

VI CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Impacto Positivo de la Seguridad del Paciente en la Atención Sanitaria al Ciudadano"

LOS SISTEMAS DE REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y DE INCIDENTES: REVISIÓN, ANÁLISIS E IMPLANTACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA EN UN CENTRO DE ATEN

Autor principal MARIA AMPARO MERINO ROBLES

CoAutor 1

CoAutor 2

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Comunitaria

Palabras clave sistemas de registro notificación de incidentes efectos adversos seguridad del paciente

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

Uno de los principales problemas que se plantean cuando el paciente es atendido por los sistemas sanitarios viene derivado de la propia asistencia sanitaria. Esto nos hace pensar en herramientas que ayuden a prevenir este tipo de incidentes y a promover la seguridad del paciente. Así lo primero que se nos viene a la cabeza es: que es lo que ha pasado, es decir ¿cuál ha sido el evento que ha generado o podría haber generado el incidente?; y esta pregunta sólo puede ser contestada si tenemos algún sistema de registro y/o notificación accesible y no punitivo para que los profesionales puedan hacer uso del mismo. El objetivo de este trabajo es describir y analizar los registros que se realizaron en la UGC La Chana (Granada) desde el 2.009 que se implantó el sistema hasta 2.014, qué medidas se llevaron a cabo para evitar más incidentes similares y como afecta a la seguridad del paciente.

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

El problema de los eventos adversos y su implicación en la salud del paciente no es algo nuevo. Uno de los primeros estudios que se publicaron en este sentido fue el informe del Institute of Medicine (IOM) en 1999 To err is Human, dónde describe cómo se producen 1 millón de efectos adversos (EA) prevenibles anualmente en Estados Unidos, de los cuales entre 44.000 y 98.000 tienen consecuencias fatales poniendo de manifiesto así la gravedad del problema. Además destacaba la importancia de recordar que los problemas de seguridad se producen debido a múltiples causas; hay que evitar pensar en que el fallo humano es la principal explicación y, como consecuencia, en la culpabilización de los profesionales como la reacción más frecuente.

Otro estudio que es necesario reseñar cuando hablamos de seguridad del paciente son los realizados por Heinrich, pionero de la salud ocupacional y seguridad, donde se sugería una razón aproximada de un evento adverso por cada 30 lesiones menores y por cada 300 incidentes sin daño near misses (fig. 1). Más recientemente se ha sugerido una jerarquía en la que la distribución EventoAdverso-lesiónmenor-incidente era 1-10-600. Estos resultados se basaron en el estudio de 1,5 millones de incidentes. Estos trabajos han llevado a definir el modelo de iceberg que establece la razón entre eventos adversos e incidentes.

Los eventos adversos graves son el pináculo de una amplia base de eventos adversos leves e incidentes, y éstos tienen unos procesos causales comunes a los eventos adversos (leves y graves), con lo que el aprendizaje que se desprende de su análisis es también útil para los eventos que producen lesiones o muerte.

Es cierto que la gran mayoría de los eventos adversos se producen en los hospitales, ya que la población está sometida a un mayor riesgo asociado a la atención hospitalaria. Pero ello no excluye que se puedan producir en otros ámbitos de la atención sanitaria como atención primaria, socio-sanitaria, oficinas de farmacia y en el propio domicilio del paciente.

Así, volviendo a referenciar el informe del IOM y evitando una lectura simplista basada en la culpabilización del profesional, se propone como alternativa a un enfoque basado fundamentalmente en la persona como principal fuente de los problemas de seguridad, un enfoque sistémico, recordando que la aparición de los mismos depende, en gran medida, de múltiples factores contribuyentes relacionados con el sistema.; así es frecuente encontrar, después del análisis en profundidad de un problema de seguridad, causas relacionadas por ejemplo con la comunicación, la ergonomía, la fatiga, la dotación de personal, la supervisión o la formación inadecuadas.

La teoría que defiende este cambio de enfoque es la de Reason en la cual los incidentes y los accidentes son precedidos por algún tipo de acción insegura, en la que alguien comete un error.

Sin embargo, para entender cómo ocurrió, es necesario ir más allá y examinar las condiciones latentes del sistema que han permitido la aparición de la acción insegura. Vincent extiende el modelo de Reason y lo adapta al sector sanitario, estableciendo los diferentes ámbitos de las condiciones latentes y los factores contribuyentes.

La seguridad de los pacientes es un tema complejo que atraviesa múltiples disciplinas y requiere un enfoque para la mejora integrado y global. Para reducir la frecuencia de los problemas de seguridad es necesario entender sus causas y diseñar métodos para prevenirlos o detectarlos antes de que produzcan daño a los pacientes. Una forma de conseguir esto es tener un sistema de registro y notificación de problemas de seguridad (o potenciales problemas) que recopile ejemplos de la realidad clínica sobre los errores y los riesgos que permitan estrategias para su reducción o eliminación.

Los sistemas de registro y notificación pueden contemplar 2 categorías básicas de episodios: los accidentes o eventos adversos y los incidentes (en la terminología anglosajona near misses o close calls).

Un evento adverso (EA) es una lesión a un paciente como consecuencia de la intervención sanitaria, más que por sus condiciones subyacentes, y un incidente es una acción o un conjunto de acciones por comisión u omisión que podrían haber dañado al paciente, pero no lo dañaron como consecuencia del azar, la prevención o la mitigación de las mismas. Así de forma sencilla, se podría decir que un incidente es similar a un evento adverso en todo excepto en el resultado, es decir, en la presencia de lesiones en el paciente producto de la atención sanitaria.

Lo que nos queda más que claro es que la práctica sanitaria conlleva riesgos para los pacientes y los profesionales que les atienden. Conforme las técnicas diagnósticas y terapéuticas se vuelven más sofisticadas estos riesgos, como es lógico, aumentan. Pero no debemos olvidarnos de la Atención Primaria, primer punto de encuentro del paciente con el sistema sanitario, es el nivel asistencial más frecuentado por la población, alcanzándose en España las cifras de frecuentación más elevadas de Europa. Por esta razón, hay

ocasiones, afortunadamente controladas, en las que el paciente puede sufrir alguna lesión o complicación en su evolución, sin que por ello medie, necesariamente, error por parte de los profesionales. En esta línea, otro estudio al que nos debemos dirigir cuando hablamos de seguridad del paciente en atención primaria es el proyecto APEAS es una de las pocas referencias a seguridad del paciente en Atención Primaria, cuyo principal objetivo era mejorar el conocimiento en relación con la seguridad del paciente, por medio de la aproximación a la magnitud, trascendencia e impacto de los EA, y el análisis de las características de los pacientes y de la asistencia que se asocian a la aparición de EA evitables. De este estudio se concluyó que: EA completamente inevitables el 6,7%, poco evitables el 23,1%, y claramente evitables el 70,2% de los casos; y además la evitabilidad del EA está relacionada con su gravedad, de tal forma que los EA leves eran evitables en un 65,3%, los moderados lo eran en un 75,3% y los graves en un 80,2%, siendo esta diferencia estadísticamente significativa; es decir la mayoría de los eventos adversos graves que se producen en Atención Primaria son evitables.

» DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.

Tras describir y analizar estas experiencias, en la U.G.C. La Chana ponemos en marcha en 2009 un sistema de notificación de EA y/o incidentes con varios objetivos:

1. Proponer y priorizar medidas, recomendaciones o posibles alertas para prevenir o minimizar sucesos adversos evitables.
2. Contar con una herramienta que nos permitiera definir nuestro perfil de riesgos.
3. Promocionar una cultura más participativa en materia de seguridad

En 2009 se elabora un libro como soporte para el registro y en 2013 se plantea la ampliación de las notificaciones por correo electrónico (esta última modalidad se podría realizar fuera del horario de trabajo habitual y de forma cómoda desde la casa). Este libro se encuentra ubicado en el despacho de la administrativa adjunta a la dirección del centro, de forma accesible a cualquiera de los miembros pertenecientes al centro (sea cual sea su categoría profesional). A este sistema se le da difusión en las sesiones de equipo haciendo hincapié a su carácter voluntario, anónimo y no punitivo.

En el libro de EA se pide reseñas de los siguientes apartados:

1. Momento y localización del evento
2. Breve descripción del incidente o evento
3. Profesional que notifica el suceso
4. Tuvo alguna consecuencia para el paciente
5. Si se considera evitable y, en caso de que lo fuera, sugerir alguna recomendación para que no se vuelva a producir en el futuro

» RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.

Desde que se implanta el sistema de registro en 2009 se identifican 102 EA de los que 19 se producen en 2014 y que están detallados por temas en la tabla adjunta:

REGISTRO DE ACONTECIMIENTOS ADVERSOS 2009-2014

1. Relacionados con la medicación 9
 2. Relacionados con el diagnóstico 8
 3. Relacionados con la gestión 52
 4. Relacionados con los cuidados 1
 5. Relacionados con la comunicación 8
 6. Otros 24
- Total 102

1.RELACIONADOS CON LA MEDICACION Los dos relacionados con la medicación, están referidos al aspecto exterior del mismo sin coincidir con los principios activos, emulando a los originales en formato. Una medida para evitar dicha confusión es que siempre tuviera la misma imagen tanto en forma como en color como en presentación del mismo principio activo, evitando confusión para los usuarios que no supieran leer o no pudieran ver por su edad, o por su discapacidad física (ceguera), dificultad en la población extranjera por desconocimiento del lenguaje del país de residencia, etc.Las áreas de mejora en este aspecto están relacionadas prioritariamente con el Servicio de Farmacia, así como en la compra de productos sanitarios que respeten el mismo dispositivo, comprimido, tableta, etc 2.RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO Está relacionado con la el uso de la herramienta informática de la Historia de Salud única cuyo método de codificación no es nada facilitador.3.RELACIONADOS CON LA GESTIÓN En este campo sigue aumentado con respecto tanto a la gestión de las listas de espera, como la identificación de pacientes en el manejo del programa informático, por la confusión de pacientes que no corresponden con su filiación, o la presencia en las historias digitales de datos que no corresponden a los usuarios. Una forma de evitarlos pasaría por la identificación física del usuario mediante DNI, o nombrando y confirmando la identidad del paciente evitando errores importantes en lista de problemas, en hojas de registros de vacunaciones, etc.

Las áreas de mejora en este capítulo van dirigidas al personal administrativo y de Gestión de citas, para solicitar siempre tanto tarjeta sanitaria del usuario como documento nacional de identidad o de extranjería.

4.RELACIONADOS CON EL CUIDADO Se observa en un usuario un registro doble de vacunas, con fechas distintas y realizadas en centros de salud distintos. 5.RELACIONADOS CON LA COMUNICACIÓN Están relacionados con malos entendidos a la hora de establecer la comunicación médico-paciente. Esto se mejoraría utilizando un lenguaje más sencillo y confirmar que el mensaje ha sido bien captado por el interlocutor antes de abandonar la consulta.6.OTROS :En este apartado de otros, se engloban incidentes respecto al mobiliario, falta de material, relación con retraso en las citas y sobre las condiciones climatológicas del centro que repercute tanto en el personal como en los usuarios del centro.

» APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

El infraregistro es la principal limitación de la mayoría de los sistemas de notificación de incidentes en sanidad, especialmente de sucesos que han causado lesión, por lo que la mayoría de las notificaciones son incidentes. Sin embargo, un incidente es indistinguible de un efecto adverso, excepto por el resultado, por lo tanto su estudio nos da información igualmente válida para los objetivos de mejora en seguridad clínica.

Un sistema de notificación permite identificar los sucesos adversos que se derivan de la asistencia sanitaria en Atención Primaria y analizar los factores contribuyentes a la aparición de los mismos.

Identificar los EA de mayor trascendencia es fundamental para diseñar estrategias preventivas que faciliten la minimización de los EA. La multicausalidad presente en el origen de los efectos adversos exige un abordaje multifactorial para mejorar, de forma efectiva, la Seguridad del Paciente.

» PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.

Hay que potenciar las líneas de trabajo e investigación sobre Seguridad del paciente en Atención Primaria pues no debemos olvidar que es la puerta de entrada del paciente al sistema sanitario

» **BIBLIOGRAFÍA.**

1. Khon LT, Corrigan JM, Donaldson MS eds. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
2. Heinrich HW. Industrial accident prevention: a scientific approach. New York and London: McGraw-Hill; 1941.
3. Reason JT. Understanding adverse events: human factors. En: Vincent CA, editor. Clinical risk management: enhancing patient safety. London: BMJ; 2001. p. 9-30.
4. Vincent C. Understanding and responding to adverse events. N Engl J Med. 2003;348:1051-6
5. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Sobre la Seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008