

III. OTRAS DISPOSICIONES

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

- 233** *Resolución de 5 de diciembre de 2008, de la Secretaría General de Sanidad, por la que se publica el Convenio de colaboración, entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios.*

Suscrito el 12 de noviembre de 2008, Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para el Impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios, en cumplimiento de lo dispuesto en el apartado dos del artículo 8 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, procede la publicación en el Boletín Oficial del Estado de dicho Acuerdo, que figurará como anexo de esta Resolución.

Lo que se hace público a los efectos oportunos.

Madrid, 5 de diciembre de 2008.—El Secretario General de Sanidad, José Martínez Olmos.

ANEXO

Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para el Impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios

En Madrid, a 12 de noviembre de 2008.

REUNIDOS

De una parte: Don Bernat Soria Escoms, Ministro de Sanidad y Consumo, según nombramiento conferido por el Real Decreto 436/2008, de 12 de abril (BOE nº 90 de 14 de abril de 2008) y en virtud de las facultades que le otorga el artículo 4.1 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno; así como el artículo 13.3 de la Ley 6/1997 de 14 de abril, de organización y funcionamiento de la Administración General del Estado.

De otra parte, doña M.^a Ángeles Palacios Sánchez, nombrada por Decreto de Presidencia 39/2008 de 25 de septiembre (Suplemento número 5 del B.O.R.M. número 225 del 26-09-2008, actuando en calidad de Consejera de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia, y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley 7/2004, de 28 de diciembre, de Organización y Régimen Jurídico de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y facultada para la firma del presente Convenio por Acuerdo del Consejo de Gobierno de fecha 19 de septiembre de 2008.

Ambas, que actúan en razón de sus respectivos cargos, se reconocen, mutua y recíprocamente, capacidad legal necesaria para la formalización del presente Convenio de Colaboración y, a tal efecto

EXPONEN

Primero.—Que el artículo 149.º1.16ª de la Constitución atribuye al Estado la competencia en materia de bases y coordinación general de la sanidad.

Segundo.—Que la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia a través de la Consejería de Sanidad y Consumo tiene interés en colaborar en el impulso de proyectos para la mejora de prácticas seguras en los centros sanitarios de su territorio.

Tercero.—Que el Ministerio de Sanidad y Consumo tiene la responsabilidad de la mejora de la calidad en el sistema sanitario en su conjunto, cumpliendo las previsiones recogidas

en la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Para este fin, la citada ley en su artículo 60, prevé la creación de una Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. El Real Decreto 438/2008, de 14 de abril, por el que se aprueba la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales, incluye entre los órganos directivos del Departamento a la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

El apartado 2 del citado artículo establece que la Agencia difundirá los elementos de la infraestructura para su conocimiento y utilización por parte de las comunidades autónomas y los centros y servicios del Sistema Nacional de Salud. Dado que el presente convenio tiene por fin el desarrollo de las competencias estatales establecidas en los artículos precedentes, no le resulta de aplicación lo establecido en el artículo 2.3-a del Reglamento de la Ley General de Subvenciones.

Cuarto.—La estrategia 8 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud tiene por objeto mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del sistema nacional de salud para lo que prevé la firma de convenios específicos entre las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad y Consumo, que incluirán una financiación y un sistema de evaluación del cumplimiento de los proyectos.

Quinto.—Que la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia tiene interés en impulsar proyectos para la mejora de prácticas seguras en los centros sanitarios de su territorio.

Sexto.—Que ambas entidades reconocen la existencia de objetivos e intereses comunes así como la voluntad de colaborar y establecer fórmulas de cooperación que contribuyan al cumplimiento de sus fines y por ello acuerdan el presente convenio de colaboración que se regirá mediante las siguientes.

ESTIPULACIONES

Primera. *Objeto.*—El presente Convenio tiene por objeto regular las condiciones de la colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, para el desarrollo de la estrategia 8 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, para la mejora de la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios con los siguientes objetivos específicos:

1. Prevenir las complicaciones de la anestesia y de la cirugía.

Incluye acciones orientadas a:

Prevenir la cirugía en lugar equivocado.

Prevenir el trombo embolismo pulmonar y la trombosis venosa profunda.

Complicaciones propias de la anestesia.

Otras acciones relacionadas con el proceso quirúrgico en la fase de preparación, acto quirúrgico y fase posquirúrgica.

2. Prevenir errores debidos a la medicación.

Incluye, acciones orientadas a prevenir errores en el almacenaje, preparación, dispensación, prescripción, aplicación y monitorización de medicamentos. Especialmente monitorización de medicamentos de alto riesgo. También incluye acciones para prevenir errores en la información de medicamentos entre diferentes servicios (llamados errores de conciliación en la transición asistencial) y entre profesionales y pacientes.

3. Prácticas seguras y de calidad en cuidados paliativos.

4. Desarrollar unidades o grupos de trabajo específicos en calidad que permitan promover una estrategia unificada en seguridad de pacientes en la Comunidad Autónoma.

Incluye acciones orientadas a promover la creación de grupos de trabajo y acciones orientadas a la formación en Seguridad del paciente, la gestión de riesgos sanitarios y trabajo en equipo.

En anexo al presente Convenio se detallan las acciones necesarias para el logro de los objetivos propuestos.

Segunda. *Funciones y actividades del Ministerio de Sanidad y Consumo.*—El Ministerio de Sanidad y Consumo desarrollará, al amparo del presente Convenio, las siguientes funciones y actividades:

- a) Prestar el apoyo científico y técnico necesario para el desarrollo de las actividades previstas en el convenio.
- b) Colaborar con la Comunidad Autónoma en la realización de las actividades previstas a través de sus propios servicios, si así es requerido por dicha Comunidad y en la medida de sus posibilidades.
- c) Aportar la información y documentación necesarias para el desarrollo del proyecto que le sea requerida por parte de la Comunidad Autónoma, siempre que ésta se encuentre en su poder.
- d) El Subdirector General de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad actuará como coordinador.
- e) Cofinanciar las actividades objeto del convenio, tal como se detalla en la cláusula sexta.

Tercera. *Funciones y actividades de la Consejería de Sanidad y Consumo.*—La Consejería de Sanidad y Consumo desarrollará, al amparo del presente Convenio, las siguientes funciones y actividades:

- a) Realizar las actividades previstas para cada uno de los objetivos tal como se detalla en la redacción del anexo técnico.
- b) Elaborar un informe de actividad en el que se detallen las acciones realizadas y los resultados obtenidos de acuerdo con lo especificado en el anexo técnico.
- c) Cofinanciar las actividades objeto del convenio, tal como se detalla en la cláusula sexta.
- d) Elaborar un informe financiero comprensivo de todo el gasto derivado del convenio.

Cuarta. *Comisión de seguimiento.*—Se constituye, para el seguimiento del presente Convenio, una Comisión mixta de carácter paritario que se reunirá a petición de parte y al menos una vez antes del fin de su vigencia, levantándose acta de los acuerdos adoptados. Esta Comisión estará formada:

En representación del Ministerio de Sanidad y Consumo:

El Director General de la Agencia de Calidad del SNS, o persona en quien delegue.
El Subdirector General de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad.

En representación de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

El Director General de Atención al Ciudadano, Drogodependencias y Consumo de la Consejería de Sanidad y Consumo.

Un funcionario designado por el Director General de Atención al Ciudadano, Drogodependencias y Consumo de la Consejería de Sanidad y Consumo.

Además de la función genérica de vigilancia y seguimiento de la ejecución del presente convenio de colaboración, la Comisión resolverá las dudas que pudieran surgir en la interpretación y aplicación del mismo.

Quinta. *Vigencia.*—El plazo de vigencia del presente Convenio se establece en el periodo comprendido entre la fecha de su firma y el 15 de diciembre de 2008.

Con el acuerdo de ambas partes, el presente convenio se podrá prorrogar por periodos anuales, formalizándose por escrito las prórrogas antes de la expiración del plazo de vigencia del convenio o de la prórroga vigente.

Sexta. *Financiación y pago.*—El coste de las actividades previstas en el presente convenio asciende a ciento cincuenta y siete mil seiscientos cincuenta y seis euros (157.656,00 €) IVA incluido.

De esa cantidad, el MSC asume un 70,00% que supone 110.359,20 €. Para el pago, se incluirá certificado de conformidad del Director General o Subdirector General de la

Agencia de Calidad del S.N.S., acreditativo de la recepción de conformidad del informe y de la justificación de los gastos efectivamente realizados.

La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia asumirá el 30% restante que asciende a 47.296,80 €.

Las cantidades correspondientes al Ministerio de Sanidad y Consumo se imputarán con cargo a la aplicación presupuestaria 26.13.311O.226.10 de sus presupuestos de gastos del ejercicio 2008. Se realizará un único pago tras la recepción por parte de la Agencia de Calidad del SNS de un informe descriptivo de los trabajos realizados que contemplará las acciones acometidas y los indicadores de logro obtenidos, según lo explicitado en el anexo técnico para cada objetivo específico. El plazo final para la presentación del informe se establece en el día 15 de diciembre de 2008.

La cantidad prevista tiene el carácter de máxima, por lo que se abonará efectivamente el importe de gastos realmente efectuados y justificados y en todo caso posteriores a la firma del convenio.

Séptima. Publicidad sobre los resultados del convenio.—La divulgación de los resultados de los proyectos objeto del presente convenio, sea cual sea el soporte en que se realice, hará mención expresa al hecho de ser producto del mismo, figurando en todo caso tanto el logotipo del Ministerio de Sanidad y Consumo como el del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud junto al de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Octava. Resolución.—El presente Convenio podrá quedar sin efecto por mutuo acuerdo de las partes, bastando con que los representantes de ambas entidades expresen su voluntad de resolver el convenio de forma expresa y por escrito.

Podrá procederse igualmente a la resolución unilateral del Convenio por incumplimiento de las obligaciones en él contenidas, previo aviso a la parte incumplidora con un plazo no inferior a un mes a la fecha prevista para la resolución, a fin de que la misma pueda subsanar la deficiencia que motiva la resolución. En ambos casos la Comisión de Seguimiento valorará lo actuado hasta el momento de la resolución y se procederá a su liquidación.

Novena. Marco jurídico.—El presente Convenio de colaboración tiene naturaleza administrativa de acuerdo con lo previsto en el artículo 4.1.c) de la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público, por lo que queda fuera de su ámbito de aplicación sin perjuicio de los principios y criterios en él contenidos para resolver las lagunas que pudieran suscitarse.

Las dudas y controversias que puedan surgir con motivo de la interpretación y aplicación del presente convenio, y que no puedan ser resueltas en el seno de la Comisión de Seguimiento, se resolverán de conformidad con las normas aplicables en Derecho, y serán de la competencia de la jurisdicción contencioso administrativa.

Y para que conste a los efectos oportunos, en prueba de conformidad, las partes firman el presente convenio en el lugar y fecha arriba indicados.—El Ministro de Sanidad y Consumo, Bernat Soria Escoms.—La Consejera de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia, M.^a Ángeles Palacios Sánchez.

ANEXO TÉCNICO

Líneas y objetivos para el convenio de prácticas seguras 2008

Los efectos adversos y los errores que afectan a los pacientes y ciudadanos pueden ser el resultado de recursos inadecuados, de procesos y sistemas poco seguros y de errores de los profesionales en el momento de la intervención.

Las soluciones a los problemas de Seguridad que se proponen se dirigen fundamentalmente a mejorar el diseño de los procesos asistenciales y a disminuir la probabilidad de que los errores humanos sean causa de daño para el paciente, más que a mejorar las causas subyacentes aportando recursos materiales.

Se plantea un abordaje basado en el rediseño o implantación de procesos e intervenciones que hayan demostrado capacidad de prevenir o mitigar el daño a los pacientes consecuencia de la intervención sanitaria.

1. *Prevenir las complicaciones de la anestesia y de la cirugía*

El 25% de los efectos adversos (EA) en el estudio ENEAS están relacionados con algún procedimiento, de los que el 31,7 son evitables.

Proyectos de mejora dirigidos a implementar «soluciones para la seguridad»:

Proyecto presentado: Mejora en la prevención de cirugía en sitio equivocado en los hospitales del Servicio Murciano de Salud

La cirugía en el lugar incorrecto de un paciente es un problema muy relevante en el ámbito de la seguridad de los pacientes, no solamente porque las consecuencias para el paciente pueden ser graves, sino porque además tiene un gran impacto mediático y legal.

Los problemas de cirugía en el lugar erróneo más frecuentes se producen en extremidades inferiores o cirugía de columna. Desde la American Academy of Orthopaedic Surgeons se plantea que un cirujano tiene un 25% de probabilidad de realizar una cirugía en un sitio erróneo en 35 años de profesión. Para prevenir la presentación de este problema, se han propuesto diversas medidas entre ellas el desarrollo de protocolos para reducir los errores quirúrgicos. El protocolo Universal de la Joint Comisión, intenta conseguir estos objetivos. Ha sido elaborado tras el consenso de profesionales de múltiples especialidades y respaldadas por más de 40 asociaciones profesionales médicas de EEUU. Los principios de dicho protocolo se basan en: El sitio quirúrgico incorrecto, procedimiento quirúrgico incorrecto y la persona incorrecta tienen que ser prevenidos, utilización de un enfoque sistemático con múltiples estrategias, participación activa y comunicación eficaz entre los profesionales, participación del paciente (o representante legal), en el proceso. El requisito para marcar el sitio de intervención quirúrgica debería ser exigido solamente en los casos de cirugía que impliquen la diferencia derecho/izquierdo, múltiples estructuras (dedos de las manos y pies), o distintos niveles (columna).

La implantación de un protocolo consensuado basado en los estándares universales puede ser muy efectiva. El protocolo universal debería ser aplicado a todo procedimiento quirúrgico o invasivo que implique algún riesgo en la seguridad del paciente, incluyendo procedimientos de otras unidades clínicas que se realicen en el quirófano.

Objetivos:

Conseguir que no exista ningún caso de cirugía en el sitio equivocado en los hospitales públicos del Servicio Murciano de Salud.

Elaboración y cumplimentación de un protocolo de prevención de cirugía en sitio equivocado en todos los hospitales públicos de la región.

Metodología:

Se elaborará un censo de los protocolos de prevención de cirugía en sitio equivocado en cada uno de los hospitales de la Región.

En los hospitales donde exista dicho protocolo: 1. Valoración de la calidad científico-técnica y su calidad formal mediante el instrumento AGREE de valoración de calidad de protocolos clínicos. 2. Elaboración de unas recomendaciones para mejorar la calidad de dichos protocolos (Se valorará grado de cumplimiento mediante observación directa en intervenciones susceptibles de aplicar dicho protocolo, utilización de un indicador tipo tasa compuesto que mida el porcentaje de intervenciones en las que se aplica el protocolo sobre el total de intervenciones susceptibles de ser utilizado y comprobación del sitio de la operación en la historia clínica del paciente por parte del cirujano que realiza la operación).

En los hospitales donde no exista dicho protocolo: Elaboración de dicho protocolo, teniendo en cuenta las recomendaciones de la Joint Comisión y las características

particulares de cada hospital. Seguidamente se procederá a la adecuada difusión del protocolo entre los equipos quirúrgicos, fundamentalmente cirujanos y enfermería quirúrgica.

Una vez elaborado y aceptado dicho protocolo, se valorará su grado de cumplimiento siguiendo la misma metodología antes explicada.

Productos a presentar:

Censo de protocolos de prevención de cirugía en sitio equivocado en la región antes de la implantación de este proyecto.

Protocolos elaborados en cada uno de los hospitales a partir de este proyecto.

Grado de cumplimiento de los protocolos de prevención de cirugía en sitio equivocado.

Comunicación a congreso nacional de calidad.

Director del proyecto:

Victoriano Soria Aledo, Facultativo Especialista de Área de Cirugía General en el Hospital Morales Meseguer. Coordinador de Investigación del H. Morales Meseguer. Miembro del equipo investigador del Proyecto ISEP de Seguridad del Paciente dirigido por el Profesor P. Saturno de la Universidad de Murcia.

Proyecto presentado: Seguridad del paciente que precisa cirugía urgente. Reducción de complicaciones intra y postoperatorias

La correcta preparación del paciente que debe ir a quirófano está relacionada directamente con una menor aparición de complicaciones, entre las que está la infección de la herida quirúrgica. Habitualmente los esfuerzos se centran en la cirugía programada y la cirugía limpia, donde las tasas de complicaciones de este tipo deben ser bajas. Aún siendo esto cierto, no es un obstáculo para dejar de hacer actuaciones en la cirugía urgente, ya que toda no es de extrema gravedad y la aplicación de tratamiento y cuidados adecuados previos a la cirugía van a llevar a reducir el número de complicaciones no esperadas.

Dentro de las actividades preventivas para reducir la incidencia de infección de herida quirúrgica están la adecuada preparación del paciente, incluyendo el rasurado de la piel de la zona a intervenir, la correcta desinfección de la piel y el uso de antibióticos profilácticos. Actualmente, en nuestro servicio de urgencias se atienden al año a más de mil pacientes que van a requerir cirugía urgente. En las actividades que se realizan en el mismo con estos pacientes hay oportunidades de mejora tales como la preparación quirúrgica usando rasuradora eléctrica y no de cuchilla, el cuidado del antibiótico profiláctico en cuanto al momento de su aplicación y a que esté incluido en protocolo, y a la preparación del paciente siguiendo un check list, en el que se incluya la identificación correcta del paciente y lugar de la intervención. Todas estas actividades pueden contribuir a mejorar la seguridad de los pacientes.

Objetivos:

Mejorar la preparación realizada desde urgencias del paciente para cirugía urgente.
Reducir complicaciones derivadas de una mala práctica.

Metodología:

Estudio retrospectivo en dos fases con una intervención entre ambas.

En la primera fase se seleccionarán 100 casos de pacientes intervenidos de urgencia antes de su ingreso en planta. La fuente de datos para obtener información será la historia clínica de los pacientes. El análisis de la información incluye antibiótico utilizado y momento de aplicación del mismo, registro de preparación del paciente y su historia, existencia de preoperatorio completo, consentimiento informado, y existencia de complicaciones postoperatorias incluyendo infección de herida quirúrgica..Posteriormente: previamente a la realización de la intervención, se cambiará el sistema de preparación de la piel,

sustituyendo la actual rasuradora manual por una eléctrica, se realizará una nueva hoja de check list para comprobar que la preparación es correcta y la identificación está asegurada.

Estas acciones se reforzarán con sesiones formativas recordando la importancia de la correcta identificación para evitar cirugía en paciente o sitio equivocado, infección de herida quirúrgica y además para presentar las nuevas herramientas.

En una segunda fase se volverán a analizar retrospectivamente 100 casos de pacientes intervenidos tras las actividades de mejora.

Productos a presentar:

Informe del desarrollo y resultados del estudio.
Presentación de resultados en congreso de calidad.
Presentación de nueva hoja de check list.

Director del proyecto:

Julián Alcaraz Martínez. Médico adjunto del servicio de Urgencias. Coordinador de calidad asistencial del hospital. Presidente de la unidad funcional para seguridad del paciente.

Proyecto presentado: Mejora de la calidad del proceso anestésico-quirúrgico y la seguridad del paciente. Implantación del uso del ecógrafo por el anestesista para la localización de nervios en la realización del bloqueo locoregional

Análisis de situación:

La práctica de la anestesia regional se ha basado hasta hace 16 años en la localización de las estructuras nerviosas gracias a referencias anatómicas, a partir de las cuales, mediante distancias, líneas y ángulos más o menos acertados, se localizaba el punto de punción. A continuación avanzando «a ciegas», se localizaba el tejido nervioso gracias a la sensibilidad del anestesiólogo al atravesar las diferentes estructuras, por ejemplo apreciando el «click» al atravesar la aponeurosis, o bien mediante la producción de parestesias.

La ecografía ofrece una visión directa, dinámica y en tiempo real, permitiendo localizar con total exactitud las estructuras nerviosas y zonas vecinas, la difusión del anestésico y la localización de la aguja de punción, principalmente de su punta. A diferencia de los abordajes clásicos del plexo, cuyo punto de punción se basa en referencias anatómicas de superficie, el punto de punción usando el ecógrafo vendrá determinado por la imagen ecográfica obtenida en el monitor. La imagen deberá reflejar el encuadre que ofrezca la mejor visión del plexo y estructuras vecinas, permitiendo el avance de la aguja por una trayectoria libre de obstáculos óseos y que no atravesase estructuras potencialmente peligrosas (paquetes vasculonerviosos, pleura, peritoneo, intraneural).

Según estudios ya publicados, sus autores consiguen gracias al uso del ecógrafo una eficacia del bloqueo anestésico en un 95%, usando dosis comprendidas entre 30 y 40 mL de bupivacaína al 0,5%, lidocaína al 2% o mezcla de ambas. Debemos tener en cuenta que la toxicidad del anestésico local viene determinada por varios factores, siendo uno de ellos la dosis total administrada, y por lo tanto cuanto menor sea, ofrecerá al menos un mayor margen de seguridad al paciente.

Objetivos:

Objetivo principal: Mejorar la anestesia loco regional a través del uso del ecógrafo facilitando la localización del nervio.

Objetivos secundarios:

1. Disminuir mediante el uso de ecógrafo al realizar los bloqueos el número de punciones que se realizan hasta conseguir localizar el nervio y por tanto las molestias del paciente.

2. Disminuir la posibilidad de punciones accidentales del nervio así como de las estructuras adyacentes (vasos, etc).

3. Conseguir analgesia postoperatoria sin necesidad de usar analgésicos intravenosos.

4. Disminuir el tiempo de estancia hospitalaria al disminuir las complicaciones.

Mejorar la calidad de la asistencia dada al paciente al tener que realizar menos punciones para localizar el nervio (la visión con ecógrafo de las estructuras nerviosas reduce considerablemente el número de punciones).

5. Reducir las dosis de anestésico local empleado (recordemos que la toxicidad está relacionada con la dosis)

Metodología:

Aplicación de una encuesta, 24h después de ser anestesiados, a los pacientes de servicio de traumatología. Criterios de inclusión: pacientes ASA I y II (pacientes sin enfermedades asociadas o enfermedades crónicas controladas), edad entre 18 y 70 años, intervenidos quirúrgicamente en las 24 h previas, en quirófano programado y en régimen de cirugía con ingreso.

Se evaluará: la reducción del dolor percibido por el paciente durante el bloqueo bajo visión ecográfica mediante la EVA (escala de valoración del dolor que asigna una puntuación mínima de «0» al «no dolor» y «10» al «máximo dolor imaginable») en comparación cuando no se realiza con ecógrafo, las parestesias durante la realización del bloqueo mediante escalas de dolor neuropático Lanss, Evaluación del bloqueo motor y analgesia de la extremidad dormida, Evaluación del tiempo de analgesia postoperatorio en comparación con los pacientes que no recibieron analgesia locorregional con ecógrafo, así como la ausencia de analgesia de rescate durante las primeras 24 horas del postoperatorio y Medición de la satisfacción tras la intervención.

Posteriormente se realizará el análisis de los datos con la elaboración de las conclusiones.

Productos a presentar.

Informe de resultados del estudio.

Informe sobre cursos y talleres dirigidos a profesionales sobre el uso del ecógrafo en el bloqueo nervioso locorregional.

Elaboración de Vídeos y dípticos explicativos dirigidos a pacientes.

Director del proyecto:

Dr. Enrique Rubio Gil. F. E. A. en Anestesiología. Hospital General Reina Sofía Murcia.

Proyecto presentado: Implantación de «la visita postanestésica» para mejorar la calidad del proceso anestésico-quirúrgico y la seguridad del paciente

Un alto porcentaje de efectos adversos en el estudio ENEAS están relacionados con algún procedimiento, de los que el 31,7 son evitables. Sin embargo, la única posibilidad de corregir un error que potencialmente puede causar un daño al paciente, es conocerlo de antemano y ponerle «remedio»; también es imprescindible la auto evaluación continua de nuestra actividad, es decir, saber lo que ya hemos hecho, y cuáles han sido sus consecuencias.

A día de hoy, la mayoría de los hospitales de nuestra región, no cuentan con la visita postanestésica. Gracias a ella, por un lado, tendríamos conocimiento de hechos tan importantes como el dolor postoperatorio, incidencia de efectos adversos relacionados con la anestesia (náuseas, vómitos, cefaleas postanestesia espinal...), información sobre alergias a fármacos, informes de eventos que deben ser tenidos en cuenta en futuras anestесias (tales como una intubación difícil o imposible) que incluso podrían salvar la vida de ese enfermo; de otra parte podemos determinar el conocimiento de los pacientes sobre su anestesiólogo, ya que de una forma generalizada, el anestesiólogo es un especialista

de la medicina que es poco reconocido, del cual se desconocen sus actividades principales. Se podría, además, evaluar la opinión subjetiva sobre la visita preanestésica, la información que dispone el paciente acerca del procedimiento a que se va a someter, sus temores y el grado de satisfacción con la atención y el servicio recibido.

Objetivos:

Implantar la visita postanestésica hospitalaria para mejorar la calidad del proceso anestésico-quirúrgico.

Conocer mediante la visita postanestésica los efectos no deseados derivados del acto anestésico.

Mejorar la relación medico-paciente facilitando información y aclarando las dudas surgidas respecto a la anestesia practicada el día previo.

Dar a conocer la figura del anestesiólogo y sus funciones.

Metodología:

Estudio observacional y retrospectivo mediante encuesta de opinión, 24h después de ser operados, a los pacientes de un servicio quirúrgico determinado. Criterios de inclusión: pacientes ASA I y II entre 18 y 70 años, intervenidos quirúrgicamente en las 24 h previas, en quirófano programado y en régimen de cirugía con ingreso. En el momento de hacer la encuesta, el enfermo estará en planta, reanimación o CMA. Registro de datos mediante encuesta. Las variables a estudiar: Evaluación del dolor percibido por el paciente mediante la EVA, registro de eventos adversos, incidencia de cefaleas post-punción dural, Ítems relacionados con la falta o incomprensión de información referida al proceso y satisfacción con el proceso.

Productos a presentar:

Informe final que incluye:

Aplicación y resultados de la encuesta.

Oportunidades de mejora del servicio de Anestesiología.

Protocolo de visita «postanestesia»

Director del proyecto:

Dra. M.^a Ángeles Rodríguez Navarro. F. E. A. en Anestesiología.

2. *Prevenir errores debidos a la medicación*

Los acontecimientos adversos por medicamentos prevenibles, constituyen en la actualidad un grave problema de salud pública, con importantes repercusiones desde un punto de vista humano, asistencial y económico.

Este hecho ha sido constatado en el estudio ENEAS, cuyos hallazgos indican que un 37,4% de los acontecimientos adversos detectados en pacientes ingresados están causados por medicamentos. Según el estudio APEAS de atención primaria el 47,8% de los eventos adversos estuvieron relacionados con la medicación.

Proyecto presentado la información al paciente oncológico elemento básico para la seguridad y la eficacia de los tratamientos

Objetivos:

Estandarizar y resumir la información técnica necesaria sobre medicamentos citostáticos para la administración segura de los mismos por parte de personal de enfermería, así como para la monitorización de los efectos adversos por parte de los profesionales implicados y por parte del propio paciente.

Proporcionar a los pacientes oncohematológicos información validada, estandarizada y suficiente sobre su tratamiento de quimioterapia durante el proceso de asistencia en hospital de día.

Proporcionar, a los pacientes, información y formación suficiente para conseguir una adecuada adherencia y el uso seguro de la quimioterapia oral y la medicación complementaria en el medio ambulatorio.

Implicar al paciente en la consecución de los objetivos terapéuticos a través de la detección precoz de incidentes y efectos secundarios de su tratamiento o de la técnica de administración.

Metodología:

Se constituirá un grupo de trabajo formado por farmacéuticos, oncólogos y personal de enfermería para elaborar documentos individualizados por medicamento citostático, que resuma los aspectos técnicos y de información suficientes para su correcta administración por parte del personal de enfermería, los efectos secundarios más frecuentes y/o relevantes, las recomendaciones de monitorización y seguimiento para prevenirlos y la información mínima que se debe proporcionar al paciente sobre su tratamiento, elaborar material escrito y/o audiovisual necesario para la información de pacientes que refuerce la información oral proporcionada y elaborar un documento informado firmado por el paciente donde quedará registrado que ha recibido y comprendido la información sobre los aspectos establecidos relevantes sobre su quimioterapia antes, durante y después de su administración de la misma.

El grupo de trabajo multidisciplinar realizará las tareas de selección de los treinta medicamentos citostáticos que de manera habitual forman parte de los esquemas de quimioterapia de uso común en el Hospital de Día, diseño del documento estandarizado para la recogida de información, búsqueda y análisis de información entre las bases de datos seleccionadas, consenso sobre la información relevante, realización de los documentos necesarios con formato estándar, realización de los materiales de información a paciente, incorporación de los materiales diseñados a la práctica asistencial, y puesta en marcha de la sistemática de información a pacientes, diseño de documento de registro firmado por el paciente que ratifica que recibe y entiende la información que se le proporciona y evaluación del cumplimiento del protocolo de información a pacientes.

Productos a presentar:

Fichas de resumen de características técnicas más importantes para la administración y seguimiento de la toxicidad de los 30 citostáticos de prescripción más frecuente en nuestro hospital.

Material diseñado para información sobre su tratamiento a pacientes con quimioterapia.

Informe de los resultados del estudio piloto de evaluación del cumplimiento del protocolo, recién establecido, para la información a pacientes con quimioterapia en el Hospital de Día.

Director del proyecto:

Josefa León Villar. Farmacéutica responsable del Área de Oncohematología. Servicio de Farmacia. Hospital Morales Meseguer (Murcia).

Proyecto presentado análisis de los ordenes verbales de tratamiento realizadas por los médicos de una unidad de cuidados intensivos

Objetivos:

Analizar cuantas ordenes verbales de tratamiento se realizan en una UCI y si se cumplen los criterios de correcta utilización para garantizar la seguridad de los pacientes.

Diseñar un protocolo de ordenes verbales de tratamiento.

Diseñar un ciclo de mejora para comprobar si disminuye las ordenes verbales o bien si se realizan de forma correcta.

Metodología:

Primera fase: Estudio observacional realizado en la UCI polivalente del Hospital General Universitario Morales durante 2 meses. La recogida de datos será realizada por personal de enfermería seleccionado para el trabajo. El trabajo se realizará mediante cegamiento tanto para los médicos de la Unidad como para el personal de enfermería que no forma parte del equipo investigador. Cuando un médico dé una orden verbal bien a la enfermera/o del estudio o a otra enfermera (estando presente la enfermera investigadora) se registrarán una serie de variables.

Posteriormente, durante 1 mes se realizará un ciclo de mejora para intentar mejorar la calidad de las órdenes verbales de tratamiento en UCI. Para ello, se elaborará un protocolo clínico de Órdenes Verbales de Tratamiento por parte un grupo de trabajo formado previamente. Se comunicarán al personal, los resultados de la primera fase y el protocolo elaborado, haciéndose hincapié en la importancia de una correcta utilización para la mejora de la seguridad del paciente.

Segunda fase. Tras el ciclo de mejora, a la semana siguiente se procederá, con una metodología similar a la de la primera fase, a recoger de nuevo con el cegamiento del personal de enfermería y médico, un mismo número de órdenes verbales. Se realizará una Comparación entre los resultados de la primera y segunda fase.

Productos a presentar:

Memoria del proyecto de Investigación.

Director del proyecto:

Andrés Carrillo Alcaraz. Médico adjunto de Medicina Intensiva, Coordinador de Docencia y miembro de la Unidad Funcional de Seguridad del Paciente del Hospital Morales Meseguer.

Proyecto presentado programa de conciliación de la medicación: proyecto de adecuación y control del tratamiento médico habitual al ingreso y al alta en medicina interna

La información de los pacientes al alta, es muy importante, la mayoría de los pacientes desconocen aspectos relevantes de su medicación y en general son reacios a preguntar sobre ella. Si en el momento del alta no se le da ninguna información sobre los cambios que se han producido en su medicación habitual, la gran mayoría de los pacientes no preguntará a cerca de ellos. Todo esto pone en evidencia el gran desconocimiento que los pacientes tienen sobre su medicación y cuya principal consecuencia son los errores de medicación por un uso incorrecto de los fármacos. Proporcionar al paciente información al alta sobre su tratamiento, evita problemas de medicación cuando el paciente cambia de nivel asistencial.

Objetivos:

Llevar a cabo el proceso de conciliación de la medicación, en pacientes que ingresan en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Morales Meseguer.

Garantizar que los pacientes reciban todos los medicamentos necesarios que estaban tomando previamente asegurándose que están prescritos en la dosis, la vía y la frecuencia correcta y que son adecuados a la situación del paciente y la nueva prescripción realizada en el hospital.

Detectar, los cambios de medicación realizados durante el ingreso hospitalario, previniendo problemas relacionados con la medicación (PRM).

Proporcionar una adecuada información al alta de forma oral y escrita, de la medicación.

Metodología:

Se diseñará un protocolo específico para la conciliación de la medicación.

Se realizará un Estudio observacional descriptivo.

Los criterios de selección de los pacientes serán: pacientes mayores de 60 años, ingresados en el Servicio de Medicina Interna, dos enfermedades diferentes del diagnóstico principal que precisen tratamiento, con 3 o más fármacos prescritos, incluidos los fármacos nuevos al alta, sin acompañante o acompañados de personas mayores, de bajo nivel cultural. Se seleccionará a los pacientes después de una valoración general de estos criterios, no siendo necesario que el paciente cumpla todos los criterios.

Diseño de un formato normalizado de recogida de datos, en la que se recopilan las siguientes variables: datos demográficos del paciente, número de historia clínica, fecha de ingreso, diagnóstico, enfermedades subyacentes, posibles alergias o intolerancias, medicación domiciliaria, dosis, pauta posológica y vía de administración. También se recogen los datos relativos a la medicación sin recetas que pueda tomar la paciente, medicación de herbolario u otras. Así mismo, se registra si el paciente tiene algún problema de adherencia o intolerancia o algún otro problema relacionado con la medicación.

Revisión del tratamiento farmacológico al alta verificando que no hubiera ningún problema de alergia, dosis, vía, pauta posológica, duración del tratamiento, interacciones o duplicidades entre los distintos medicamentos.

Una vez comprobado con el médico el tratamiento definitivo, se procede a realizar un informe detallado de toda la medicación del paciente, tanto la ambulatoria como la nueva prescrita al alta, mediante el programa informático info-win®.

Para explicar el informe al paciente se realiza una segunda entrevista con el paciente, para explicar toda la información recopilada.

Productos a presentar.

Protocolo de conciliación de las terapias.

Informe del estudio desarrollado que incluya:

Número de pacientes en los que se ha llevado a cabo la conciliación: elaboración de un listado de medicación habitual, comparación con la medicación prescrita y análisis de discrepancias.

Validación de la medicación aportada por el paciente (comprobación que correspondía con el fármaco y dosis prescrita, integridad, caducidad adecuada y correcta identificación).

Análisis de las discrepancias encontradas entre la medicación habitual del paciente y la medicación al ingreso y de problemas relacionados con los medicamentos encontrados y analizados y evitados.

Clasificación de las intervenciones según eficacia o seguridad.

Número de pacientes a los que se les ha informado de su medicación mediante el programa INFOWIN®.

Director del proyecto:

M.^a Dolores Nájera Pérez. Farmacéutica, Servicio de Farmacia Hospital Morales Meseguer. Murcia.

Proyecto presentado: análisis de la prescripción de tratamiento y propuesta de mejora en una unidad de cuidados intensivos

Objetivos:

Analizar los formularios de tratamiento en una Unidad de Cuidados Intensivos y medir las siguientes características de las prescripciones: legibilidad, tratamientos incompletos, uso de abreviaturas y omisión/duplicación de medicación previa del paciente.

Introducir un modelo electrónico de formulario de tratamiento para el paciente en UCI que evite la escritura ilegible.

Elaborar un protocolo de confirmación de medicación recibida por el paciente en otras áreas asistenciales o que reciba en domicilio.

Identificar mejoras en la calidad de las prescripciones tras implementación del protocolo.

Metodología:

Primera fase: Se realizará un Estudio observacional en la UCI polivalente del Hospital General Universitario Morales durante 2 meses Selección de prescripciones: Las hojas de tratamiento serán seleccionadas mediante aleatorización simple entre las cumplimentadas durante el periodo de estudio. Debido a la posible variabilidad de la calidad en la prescripción entre los diferentes facultativos de la UCI, la aleatorización será realizada mediante estratificación por médico prescriptor.

Variables a estudiar: Nombre del médico, Hoja de tratamiento con líneas de tratamiento ilegible, Hoja de tratamiento con abreviatura prohibida, Hoja tratamiento con líneas incompleta, Número de líneas ilegibles por hoja de tratamiento, Numero de abreviaturas prohibidas por hoja de tratamiento, Número de líneas incompletas por hoja de tratamiento, Tipo de abreviaturas prohibida, omisión errónea de tratamiento previo, Inadecuación de la programación de tratamiento previo.

Segunda fase: Ciclo de Mejora, para intentar mejorar la calidad de la prescripción del tratamiento en UCI mediante:

Elaboración y utilización de una hoja de tratamiento electrónica disponible en todos los ordenadores de la UCI que deberá tener en cada una de las líneas de tratamiento un apartado para el fármaco, dosis, unidad e intervalo de dosis perfectamente claro y obligatorio de rellenar,

Realización de sesiones para médicos y enfermería comunicando los resultados de la primera fase, haciéndose hincapié en la importancia de una correcta prescripción para la mejoría de la seguridad del paciente.

Creación de un listado de abreviaturas prohibidas, colocándose además en cada uno de los ordenadores de la UCI y en el tablón de noticias de la UCI.

Tercera fase para recoger de nuevo hojas de tratamiento, con una metodología similar a la de la primera fase, para analizar las mismas variables. Se realizará una Comparación entre los resultados de la primera y tercera fase.

Productos a presentar:

Memoria del proyecto de Investigación.

Informe del desarrollo y resultados del proceso de mejora.

Director del proyecto:

Andrés Carrillo Alcaraz. Medico adjunto de Medicina Intensiva, Coordinador de Docencia y miembro de la Unidad Funcional de Seguridad del Paciente del Hospital Morales Meseguer.

3. *Prácticas seguras y de calidad en cuidados paliativos*

Proyectos de mejora dirigidos a implementar «soluciones para la seguridad»:

A. Evitar el encarnizamiento terapéutico.

Proyecto presentado: La vida como fenómeno biológico limitado: el rechazo a los tratamientos fútiles

Objetivos:

Ahondar en la formación ética y deontológica de los profesionales sanitarios.

Profundizar en las habilidades de comunicación.

Difundir la existencia de un registro de instrucciones previas.

Metodología:

Proyecto de intervención formativa e informativa que se desarrollará en tres etapas:

1. Valoración de la percepción de los sanitarios sobre la actitud ante la muerte, mediante la utilización de una escala de ansiedad ante la muerte.

2. Formación de los profesionales sanitarios, haciendo especial hincapié en trabajadores del servicio de urgencias y residentes, para profundizar en las habilidades de comunicación y en las destrezas para resolver, previa ponderada valoración de toda una serie de factores, de entre los que cabe destacar: la situación clínica y crítica del enfermo, el pronóstico médico, las expectativas de vida, digna de ser vivida, según su criterio, las posibilidades y alternativas de abordaje y tratamiento, los deseos y valores del paciente. Su capacidad y madurez mental, para discernir y optar entre las posibles alternativas. Esta actuación se llevará a cabo mediante la realización de un curso sobre «Ética de la Contención: limitación del esfuerzo terapéutico».

3. Divulgación dirigida al público en general, pacientes y familiares para fomentar la aceptación de las últimas etapas de la vida. Para ello se desarrollarán vídeos informativos, carteles, trípticos para entregar en charlas informativas que se dirigirán a familiares, pacientes ingresados, etc.

Productos a presentar:

Informe de resultados del proyecto que incluya:

La Evaluación y difusión de resultados del cuestionario por Gestor de noticias.

Programa y evaluación del curso sobre «Ética de la Contención: limitación del esfuerzo terapéutico».

Vídeos divulgativos, Carteles y Trípticos elaborados.

Director del proyecto:

Ascensión Sánchez Martínez. Responsable de Gestión del Riesgo Sanitario. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

Proyecto presentado: Las Instrucciones Previas como instrumento de mejora en la comunicación entre profesionales y el paciente crónico y/o terminal

Objetivos:

Formar a los profesionales sanitarios de los Equipos de Cuidados Paliativos para que conozcan la normativa sobre las Instrucciones Previas (IP) de la Región de Murcia.

Formar al personal facultativo que atiende las Unidades de Cuidados Paliativos de la Región de Murcia, en el conocimiento del REMIPSAN y el acceso telemático al mismo, incrementando el número de facultativos para acceder al registro.

Poner a disposición de pacientes y familiares la documentación necesaria para el registro de IP y verificar si en las Unidades de Cuidados Paliativos, se puede consultar la documentación de las instrucciones previas, mediante los circuitos formados por el personal facultativo (cliente), redes telemáticas (demanda de consulta por conexión con el registro REMIP) y emisión de una copia del documento de instrucciones previas.

Metodología:

Se basará en la gestión por procesos. Los subprocesos seleccionados para el Proyecto son: formación de los Profesionales, acreditación de los facultativos para el acceso telemático al REMIP, creación de un circuito de disponibilidad de la documentación para la realización de I.P. en Atención Primaria, consulta de los facultativos de Cuidados Paliativos al REMIP, inscripción de los Documentos de Instrucciones Previas.

Es un estudio descriptivo, transversal. La Fuente de datos será la Hoja de recogida de los datos de las variables del estudio. Población diana: profesionales sanitarios que atienden a los pacientes en las Unidades de Cuidados Paliativos de la Región de Murcia, actualmente integradas en Atención Primaria. Las Variables más importantes que se deben recoger son: Formación (número de horas de docencia, número de profesionales sanitarios que han asistido), Perfil de los profesionales sanitarios (edad, sexo, años de antigüedad) Área de Salud, Unidades de cuidados paliativos y Perfil de las personas que han inscrito un documento de IP (edad, sexo, creencias religiosas, residencia).

Los Indicadores de medición:

Porcentaje de Unidades de Cuidados Paliativos, en los que se dispone de la documentación estandarizada para que el paciente exprese sus últimas voluntades si así lo requiere.

Porcentaje de facultativos que han solicitado acreditarse para consultar el REMIP.

Porcentaje de facultativos ya acreditados que han realizado el acceso al REMIP.

Porcentaje de facultativos ya acreditados que han observado deficiencias o limitaciones en el acceso al REMIP, Frecuencias absolutas y porcentaje del personal sanitario que ha recibido formación en materia de documentación y acceso a las redes telemáticas del REMIP, Tasas de instrucciones previas realizadas, durante el estudio, desagregada por áreas y por cada 100.000 habitantes. El personal sanitario contratado en coordinación con los responsables del REMIP de la Consejería de Sanidad efectuará en las unidades de cuidados paliativos la correspondiente docencia relacionada con las IP y su registro.

Productos a presentar: Elaboración informe con el desarrollo y resultados del proyecto.

Directores del proyecto:

María Jesús Martínez López. Jefe de Servicio de Acreditación Sanitaria y Calidad Asistencial (2004-2008). Jefe del Registro Murciano de Instrucciones Previas (2006-2008).

Elias Fernández Herráez Responsable de Autorización y Registro. Servicio de Ordenación, Acreditación Sanitaria y Calidad Asistencial (2006-2008). Consejería de Sanidad de Murcia.

4. *Desarrollar unidades o grupos de trabajo específicos en calidad que permitan promover una estrategia unificada en seguridad de pacientes en la comunidad autónoma*

Proyecto presentado: favorecer la formación de unidades de gestión de riesgos en medicina de familia y atención primaria

La Gerencia de Atención Primaria de Murcia participará en el análisis de situación respecto a los indicadores propuestos por el «Proyecto de Investigación Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia, para Implantar y Mejorar Prácticas de Calidad para la Seguridad de los pacientes». Indudablemente para alcanzar este objetivo una de las medidas fundamentales debe ser la de dar formación a los profesionales sanitarios sobre la Seguridad de los pacientes, sobre el gran capítulo de los errores clínicos y específicamente sobre los errores médicos. El formar a los especialistas desde el principio de su periodo de formación especializada en unas competencias prioritarias y en unos aspectos concretos de su ejercicio profesional va a impregnar todo su desarrollo posterior.

Objetivos:

Prevenir los errores clínicos entre los Médicos de Familia y otros profesionales de la salud.

Paliar los efectos y las consecuencias del error clínico cuando se produce.

Instaurar actividades de evaluación y mejora de la calidad en relación a los errores clínicos.

Introducir estos conocimientos, habilidades y actitudes de forma precoz en la formación reglada de postgrado de los médicos de familia.

Formar a los profesionales de la salud en esta área dentro de las actividades de formación continuada y desarrollo profesional continuo.

Metodología:

i) En una primera fase.

a) Formativas:

Talleres de formación dirigidos a residentes de medicina familiar y comunitaria – incluidos en su programa formativo reglado.

Talleres de formación continuada dirigidos a todos los profesionales de la salud de la gerencia de atención primaria de Murcia.

- ii) En una segunda fase.
- b) actividades de evaluación y mejora de la calidad sobre errores clínicos.
- c) proyectos y trabajos de investigación sobre los errores clínicos en nuestro medio.

Productos a presentar:

Documentos e informes elaborados.
Material didáctico elaborado.
Material de apoyo utilizado, documentación y bibliografía.
Evaluaciones de las actividades formativas realizadas.
Documentos de las actividades de evaluación y mejora diseñadas.
Evaluaciones de satisfacción de los implicados.

Director del proyecto:

José Saura Llamas. Técnico de Salud de la Unidad Docente de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia.

B. Talleres y Seminarios básicos de sensibilización.

Proyecto presentado: Plan de formación en cultura de seguridad para grupos de trabajo en medicina intensiva

La gestión del riesgo asistencial ha llevado en los últimos años a la búsqueda de estrategias que permitan reducir la probabilidad de que ocurran acontecimientos adversos (AA) y mejorar la seguridad del enfermo. Para ello es necesario actuaciones coordinadas a diferentes niveles, implicando a todos los grupos de interés y dirigidas a todo el sistema. Por este motivo diferentes organismos han puesto de manifiesto la importancia y magnitud del problema, implantándose políticas internacionales con el objetivo preciso de reducir el número de errores en el sistema sanitario.

Entre las acciones propuestas se contempla la formación del personal sanitario en seguridad del paciente el Grupo de Trabajo de Planificación, Organización y Gestión (GTPOG) de la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC) en el marco del Proyecto SYREC, contempla entre sus objetivos, iniciar actividades formativas orientadas a mejorar la cultura de seguridad en los SMI. Una vez iniciado el proceso de formación en seguridad en el paciente crítico creemos necesario implicar y formar a todo los profesionales de este Servicio para conocer nuestros errores, aprender de ellos, crear nuevos planes de trabajo y a su vez participar en la creación de un sistema de notificación de efectos adversos al amparo del proyecto SYREC de la SEMICYUC.

Objetivos:

- Fomentar la cultura de los profesionales sobre la seguridad del enfermo crítico.
- Proporcionar formación específica a los profesionales de intensivos en relación a la seguridad del enfermo crítico.
- Capacitar a los profesionales del enfermo crítico para conocer y aprender de los errores.
- Promover la comunicación de los incidentes y acontecimientos adversos.
- Impulsar políticas de gestión de riesgos.
- Impartir formación básica al mayor número de profesionales de los SMI.
- Analizar la comunicación de los acontecimientos adversos a los enfermos y sus familiares.
- Establecer el grado de conocimiento y la percepción que de los acontecimientos adversos tienen los familiares y pacientes.

Metodología:

Ámbito del proyecto:

El proyecto se realizará en el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia está dirigido a los profesionales sanitarios del Servicio de Medicina Intensiva. El proyecto de intervención formativa e informativa se desarrollará en tres etapas:

Análisis de situación y contexto, formación de los profesionales sanitarios del SMI. Se realizara mediante la impartición de talleres de formación básica en seguridad en paciente crítico mediante material del proyecto SYREC, aplicación de conocimientos adquiridos: Identificación, análisis y evaluación de riesgos en mejora de la seguridad del paciente crítico y creación de un sistema de notificación de acontecimientos adversos propio integrado en el proyecto SYREC.

Productos a presentar:

Informe de Evaluación de los Contenidos impartidos, de los conocimientos obtenidos y de los resultados obtenidos y de la satisfacción de las actividades formativas.

Impreso de notificación de acontecimientos adversos.

Protocolos y medidas tras análisis de resultados.

Boletines u otros métodos de notificación de resultados.

Directores del proyecto:

María Jesús Gómez Ramos. Facultativo Especialista de Area de Medicina Intensiva. Instructor en seguridad crítica (CASAREC) avalado por el SEAFORMEC (Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada). Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

Miguel M. Cevidanes Lara. Diplomado de Enfermería en Medicina Intensiva. Instructor en seguridad crítica (CASAREC) avalado por el SEAFORMEC (Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada). Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.