisis tónicas-clónicas)

Estrategias de mejora:

El abordaje para la disminución del uso de las sujeciones requiere que todo el personal se encuentre involucrado.

- **Para fomentar que la utilización de las sujeciones sea limitada y justificada.** Para lograr un uso limitado y justificado clínicamente es necesario tener procedimientos y normativas claras, profesionales bien formados y apoyo de los líderes de la organización. Para lo que es necesario:
 - En nuestro servicio se dispone tanto de un "Protocolo de sujeción mecánica y prevención de caídas", así como un Plan de Cuidados Estandarizados al respecto (Guía NANDA, NIC, NOC).
 - Pacientes susceptibles de sujeción.
 - Criterios explícitos de indicación.
 - Medidas preventivas.
 - Profesionales responsables de la indicación.
 - Tipos de contenciones que puedan ser utilizadas.
 - Sistemas de control y medidas de seguridad del paciente.
 - Evaluar las estrategias terapéuticas que pueden favorecer el uso de las inmovilizaciones y plantear alternativas de mejora (disminución de horas de hidratación parenteral, acompañamiento del paciente, etc).
 - Asegurar que la técnica de fijación de catéteres sea segura y disminuya la necesidad de contención.
 - **Para fomentar un entorno y una aplicación segura cuando un paciente tiene que ser inmovilizado:**
 - Identificar factores de riesgo del paciente.

- Verificar la existencia de la indicación médica de la contención que especifique duración y tipo de la contención.
- Utilizar un sistema de registro específico para la prescripción y seguimiento del paciente.
- Reevaluar la situación del paciente y el tiempo máximo que debe permanecer con la sujeción.
- Asegurar que las técnicas de inmovilización pueden ser retiradas fácilmente por los profesionales.
- Si se utilizan barandillas laterales en las camas, comprobar que los espacios sean mínimos, para evitar que los pacientes queden atrapados.
- Si se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y puede levantarla de la cama, para minimizar el riesgo de aspiración.
- Si está decúbito prono, asegurarse que las vías aéreas no se encuentran obstruidas en ningún momento y que la expansión pulmonar no se ve limitada (especial atención en niños, pacientes ancianos y obesos).
- Utilizar material de contención homologado.
- No cubrir la cara del paciente como parte del proceso terapéutico.
- Cambiar las inmovilizaciones cada 2 horas.
- Realizar evaluación de los sitios de contacto con la piel, para que se encuentren bien protegidas y evitar lesiones.
- Asegurar que los pacientes que son fumadores no tengan a su alcance mecheros o cerillas, ya que representan un alto riesgo de incendio.
- Revisar y actualizar periódicamente los protocolos basándose en los resultados clínicos.
- Monitorizar el número de casos que han precisado contención en el centro, e introducir propuestas de mejora.

CONCLUSIONES.

- Los EAs que se originan en los Servicios de Urgencias constituyen una proporción importante del total de los EAs debidos a la propia asistencia sanitaria, por tanto, se justifica la necesidad de la adecuada identificación de un Mapa de riesgos, para la elaboración de estrategias de mejora que minimicen su aparición.
- La sobreinstrumentalización de los cuidados en urgencias incrementa el riesgo de los pacientes.
- Es fundamental la formación de la cultura de Seguridad Clínica del Paciente y su difusión, mediante el desarrollo de actividades de sensibilización y formación de los profesionales.
- Necesidad de facilitar a los profesionales herramientas y recursos necesarios para la identificación de errores, lo cual permitiría cambios estructurales y de proceso, favoreciendo la disminución de la probabilidad de errores, así como las consecuencias asociadas a los EAs.
- En nuestro Servicio consideramos necesario tanto la creación de un Comité de Seguridad Clínica en el Servicio de Urgencias multidisciplinar, y que este grupo esté representado o integrado dentro del Comité de Seguridad Clínica del Hospital; igualmente debería existir sistemas de notificación voluntaria de EAs, con información periódica de los resultados obtenidos, análisis efectuados y medidas adoptadas a los equipos asistenciales y a la dirección del centro.
- Ante las muchas carencias que hemos observado que existen aun en nuestro servicio con respecto al tema que nos ocupa, pretendemos dar a conocer la existencia del **Observatorio para la Seguridad Clínica del Paciente del Sistema Sanitario de Andalucía** (resolución 22 de siembre de 2006, Secretaría General de Sanidad). Organismo que surge con el fin de poner a disposición de todos los interesados, el conocimiento generado por sus profesionales (buenas prácticas, acciones de mejora, notificación de incidentes, etc.), con la finalidad de ayudar a proporcionar cuidados cada vez más seguros. Entre sus objetivos concretos están: difusión entre todos (profesionales sanitarios, gestores, los pacientes, las personas cuidadoras) de las mejores recomendaciones para prevenir el daño evitable que puede derivarse de la atención sanitaria; aprender de la práctica, reflexionar sobre los distintos aspectos relacionados con la Seguridad y aprovechar el conocimiento disponible para minimizar los riesgos; compartir los trabajos desarrollados para contribuir a la mejora del sistema sanitario a nivel local, regional, nacional y global.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Suñol R., Bañares, J. *Conceptos Básicos sobre Seguridad Clínica*. MAPFRE Medicina, 2003; vol 14; 265–269.
2. II Edición *Curso Básico Seguridad Clínica del Paciente*. Organizado por el Área Hospitalaria “Virgen Macarena”. Sevilla, 2007.
3. Protocolos de Riesgo de Caídas y Prevención de UUP de la Unidad de Observación de Urgencias del H.U. “Virgen Macarena”. Sevilla.
4. Encuentro Seguridad 09. Seguridad del Paciente. Sevilla. Noviembre 2008.

5. I. Pérez Víctor; M. Casado Muñiz, O. Pérez Víctor, C. Álvarez Leiva, J. Macías Seda. *La Seguridad Clínica del Paciente en Atención Prehospitalaria*. Artículo publicado en Revista Científica: "Puesta al día en urgencias, emergencias y catástrofes". Vol. 8, nº 4. 2008. pp.195–201.
6. Tomas S. *Introducción a la Seguridad Clínica del Paciente*. Seguridad clínica de los pacientes en los Servicios de Urgencias. Gestión asistencial de los Servicios de Urgencias. Revista científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Octubre 2007; volumen 1, nº3.
7. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Septiembre 2008.
http: www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS.
8. Zalateguei A. et al. *Administración de medicamentos y cálculo de dosis*. Ed. Masson, 2005; 10–52.
9. ISMP– España. http: www.ismpespana.org/ficheros/medicamentos_alto_riesgo.pdf.
10. Estudio ENEAS. Junio 2008 http: www.msc.es
11. Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de los Pacientes, Fundación Adevis Donabedian y Mapfre de Medicina. *Alertas de Seguridad Sanitaria*. Mayo 2008 http: www.fadp.org.
12. Centro de investigación para la Seguridad Clínica de los Pacientes, Fundación Adevis Donabedian y Mapfre Medicina. Alerta de Seguridad Sanitaria nº7: *Administración Segura de Medicamentos*. Mayo 2008. http: ww.fadp.org.
13. Observatorio para la Seguridad del Paciente. Agosto 2008.
http: www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente.
14. Sentis, J., Canaleja, J., et al. *Manual de Bioestadística*. Ed. Masson, 2003; 27–32.
15. Martínez López F.J., Ruiz Ortega J.Mª. *Manual de Gestión de Riesgos Sanitarios*. Ed. Díaz de Santos, 2001; xv–140.
16. OMS. Alianza para la Seguridad del Paciente. Junio 2008. http: www.who.int/medicentre/news.
17. Ruiz–López P. et al. *Análisis de causas raíz. Una herramienta útil para la prevención de errores*. Revista de Calidad Asistencial. 2005; vol 20, nº 2.
18. ISPM–E. *Prácticas para mejorar la seguridad de medicamentos de alto riesgo*. Agosto 2008.