

**seram 34**

Sociedad Española de Radiología Médica

Congreso Nacional

PAMPLONA <sup>24</sup> MAYO  
<sub>27</sub> 2018

Palacio de Congresos Baluarte

23 mayo Cursos Precongreso

# **DEL ESFUERZO DE LA CERTIFICACIÓN DE CALIDAD HACIA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGEN**

GARCÍA ÍÑIGO, P.; DULANTO  
BANDA, RA.; GONZALEZ MARTIN  
MT

Servicio de Diagnóstico por Imagen  
Hospital Nuestra Señora del Prado

Talavera Toledo España

# Compromiso de un Servicio de Diagnóstico por Imágenes:



- “Que cada diagnóstico individual se lleve a cabo consistentemente
- Minimizar los errores diagnósticos, los fallos de comunicación y el mal funcionamiento de equipos”  
(Programa de Garantía de Calidad SDI - 2013)

# Compromiso de la Calidad Asistencial:

- **hacer las cosas mejor**
  - Con el mejor conocimiento disponible (...)
- Satisfaciendo las expectativas de los usuarios
  - **cuidando de su seguridad**
- usando los recursos disponibles con eficiencia.  
(Consejo Interterritorial del SNS, 2002).

# El camino para gestionar la calidad empezó por una indicación del SESCOAM

El Servicio de Diagnóstico por Imágenes está certificado desde 2011.  
Y así sigue, pero oooooo...  
resultó ser un esfuerzo considerable.



Estrategia de Seguridad  
del Paciente del Sistema  
Nacional de Salud

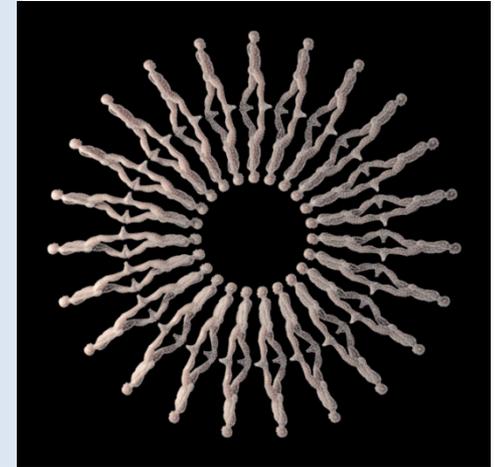
Período 2015-2020

“Esto  
también”



# Y nos planteamos (antes de hacer nada):

- ¿Lo ya hecho en ISO puede servir para esto?
- ¿El personal de se implicaría más trabajando por la seguridad del paciente?
- Es necesario conocer la relación **✓**



# ¿Cómo? Buscando puntos comunes y evidencias

## Objetivo 2.8: Promover el uso seguro de radiaciones ionizantes

Objetivo Específico 2.8.1. Promover acciones para mejorar justificación en menores de 18

Objetivo Específico 2.8.2. Promover la seguridad del paciente en Rx

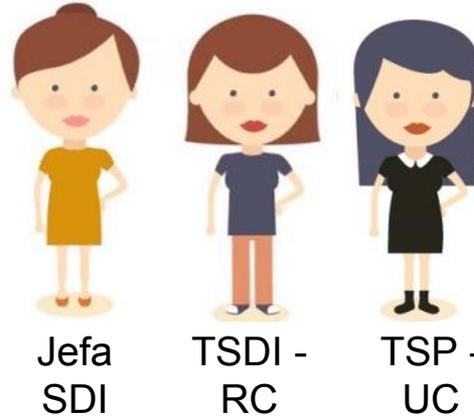
Objetivo Específico 2.8.3. Promoverla en RT y en proced. intervencionistas.



¿Qué nos dice la foto?

# Interesante, ¿nos podrías explicar un poco más?

Cada evaluación fue independiente



¿Hacemos la misma foto?  
Índice kappa

VALOR	Con SP (Estrategia)	Interpretación	Medias entre observadoras	Camino a seguir (SP)
0	Sin relación	El SGC no tiene relación	0-1	Nada por hacer
1	Débil	El SGC aporta algo pero solo puntualmente o circunstancial	1,1-1,59	Mucho por hacer
2	Moderada	El SGC aporta con cierta frecuencia elementos para la SP pero no se garantiza su estabilidad	1,6-2,59	Priorizar como oportunidad y reforzar
3	Fuerte	El SGC es un elemento totalmente orientado a la SP	$\geq 2,6$	Mantener tal cual (asegurar)

# Hallazgos

Se identificaron 8 puntos del SGC basados en la norma ISO 9001, distribuidas en 20 apartados.

Algunos puntos del SGC se repitieron en los 3 objetivos:

**2.8.1 Mejorar justificación en < 18 años** (relación con 3 ptos ISO)

Gestión por procesos, indicadores

Encuestas a clientes internos

Plan y Objetivos de Calidad

**2.8.2 Promover SP en Rayos (7)**

Plan de mantenimiento – aceptación eq.

Control cumplimiento de requisitos

**2.8.3 Promover SP en Radiología Intervencionista (2)**

Formación por competencias

Sistema de gestión de incidencias

Escucha activa de la voz del paciente

Con mayor puntuación global : Objetivo 2.8.1

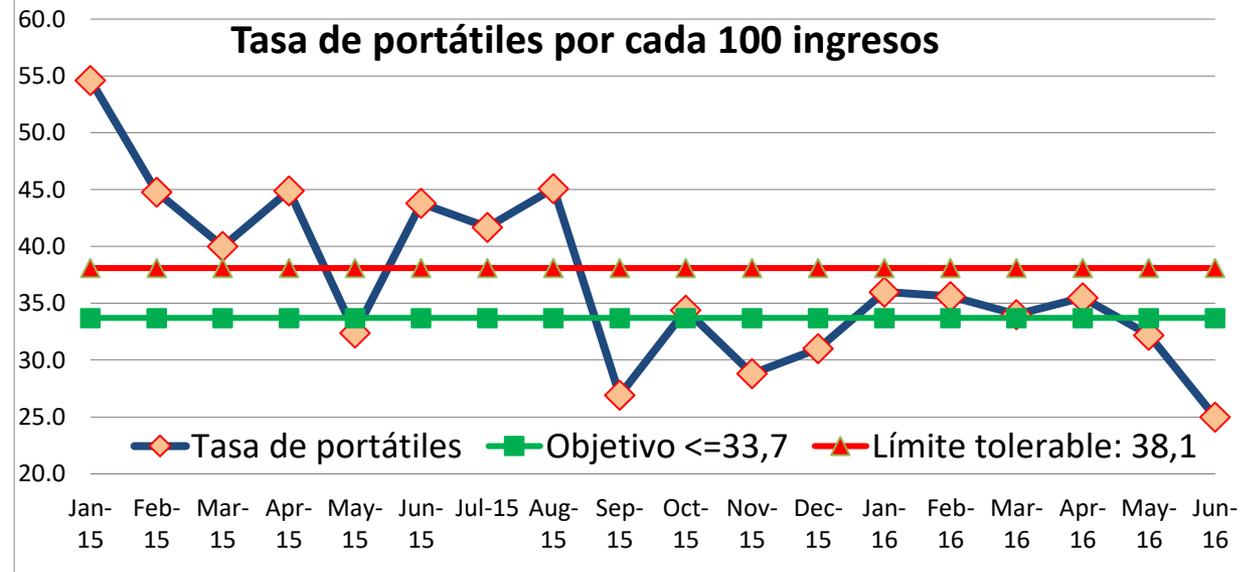
Con menor puntuación global: Objetivo 2.8.3

# Ejemplos de evidencias 2.8.1 (alta)

Estrategia SP 2015-2020	SDI ISO
2.8.1. Promover acciones para mejorar justificación en menores de 18	Gestión por procesos - procesos clave - indicadores
	Objetivos de calidad - orientación al usuario
	Encuesta de satisfacción clientes internos

Inclusión en Plan de Calidad: objetivo “reducir portátiles” (acciones de mejora) y “Estrategias SP – 2.8.1”  
Creación y monitorización del indicador

Valoración de peticionarios de la accesibilidad ante dudas y la información en situaciones de rutina o críticas.

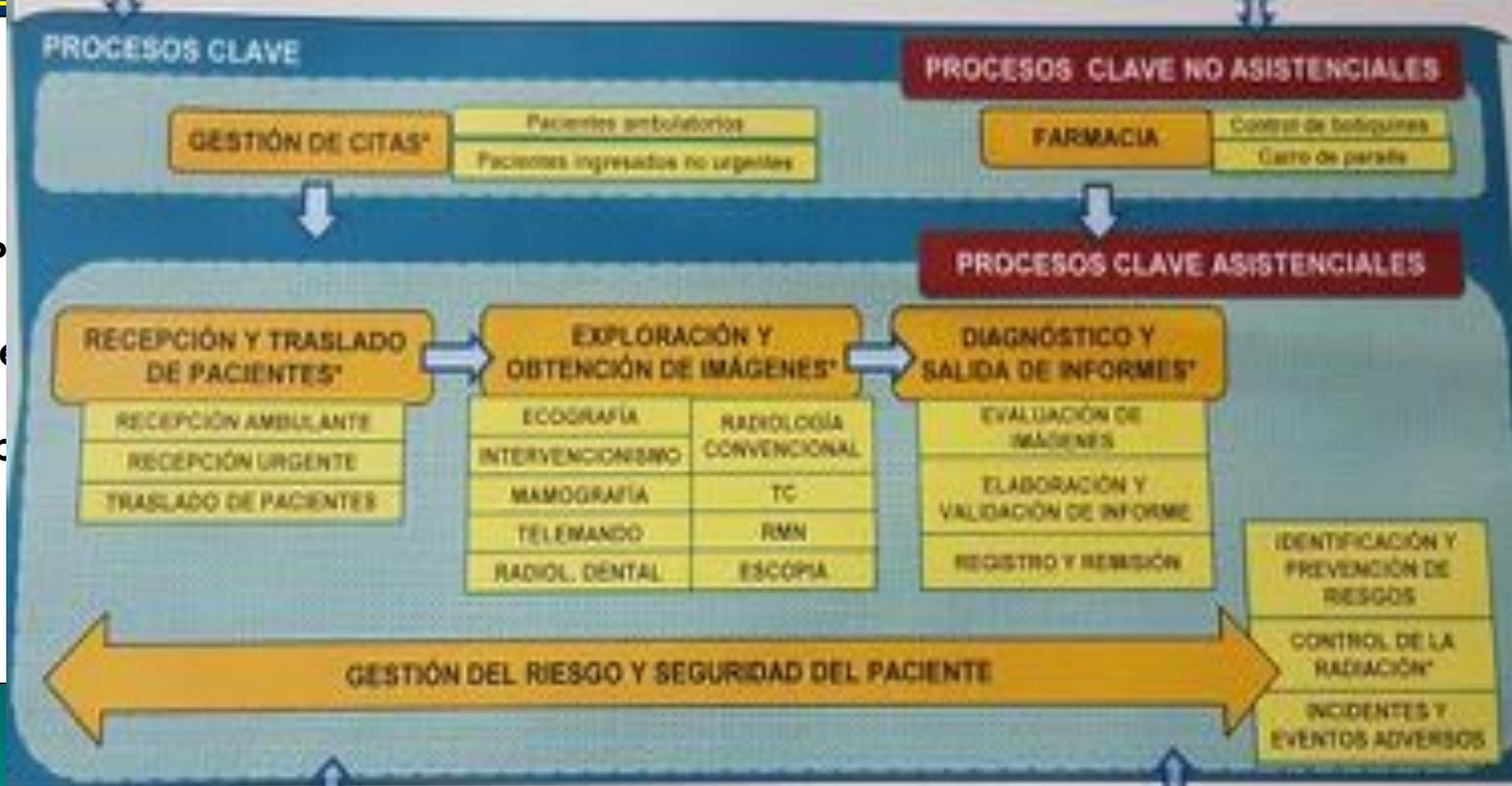


# Ejemplos de evidencias 2.8.2 (media)

Estrategia SP  
2015-2020

SD/ISO

Se detectan activamente NC relacionadas



\* Protocolo reacciones alérgicas a contrastes, pacientes con vía desde urgencias, detección de radiación por encima de valor "tolerable", protección de datos, ausencia de material en el bote (repetición de prueba), información sobre no realización de pruebas.

**RECOMENDACIONES GENERALES PARA CONTROLAR O ELIMINAR  
POSIBLES RIESGOS CAUSADOS POR ACCIDENTES DEBIDO A  
LA FUGA DE CRIOGÉNICOS (HELIO LÍQUIDO Y/O  
NITRÓGENO LÍQUIDO)**

**PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE REACCIONES POR  
HIPERSENSIBILIDAD A MEDIOS DE CONTRASTE RADIOLÓGICOS  
(MCR)**

**SERVICIO DIAGNÓSTICO POR IMAGEN Y SERVICIO ALERGOLOGÍA**  
*Hospital Nuestra Señora del Prado*



Gracias por vuestra colaboración

**Boletín Nº 1 (11/2/2015): "Recomendaciones SERAM de "no hacer".**

"El desarrollo de este documento tiene como objeto describir una serie de recomendaciones de exploraciones radiológicas que no deberían hacerse, dirigidas a médicos prescriptores, radiólogos y pacientes. Estas recomendaciones buscan disminuir el uso de aquellas técnicas obsoletas, de dudosa eficacia y utilidad, mejorando así la calidad y la seguridad en el paciente."

**Boletín Nº 2 (11/3/2015): "Indicaciones de radiología de tórax en equipos portátiles"**

"En nuestro centro, se realizan muchas radiografías de tórax rutinarias en equipo portátil (RTP) como complemento al examen del enfermo. Sin embargo, la interpretación de estos estudios es dudosa, ya que hay grandes diferencias en la metodología, y trabajos recientes demuestran su poca utilidad como medio que permita realizar cambios en la terapéutica."

**Boletín Nº 3 (22/10/2015): Sobre los riesgos de las radiaciones ionizantes**

El Servicio de Radiodiagnóstico se hace eco de las últimas noticias y estrategias relativas a las dosis de radiación recibidas por los pacientes, publicando para conocimiento de todos los profesionales del Área Integrada de Talavera, las posturas de la SERAM (Sociedad Española de Radiología Médica) en este sentido.

# ¿Tienes más ejemplos de evidencias 2.8.2?



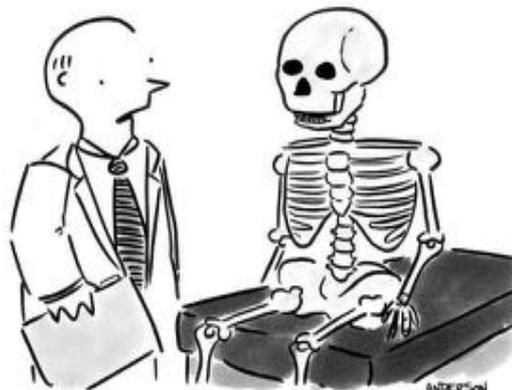
Plan de Formación específica en SP del Servicio, en especial Comité de Calidad (aumentan notific. vía SiNASP)  
Formación a peticionarios: justificación, optimización

Mejora de la comunicación (voz del cliente): notas en el tablón, recordatorios, boletines (asociada a SP)  
Revisión de los documentos con información para pac.



“Um... Dr. X, creo que algo no va bien en la RM.”

Seguimiento exhaustivo de Plan de Mantenimiento y corrección de errores en pruebas de aceptación y revisión de informes del CND (detectados en auditorías)



Aún así, hagamos una radiografía, solo para estar “seguros”



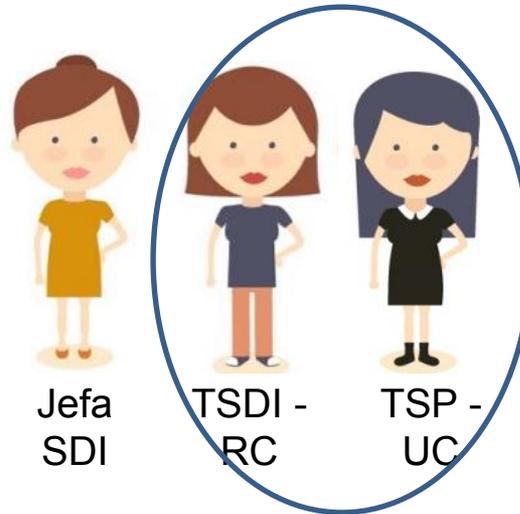
# Ejemplos de evidencias 2.8.3 (baja)

<b>Estrategia SP 2015-2020</b>	<b>SDI ISO</b>	
<b>2.8.3. Promoverla en RT y en proced. intervencionistas.</b>	Mantenimiento preventivo y correctivo - plan de aceptación - requisitos legales	La NC abierta sobre informe de CND fue en el equipo de intervencionismo mamario. Acciones correctivas eficaces.  La reclamación sobre no obtención de muestra sin avisar al paciente fue en procedimiento intervencionista. Aun en proceso de solución.
	Voz activa del paciente, comunicación de incidencias.	



# ¿Se tomó la misma foto?

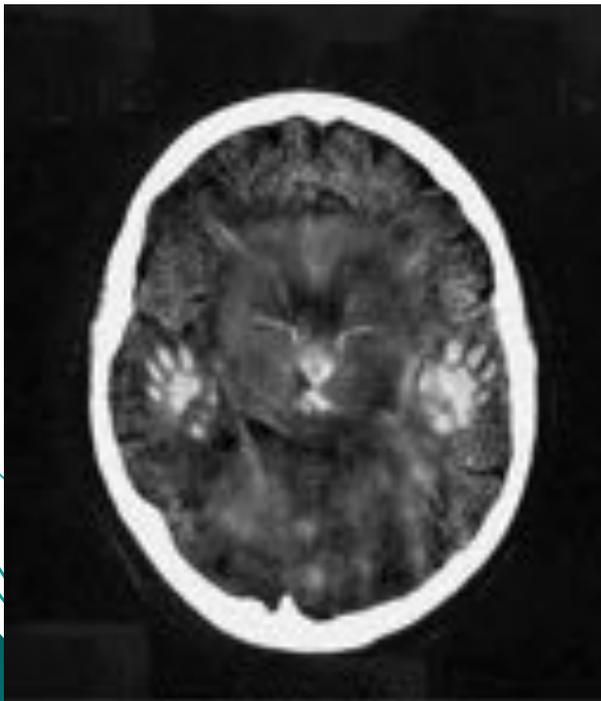
Nivel de concordancia entre observadoras:



Nula entre las 3 (índice de kappa=-0,02, IC 95% - 0,16 a 0,12)

Baja-aceptable cuando se trató de solo 2 de ellas (índice de kappa ponderado=-0,35, IC 95% 0,06 a 0,63).

¿Qué nos dice la foto?



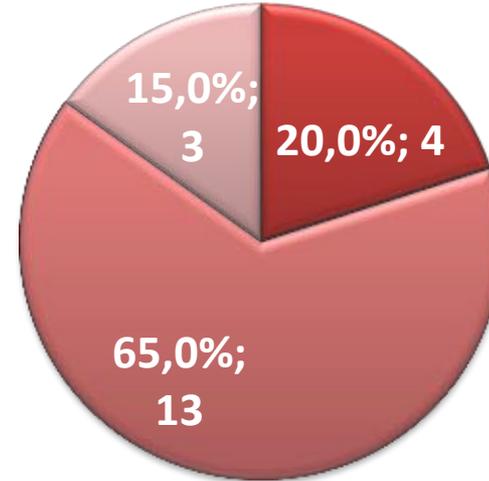
¿Y ahora qué hacemos?



# Conclusión

Aún así, se detectó una relación directa entre los esfuerzos dedicados al SGC y las nuevas estrategias en SP, pero que faltaba reforzar.

En base a ello se ha planificado el objetivo 2.8 del Plan de SP de la institución, con el fin de rentabilizar el trabajo del personal del servicio y promover simultáneamente la cultura de seguridad y de calidad.



- Mucho por hacer
- Priorizar como oportunidad y reforzar
- Mantener tal cual (asegurar)

## SEGUIMIENTO DEL PLAN DE SEGURIDAD DEL AÑO 2016

**OBJETIVO GENERAL:** Promover el uso seguro de radiaciones ionizantes. PALOMA GARCÍA ÍÑIGO

**PLANIFICACIÓN de las ACTIVIDADES/FASES/TAREAS a REALIZAR (pueden coincidir o no con exactitud las explicitadas en el objetivo específico según complejidad, de cara a su cumplimiento final)**

Nº	Actividad/ Fase/Tarea	OBJETIVO ESPECÍFICO	Quién	Cómo	Cuándo	SEGUIMIENTO		
						Seguimiento por:	Indicador/ seguimiento	¿cumplido?*
2	Efectuar formación para incentivar la notificación de eventos adversos e incidentes en el Servicio de Radiodiagnóstico	Objetivo Específico 2.8.2	Comité de Calidad y Seguridad	Realizar sesión para todos los profesionales en el Servicio de Radiodiagnóstico	jun-16	María Teresa	Sesión impartida en el año 2016	si
3	Fomentar el cumplimiento del protocolo para la reducción de uso de realización de Rx portátiles en el centro hospitalario	Objetivo Específico 2.8.2	Paloma García Íñigo	Elaboración de carta a la Dirección para que pueda fomentarse el cumplimiento de este protocolo	sep-16	Paloma García Íñigo	Reducción de portátiles en relación con el año previo	
4	Medidas de seguridad en uso de contrastes. Consentimientos informados premedicación y protocolo de actuación ante reacciones alérgicas a los mismos	Objetivo Específico 2.8.2	Comité de Calidad y Seguridad	Elaboración protocolo y difusión en intranet	jul-16	Paloma García Íñigo	Protocolo elaborado y colgado en web	si
5	Formación a médicos prescriptores sobre buen uso de radiaciones ionizantes en urgencias. Protocolos de solicitud de pruebas en urgencias	Objetivo Específico 2.8.3	Paloma García Íñigo	Estructurado ya el curso, está pendiente de su organización para el mes de noviembre	dic-16	Paloma García Íñigo	Actividad formativa impartida en la institución para facultativos	

**Esta historia continuará...**



Para dudas o alusiones:  
[pgarciai@sescam.jccm.es](mailto:pgarciai@sescam.jccm.es)