



Foto: Leading a culture of safety: a blueprint for succes.Recuperado oct 2017.

VISION CERO DAÑO: paciente seguro, sistemas seguros

Constanza Ferdinand O.

EM Mg Metodología de Calidad y Seguridad Asistencial

UAB- España

En qué estamos hoy?



Foto: Leading a culture of safety: a blueprint for succes. Recuperado oct 2017.

Errar es humano:1999

Muertes de 44.000 a 98.000
pacientes al año

Datos actuales: 200.000
muertes al año (James 2013)

Así cuando un miembro del
equipo de salud se ve
involucrado en un evento
también se ve dañado;. es
devastador no solo para el
paciente sino para el equipo
médico o clínico





Nacional

Martes 13 junio de 2017 | Publicado a las 16:55

Investigan presunta negligencia médica por muerte de paciente en hospital de Valdivia





QUÉ HACEMOS ENTONCES?

...SEGUIR ESPERANDO??



- ✓ ESTRATEGIA → **PREVENCIÓN**
 - ✓ CADA EVENTO ES PREVENIBLE!
 - ✓ NADIE QUIERE HACER DAÑO Y NADIE QUIERE SER DAÑADO
-



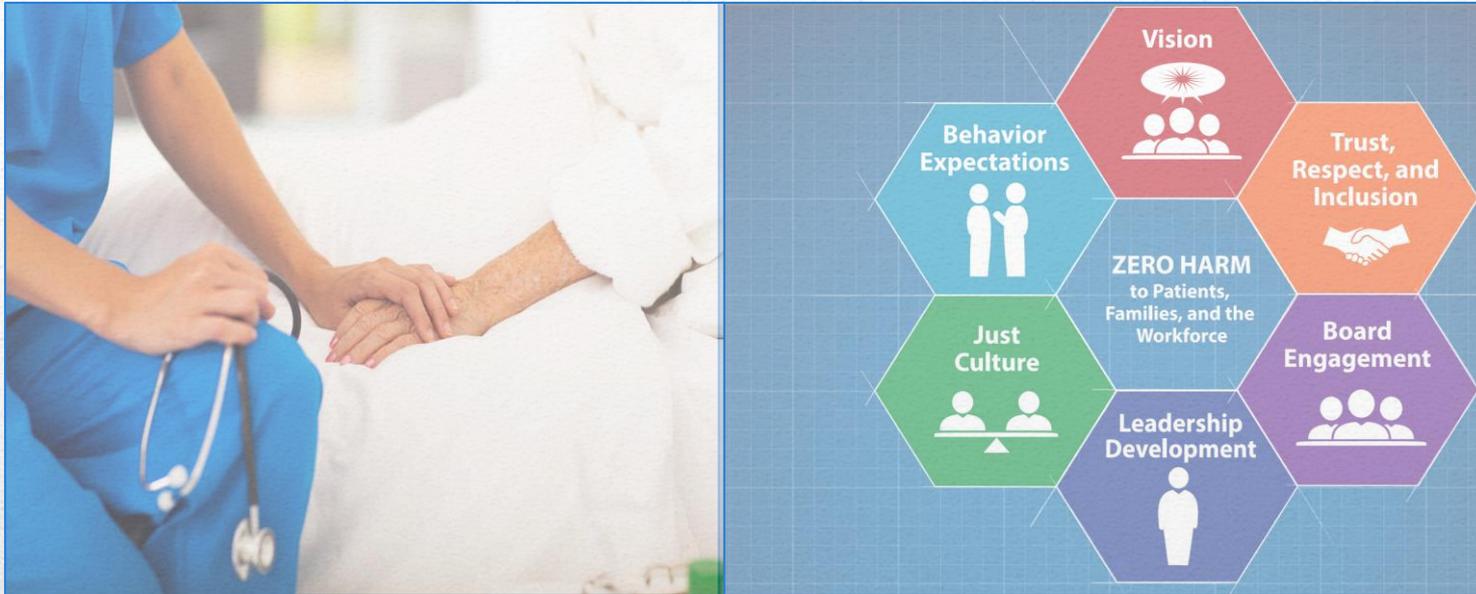
IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIA:

AMFE



El "Análisis de Modos de Fallos y Efectos" (AMFE) es una herramienta de análisis de de los aspectos críticos en un proceso asistencial y permite la identificación de posibles acciones de mejora para reducir el riesgo de accidentes.

OBJETIVO



- Identificar y priorizar modos de fallo potenciales ("a priori") basándose en la experiencia previa en procesos similares.
 - En la atención clínica normalmente se realiza en procesos que ya se están llevando a cabo.
-



proactivo

sistemático

participativo

Ayuda de
priorización

Fases:

1. Definir el proceso / producto a estudiar
2. Formación del equipo
3. Describir el proceso
4. Realizar el análisis:
 - ❖ Listado de modos de fallo
 - ❖ Identificar causas
 - ❖ Valoración de la gravedad, frecuencia y capacidad de detección
 - ❖ Cálculo del IPR
5. Propuesta de acciones de mejora
6. Reevaluación



ORIGINAL ARTICLE

Health care failure mode and effect analysis: a useful proactive risk analysis in a pediatric oncology ward

C M van Tilburg, I P Leistikow, C M A Rademaker, M B Bierings, A T H van Dijk

See end of article for authors' affiliations

Correspondence to: C M van Tilburg MD, University Medical Center Utrecht, KC.03.063.0, P O Box 85090, 3508 AB Utrecht, The Netherlands; C.M.vanTilburg@umcutrecht.nl

Accepted for publication 22 November 2005

Background: Pediatric inpatient se study was to investigate whether th proactive method to evaluate circ administration of chemotherapy (vi **Methods:** A multidisciplinary team patient's parent was assembled in system. A flow diagram of the p evaluated using a hazard scoring r recommendations had to be made **Results:** The process was divided i administration. Fourteen out of 61 l covered by current protocols. For t additional recommendations were implemented by the hospital mar 140 man-hours. **Conclusions:** The systematic appr detecting failure modes. A patient c

Health Care Failure Mode and Effect Analysis to Reduce NICU Line-Associated Bloodstream Infections

AUTHORS: Celeste J. Chandonnet, RN, BSN, CCRN,^{a,b} Prerna S. Kahlon, BDS, MPAH, CPHQ,^c Pratik Rachh, MD, MBA, CQPA, CPHQ,^d Michele DeGrazia, PhD, RN, NNP-BC,^{a,b,e} Eileen C. DeWitt, RNC, MS, NNP-BC,^{a,b} Kathleen A. Flaherty, MT(ASCP), BS, CIC,^{a,b} Nadine Spiegel, RN, BSN, CCRN,^{a,b} Stephanie Packard, RN, BSN, CCRN,^{a,b} Denise Casey, MS, RN, CCRN, CPNP,^{a,b} Christine Rachwal, MSN, RN, CCRN,^{a,b} and Pankaj B. Agrawal, MD, MMSC^{a,c,e}

^aDivision of Newborn Medicine, Departments of ^bNursing, and ^cMedicine, Boston Children's Hospital, Boston, Massachusetts; ^dDepartment of Quality and Safety, Massachusetts General Hospital, Boston, Massachusetts; and ^eHarvard Medical School, Boston, Massachusetts

KEY WORDS

health care failure mode and effect analysis, central line-associated blood stream infections, NICU

ABBREVIATIONS

CLABSI—central line-associated blood stream infections
CVC—central venous catheter
HFMEA—health care failure mode and effect analysis
IPN—infection prevention nurse
NHSN—National Healthcare Safety Network
QI—quality improvement
RCA—root cause analysis
TPN—total parenteral nutrition

Ms Chandonnet and Dr Kahlon contributed equally to this work.

(Continued on last page)

abstract

OBJECTIVE: Central line-associated bloodstream infections (CLABSIs) in NICU result in increased mortality, morbidity, and length of stay. Our NICU experienced an increase in the number of CLABSIs over a 2-year period. We sought to reduce risks for CLABSIs using health care failure mode and effect analysis (HFMEA) by analyzing central line insertion, maintenance, and removal practices.

METHODS: A multidisciplinary team was assembled that included clinicians from nursing, neonatology, surgery, infection prevention, pharmacy, and quality management. Between March and October 2011, the team completed the HFMEA process and implemented action plans that included reeducation, practice changes, auditing, and outcome measures.

RESULTS: The HFMEA identified 5 common failure modes that contribute to the development of CLABSIs. These included contamination, sub-optimal environment of care, improper documentation and evaluation of central venous catheter dressing integrity, issues with equipment and suppliers, and lack of knowledge. Since implementing the appropriate action plans, the NICU has experienced a significant decrease in CLABSIs from 2.6 to 0.8 CLABSIs per 1000 line days.

CONCLUSIONS: The process of HFMEA helped reduce the CLABSI rate and reinforce the culture of continuous quality improvement and safety in the NICU. *Pediatrics* 2013;131:e1961–e1969

Trust,
respect, and
Inclusion



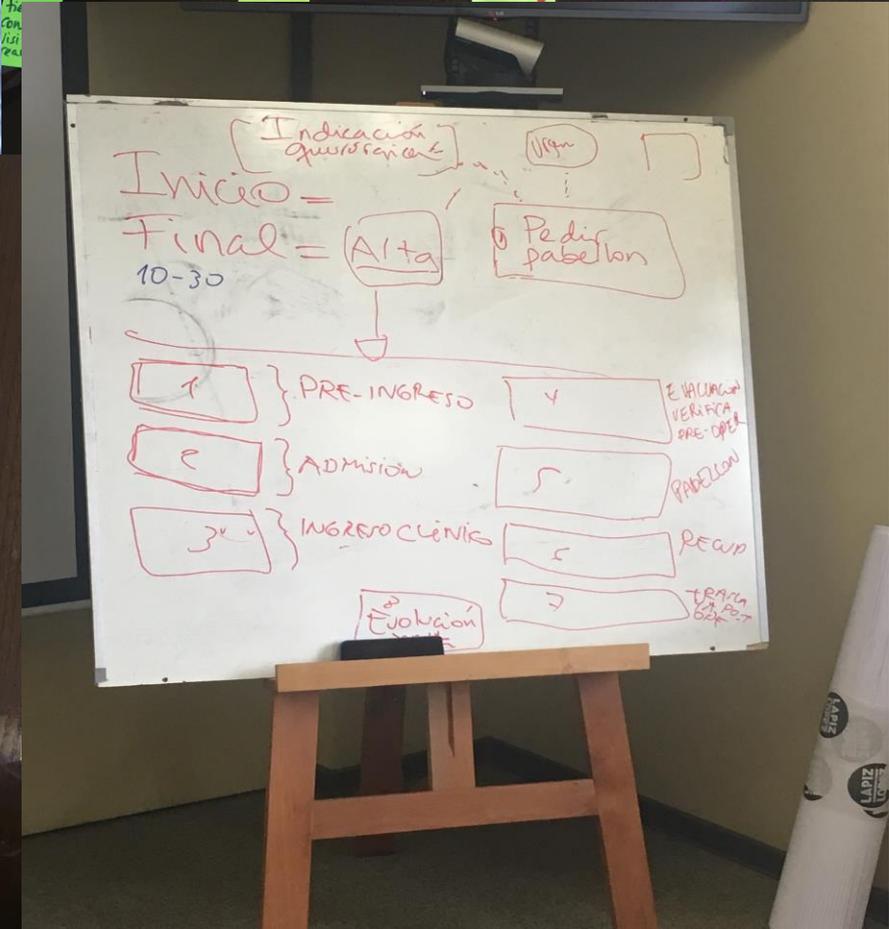
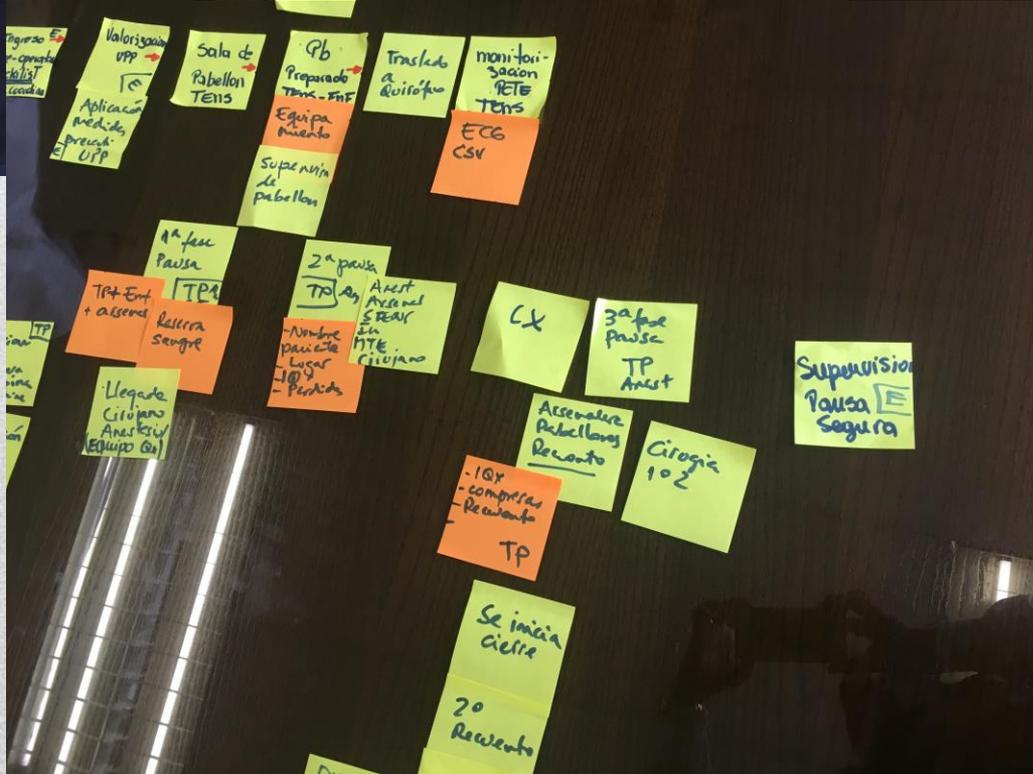
Board
gagement



En Chile...

se trabajó en una clinica privada la aplicación de AMFE en el proceso quirúrgico.

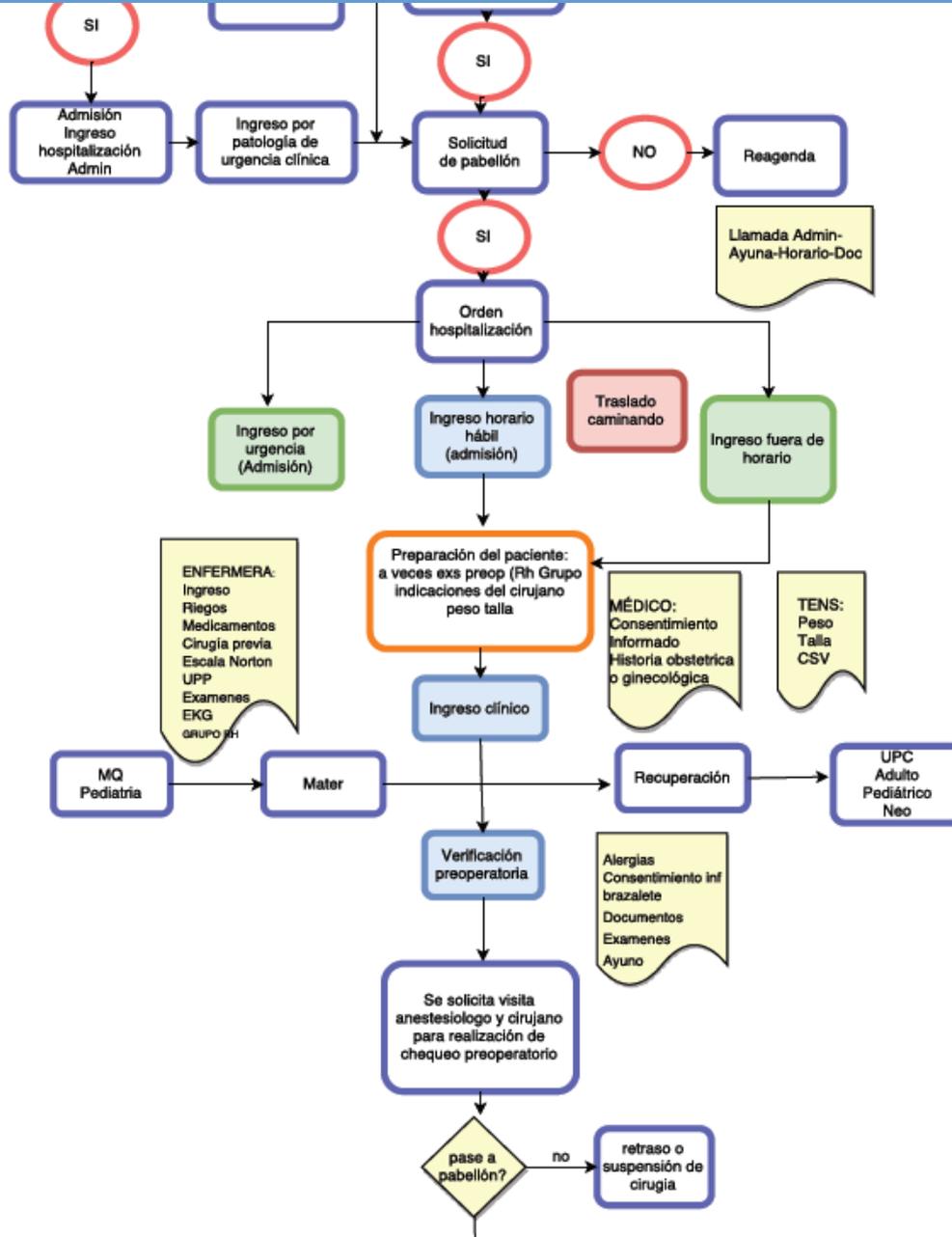




ADMISIÓN

INGRESO CLÍNICO

EVALUACIÓN PREOPERATORIA



Di Flujo

TABLA DE ANÁLISIS DE RIESGOS							
PASOS DEL PROCESO	POSIBLES FALLOS	POSIBLES CAUSAS	POSIBLES EFECTOS	PUNTUACION			
				IG	IA	ID	IPR
Admisión 42% de los pacientes operados , son médicos que atienden en los CM	Identificación errónea	Haya sido la id en la hoja de admisión No tenga documentación No se coloca brazaletes (sobretudo en urgencias) Confusión Urgencia del paciente	Retraso en la atención Retraso de la tabla Estrés del paciente y familiares Estrés del personal Dificultad para cambiar la identificación Potenciales	8	2	3	48
	Información inefectiva , inadecuada o no existente del call center	3 horas no ha sido suficiente procesos engorrosos retardos en admisión No coincidencia entre el cirujano y el call center Propio paciente llega tarde (porque le estamos es (el ingreso desde urgencias es muy lento)	Retardo en la atención Estrés generados Aumenta la probabilidad Patología de base (hipertensión) Suspensión Mayor posibilidades de errores	5	8	8	320
	No se realiza la evaluación preanestésica oportuna	Falta de concienciación de los cirujanos Tiempo de anestesista No se cobra	Suspensión Riesgo para el paciente de complicaciones Presencia de errores	10	8	8	640

PABELLON	No disponer insumos necesarios (en cantidad calidad)	Abastecimiento Instrumental Calidad Cantidad Falta de comunicación Inventario funcional	Retraso en la atención	10	2	8	160
	No se realiza la pausa preoperatoria No está presente todo el equipo	Las actitudes Poco interés Ya lo sabemos	Daño a paciente Errores	10	7	5	350
RECUPERACION	Errores antes situaciones de emergencia o complicaciones	Asignación de personal de menos experiencia Falta de adaptación a situaciones de emergencia		10	2	10	200
ALTA	Errores con el autocuidado y detección al alta	No se entrega suficiente información Tienen catéter Alta prevista No existe información por escrita Se le da información elaborada Falta de comprensión Mala letra de los médicos	Complicaciones no detectadas	9	7	10	630

Matriz AMFE

- ✓ Mejora de la calidad y seguridad del proceso.
- ✓ Identifica de manera precoz los problemas.
- ✓ Énfasis en la prevención y el enfoque del sistema.
- ✓ Permite reducir gastos y tiempo en los procesos.
- ✓ Catalizador del trabajo en equipo y el intercambio de ideas.

- ✓ Motivación del personal involucrado.
- ✓ Mejora la satisfacción del paciente
- ✓ Mejora la imagen y competitividad del centro.

Ventajas



LIDERAZGO

TRABAJO EN EQUIPO

COMUNICACIÓN

CLIMA DE SEGURIDAD

Cultura de Seguridad....



Muchas Gracias!

E.M Constanza Ferdinand Olivares

cferdinand@gmail.com

cferdina@uc.cl