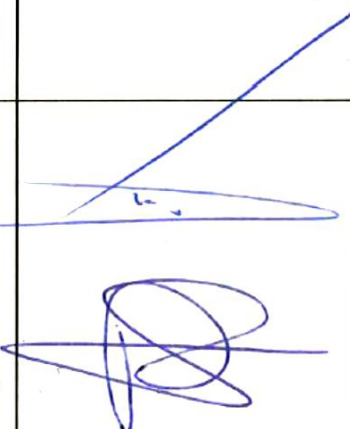
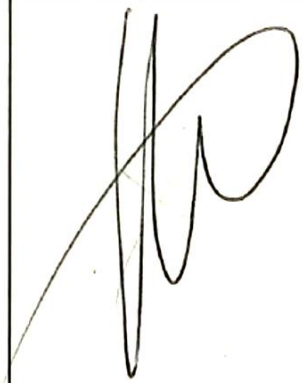


Procedimiento operativo estandarizado de

**SEGURIDAD DEL PACIENTE:
ACTUACIÓN ANTE UN EVENTO ADVERSO GRAVE**

POE – HURS – 090 – V1

Fecha entrada en vigor: 01/10/2021

FECHA	REALIZADO: 16/07/2021	REVISADO: 15/09/2021	APROBADO: 01/10/2021
NOMBRE	Mª Antonia Álvarez de Lara Sánchez Rosana Moreno Caballero	Francisco de Asís Triviño Rocío Segura Ruíz	Valle García Sánchez
CARGO	Jefa de Servicio de Calidad y Documentación Clínica Enfermera. Unidad de Calidad	Director Médico Directora de Enfermería	Directora Gerente
FIRMA	Firmado por ALVAREZ DE LARA SANCHEZ MARIA ANTONIA - 45701543Z el día 09/10/2021 con un certificado emitido por AC Firmado por ROSANA MORENO CABALLERO el día 09/10/2021 con un certificado emitido por FNMT		
Responsable de revisión Rosana Moreno Caballero			Fecha de revisión 2023
Lugar de archivo UNIDAD DE CALIDAD			Responsable custodia Mª Pilar Mesa Blanco



INTRODUCCIÓN

Un **evento adverso** es un daño relacionado con la atención sanitaria y que no corresponde a la evolución habitual del proceso.

Un **evento adverso grave** es un suceso imprevisto que produce daño grave al paciente, requiriendo hospitalización o prolongación de la misma, causando lesión temporal o permanente

Un **evento centinela** es un suceso imprevisto que causa la muerte o graves daños físicos o psicológicos, o tiene riesgo de causarlos. (Clasificación: ver **Anexo I**). Su ocurrencia sirve de alarma y obliga a la organización a su evaluación inmediata y a dar una respuesta para controlar/evitar la aparición de nuevos casos.

Un evento adverso (EA) grave y/o centinela puede producirse *en cualquier momento* del proceso asistencial, incluso a pesar de contar con medidas de seguridad validadas e instauradas; y puede conllevar consecuencias graves, como aumento de la morbilidad, discapacidad o muerte.

1. OBJETO

Describir la sistemática a seguir para el abordaje adecuado de eventos adversos graves detectados por los profesionales. En este procedimiento se aborda exclusivamente la primera intervención ante la ocurrencia de un evento adverso grave o centinela, inmediata al suceso y previa a la planificación del análisis causal y sus acciones derivadas.

2. ALCANCE

Este POE es de uso exclusivo para los profesionales del Hospital Universitario Reina Sofía (HURS) y afecta a todo el personal implicado en la atención y cuidados del paciente en las diferentes áreas clínicas dentro del complejo universitario Reina Sofía y que directa o indirectamente participen en la atención a pacientes.

Si tiene dudas con la interpretación de esta versión o quiere hacer alguna mejora u observación, puede dirigirse a Rosana Moreno Caballero del Servicio de Calidad y Documentación Clínica, en el teléfono: 671 56 48 15 (corporativo: 76 48 15) y correo electrónico rosana.moreno.sspa@juntadeandalucia.es

3. EQUIPAMIENTO NECESARIO

Ordenador con conexión a intranet y/o internet para realizar la notificación.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Cuando sucede un evento adverso (EA), la primera actuación se debe dirigir a proteger al paciente de mayor daño, aplicando actuaciones y cuidados necesarios, así como ejerciendo un control adecuado del entorno. Igualmente se dará el soporte adecuado a la familia y a los profesionales implicados. Se deberán activar los canales adecuados de comunicación y notificación del EA.

La secuencia de actuación por parte de los profesionales ante la ocurrencia de un evento adverso grave (detallada y ampliada en **Anexo II**) es la siguiente:

1. ACCIONES INMEDIATAS

- I. **Atención al paciente:** evaluar, mitigar el daño y prevenir mayor lesión. Esta asistencia debe ser liderada por el médico responsable; de no estar presente o no encontrarse en condiciones de continuar la atención, se debe nombrar un sustituto.
- II. **Control del entorno:** retirar equipamiento que pueda suponer riesgo para el paciente o para otros. Custodia del material involucrado en el evento adverso. Valoración de pacientes próximos en riesgo de sufrir el mismo EA.
- III. **Comunicación al cargo intermedio** del que depende el profesional implicado en el momento del EA.
- IV. **Notificación del EA** en cualquiera de los sistemas contemplados en nuestro hospital:
 - **Plataforma Notificación EAs HURS**
http://hrs3.hrs.sas.junta-andalucia.es/index.php?id=eventos_adversos
 - **NotificA_SP** (Estrategia Seguridad del Paciente del SSPA)
<https://www.seguridadpaciente.es/sistema-de-notificaciones/>
 - **App Avizor**

La Unidad de Calidad (referentes Seguridad del Paciente HURS) recibe aviso automático de las notificaciones realizadas a través de estas vías y se ocupa de contactar con la Unidad notificante.

2. COMUNICACIÓN Y SOPORTE

- I. **Evaluación de la situación** de profesional/es implicado/s (**segundas víctimas**). Atender e incluso sustituir si no presentan condiciones para continuar atención inmediata tras el EA.
- II. **Comunicación al paciente y/o familia:** es un requisito ético contemplado en el Código Deontológico, una obligación legal y moral, así como un derecho irrenunciable del paciente.
 - **Cómo realizar la comunicación.** Esta información ha de ser transmitida tras recabar los datos relevantes. Debe estar estructurada (guión previo) y dar respuesta al qué ha sucedido (el cómo o el por qué hallarán respuesta tras el Análisis Causal del EA).
 - **Quién comunica:** Se recomienda un *interlocutor único* (médico y enfermera, responsables del paciente; si alguno de los dos ha tenido implicación directa en el EA y no se encuentra capacitado emocionalmente para realizar la comunicación, se valorará, por parte del responsable de la Unidad, acompañarles durante la comunicación o la sustitución por otro profesional cercano).
 - **A quién se comunica:** En principio, al propio paciente; en caso de no ser posible, al representante legal o familia y allegados (en ese orden).
 - **Cuándo y dónde comunicar:** La primera comunicación ha de ser precoz, pero no precipitada, en las 24h siguientes al EA, a ser posible antes de que sea requerida por el propio paciente o familiares. Se debe informar en un espacio privado y valorando previamente la estabilidad clínica y emocional del paciente.
 - La comunicación debe ser **continuada** durante todo el proceso de resolución del evento adverso.
- III. **Comunicación a la Dirección Asistencial:** el responsable (cargo intermedio) de la Unidad comunicará el evento adverso acaecido a la Subdirección (Médica y de Enfermería) correspondiente.

5. BIBLIOGRAFÍA

- “Recomendaciones para el análisis de los incidentes de seguridad del paciente con daño (eventos adversos). Cuestiones metodológicas y legales”. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. SECA/FECA (Sociedad/Fundación Española de Calidad Asistencial). 2021.
Disponible en:
<https://www.seguridaddelpaciente.es/es/informacion/publicaciones/2021/2021-05-13-recomendaciones-analisis-incidentes-seguridad-pacientes-con-dano/>
- “Guía de Recomendaciones para la Gestión de Eventos Centinela y Eventos Adversos Graves en los centros sanitarios del sistema público de salud de Galicia”. Servizo Galego de Saúde. Santiago de Compostela. 2013.
Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/libro/519064.pdf>
- “Recomendaciones para la respuesta institucional a un evento adverso”. Sistema de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación (SENSAR). Revista de Calidad Asistencial. 2015.
Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-recomendaciones-respuesta-institucional-un-evento-S1134282X15001098>
- “Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud”. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020.
Disponible en:
<https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>
- “Estrategia para la Seguridad del Paciente” Plan Estratégico de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias. 2019.
Disponible en:
<https://www.seguridadpaciente.es/wpcontent/uploads/2020/09/EstrategiaSeguridadPaciente.pdf>.

6. ANEXOS

Anexo I: Relación de eventos adversos graves y eventos centinela

EVENTOS CENTINELA según JOINT COMMISSION

1. Suicidio de cualquier paciente que esté recibiendo cuidados, tratamiento o servicios en un centro donde haya cuidadores las 24 horas, o a las 72 horas del alta.
2. Muerte súbita de un bebé nacido a término.
3. Secuestro de cualquier paciente que esté recibiendo cuidados, tratamientos y servicios.
4. Entrega de un bebé a la familia equivocada.
5. Violación.
6. Reacción a la transfusión hemolítica cuando se administra sangre o productos sanguíneos y existen grandes incompatibilidades de grupo sanguíneo.
7. Cirugía que se le realiza a la persona equivocada o a la parte del cuerpo erróneo.
8. No retirada de un cuerpo extraño en el cuerpo del paciente tras cirugía u otro proceso.
9. Hiperbilirrubinemia neonatal severa (bilirrubina >30 mg/dl).
10. Fluoroscopia prolongada con dosis cumulativas de >1500 rads a un solo campo o el aplicar radioterapia a la zona del cuerpo erróneo o >25% por encima de la dosis de radioterapia pautada.

EVENTOS ADVERSOS GRAVES NOTIFICABLES según NATIONAL QUALITY FORUM

En el año 2002, el National Quality Forum (NQF) elaboró una lista de eventos adversos graves notificables, que fue actualizada en 2011. Recoge 28 eventos adversos, que clasifican en 6 categorías:

I. EVENTOS QUIRÚRGICOS

1. Cirugía que se realiza sobre la parte del cuerpo errónea.
2. Cirugía que se realiza al paciente equivocado.
3. El procedimiento quirúrgico erróneo que se le realiza a un paciente.
4. El dejar un cuerpo extraño en el cuerpo del paciente tras cirugía u otro proceso.
5. La muerte intraoperatoria o muerte postoperatoria inmediata en un paciente ASA clase

II. EVENTOS RELACIONADOS CON PRODUCTOS SANITARIOS

6. La muerte o incapacidad grave asociadas al uso de medicamentos, aparatos productos biológicos contaminados que proporciona el centro sanitario.
7. La muerte o incapacidad grave asociadas al uso o funcionamiento de un aparato que se emplea de una forma para el que no está destinado.
8. La muerte o incapacidad grave asociadas con embolia intravascular gaseosa, estando bajo los cuidados del centro sanitario.

III. EVENTOS RELACIONADOS CON LA PROTECCION DE LOS PACIENTES

9. Entrega de un bebé a la persona equivocada.
10. La muerte o incapacidad grave asociadas con la fuga (desaparición) del paciente.
11. El suicidio o intento de suicidio con el resultado de incapacidad grave, estando bajo los cuidados del centro sanitario.

IV. EVENTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

12. La muerte o incapacidad grave asociadas con un error de medicación (ej. errores en relación a la medicación errónea, dosis errónea, momento erróneo, proporción errónea, preparación errónea o ruta de administración errónea).
13. La muerte o incapacidad grave asociadas con la reacción hemolítica a causa de la administración de sangre o productos sanguíneos ABO/HLA incompatibles.
14. La muerte o incapacidad grave de la madre asociadas con el parto, estando bajo los cuidados del centro sanitario.
15. La muerte o incapacidad grave asociadas con la hipoglucemia que comienza cuando uno está bajo los cuidados del centro sanitario.
16. La muerte o incapacidad grave (kernicterus) asociadas con el hecho de no identificar y tratar la hiperbilirrubinemia en neonatos.
17. Las úlceras por presión de grado 3 o 4 adquiridos durante el ingreso en un centro sanitario.
18. La muerte o incapacidad grave debidas a una terapia de manipulación de columna vertebral.
19. Inseminación artificial con donante de esperma erróneo.



V. EVENTOS RELACIONADOS CON EL ENTORNO

20. La muerte o incapacidad grave asociada con un electrochoque, estando bajo los cuidados de un centro sanitario.
21. Cualquier evento en el cual una vía de oxígeno u otro gas que ha de ser transportado al paciente, contiene el gas equivocado o está contaminado por sustancias tóxicas.
22. La muerte o incapacidad grave asociadas con una quemadura provocada por cualquier medio, estando bajo los cuidados del centro sanitario.
23. La muerte o incapacidad grave asociadas con una caída, estando bajo los cuidados del centro sanitario.
24. La muerte o incapacidad grave asociadas con el uso de sujeciones o barandillas, estando bajo los cuidados del centro sanitario.

VI. EVENTOS CRIMINALES

25. Cualquier cuidado llevado a cabo por cualquier persona que se hace pasar por médico, enfermera, farmacéutico o cualquier otro tipo de personal sanitario.
26. El secuestro de cualquier paciente de cualquier edad.
27. Agresión sexual dentro o en la propiedad del centro sanitario.
28. La muerte o lesión grave provocadas a un paciente o personal del centro debido a una agresión física que tiene lugar dentro o en la propiedad del centro sanitario.

7. LISTADO DE DISTRIBUCIÓN

Este procedimiento se puede consultar en la web del hospital http://hrs3.hrs.sas.junta-andalucia.es/index.php?id=profesionales_proced_generales

Y se ha remitido por correo electrónico a:

NOMBRE Y APELLIDOS	SERVICIO / UNIDAD	FECHA
Valle García Sánchez	Directora Gerente	OCTUBRE 2021
Francisco Triviño Tarradas	Director Médico	OCTUBRE 2021
Rocío Segura Ruiz	Directora de Enfermería	OCTUBRE 2021
Amparo Simón Valero	Directora Económico - Administrativa	OCTUBRE 2021
José Luís Gómez de Hita	Director de Servicios Generales	OCTUBRE 2021
Juan Alfonso Sereno Copado	Director de Personal	OCTUBRE 2021
Responsables Asistenciales	Todas las UGC	OCTUBRE 2021
Referentes de Seguridad del Paciente	Todas las UGC	OCTUBRE 2021