

SEGURIDAD QUIRÚRGICA:

Descripción del evento

Fernández Campos, Vicente. Galey Chica ,P. Andrés.
Pérez Fuillerat, Natalia.

INTRODUCCIÓN

Al igual que en el resto de áreas hospitalarias, en el área quirúrgica la seguridad del paciente es esencial. Para su análisis y el seguimiento de los procedimientos relacionados con la misma, hemos decidido llevar a cabo el Análisis Causa Raíz (ACR) en sus diferentes fases centrándonos en la primera denominada "Describir el evento"

OBJETIVO

❖ Describir y divulgar esta primera fase del ACR, a través de sus subfases aplicada al paciente quirúrgico en su proceso asistencial.

METODOLOGÍA

- ✓ Revisión sistemática y profunda de dicha materia a través de los descriptores pertinentes en las bases de datos (Medline, Scopus, Scielo y Cuiden) correspondientes en los años 2008 y 2013.
- ✓ Desarrollo, estructuración y metodología de dicha información.

RESULTADOS

➤ Tras la revisión de los estudios analizados, identificamos las diferentes subfases del ACR:

SUBFASES	CARACTERÍSTICAS
1º LANZAMIENTO DEL PROCESO ACR	<ul style="list-style-type: none">➤ Punto de partida por producción de evento adverso.➤ Lanzamiento interno o externo.
2º CREACIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO ACR	<ul style="list-style-type: none">➤ Funciones, objetivos, competencias, etc.➤ Tres categorías (Líder, facilitador y miembros del equipo)➤ Criterios: tiempo, implicación, motivación, etc.➤ Ocho miembros de los cuales tres son enfermeras.
3º PLANIFICACIÓN DEL PROYECTO	<ul style="list-style-type: none">➤ Establecer tareas y actividades. Para cada actividad fijar fecha inicial y final.➤ Recursos disponibles y empezar el trabajo lo antes posible.
4º DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL EVENTO	<ul style="list-style-type: none">➤ Cuál, Dónde, Cómo fue el evento adverso.➤ Alejar sesgos y pensar sobre causas.

CONCLUSIONES

El conocimiento, desarrollo y aplicación metodológica de esta primera fase "describir el evento" del ACR nos permite conocer el nivel o grado de seguridad del paciente quirúrgico así como la incidencia de eventos adversos de su proceso asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Ruiz-López P, González Rodríguez-Salinas C, Alcalde Escribano J. Análisis de causa raíz. Una herramienta útil para la prevención de errores. Rev Calidad Asistencial. 2005; vol 20, nº 2, 20:71-8.
- 2.- Helmerich RL. On error management. Lessons from aviation. BMS 2000; nº320 (18): 781-785.
- 3.- Reason JT. Human Error. New York: Cambridge Univ Press; 1990.
- 4.- Reason J: Managing the Risk of organizational Accidents. Farnham, UK: Ashgate, 1997.