

# NOTIFICACION DE INCIDENTES/EFECTOS ADVERSOS: ¿OBJETIVO CUMPLIDO?

AUTORES: Baena Jiménez, Remedios; Gaitán Pugliasse, M<sup>a</sup> Eugenia; Moreno Gómez, Rosa

## INTRODUCCION

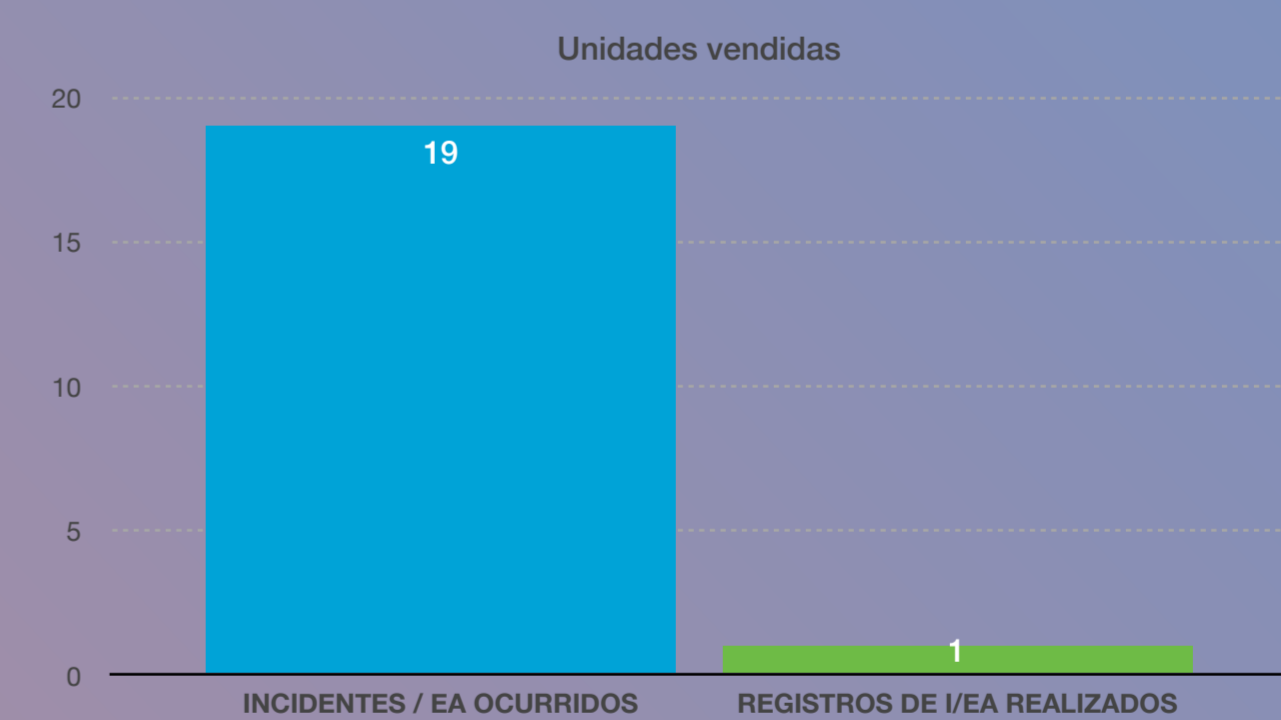
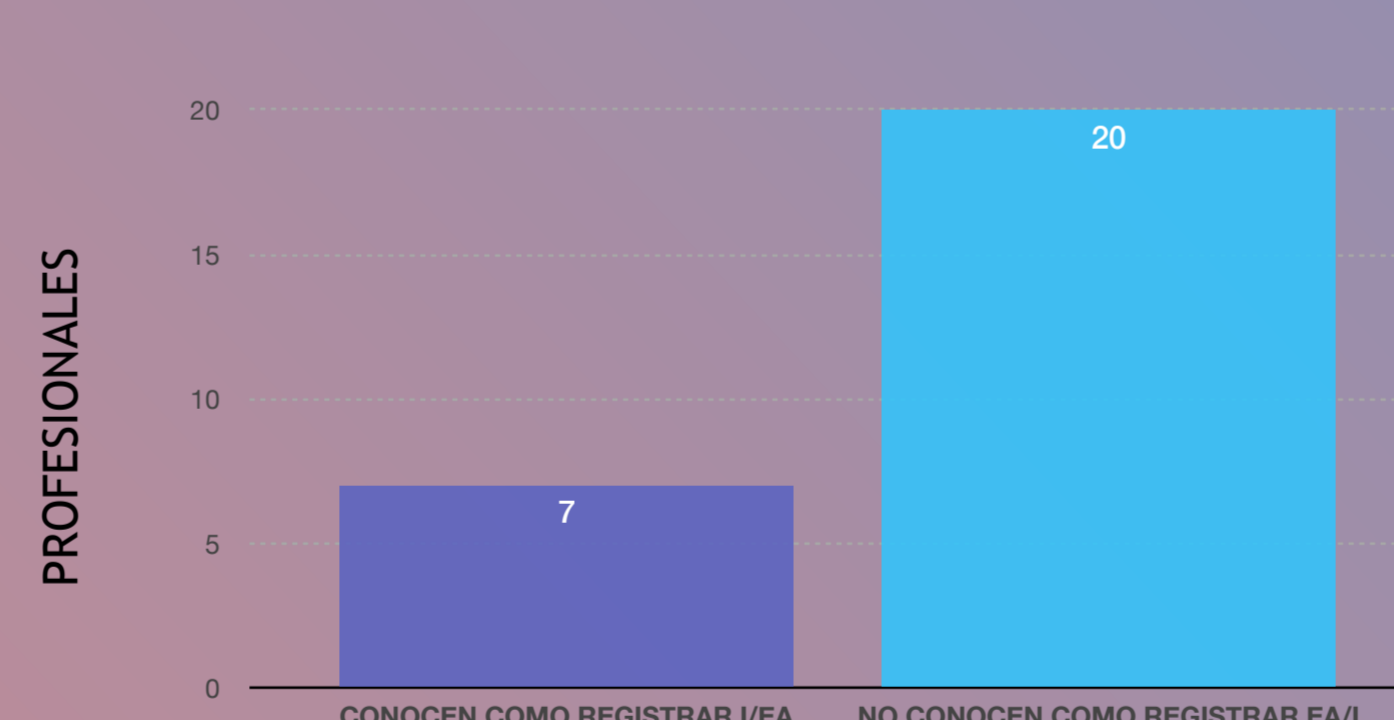
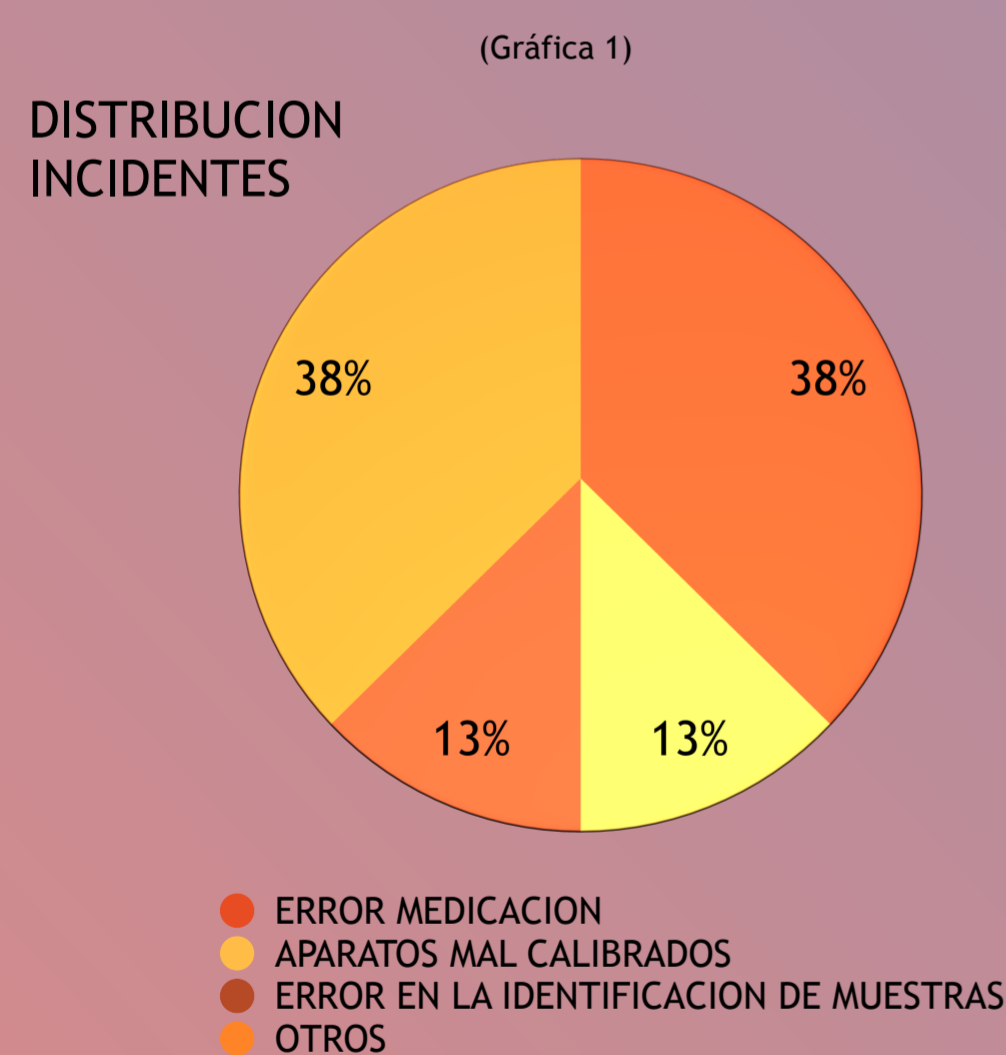
Con la presentación en 2004 en el Congreso de Europa del informe “Seguridad del Paciente: un problema Mundial” se abre un campo de estudio para el sistema sanitario. En 2005 la Agencia de Calidad del SNS realizó un análisis de la situación en cuanto a Seguridad del Paciente con cuatro puntos críticos, entre ellos la Ausencia de información, registro y análisis de incidentes. A partir de 2009 y como respuesta a las necesidades detectadas se complementan las principales actuaciones para la Seguridad del Paciente creando sistemas de registro de notificación de incidentes. En nuestra Unidad existen dos formas de registro: formato papel que existe a tal efecto (Notificación de incidentes y efectos adversos) y a través del Observatorio de Seguridad del Paciente (sistema informático)

**INCIDENTE:** Suceso imprevisto e inesperado, relacionado con la atención sanitaria, que no produce daño al paciente.

**EFEECTO ADVERSO (EA):** Todo accidente imprevisto e inesperado identificado, que causa lesión y/o incapacidad, causado por la asistencia sanitaria y no por la enfermedad del paciente.

## RESULTADOS

Se recogieron 27 cuestionarios cumplimentados. La edad media de experiencia profesional fue de 24 años. 5 cuestionarios correspondieron a varones (19%) y 22 mujeres (81%). De los 27 profesionales 20 (73%) no tienen información de como y donde realizar el registro. 7 (16%) conocen forma de registro de ellos 3 tuvieron algún incidente/EA realizando 1 registro. El análisis de datos indica que se produjeron 16 incidentes (fig. 1) y 3 EA en total 19 EA/I. Los 16 incidentes se distribuyen de la siguiente forma (fig. 1) errores de medicación 6 (37%), errores en la toma de TA (aparatos mal calibrados) 2 (12%), 2 casos (12%) error en identificación de muestras, “otros” corresponde a 6 (37%). En cuanto a efectos adversos EA (total 3) 2 fueron por no utilizar correctamente el monitor EKG dando lugar a un diagnostico erróneo y como consecuencia traslado y pruebas complementarias hospitalarias y 1 EA a error en la dosis, en este último caso se hizo un seguimiento en consulta médica del paciente y se registro el EA en formato papel de Registro de Notificaciones. 19 de los profesionales cometieron algún error (70%) de estos profesionales 3 conocían forma de registro y no lo hicieron por falta de tiempo, sobrecarga de trabajo, no hubo daño “grave” del paciente o no lo consideraban “importante”. El resto de profesionales que cometieron algún error (16) no registraron porque desconocían cual era el protocolo o forma de registro. En todos los casos el profesional corrigió la causa que provoco el incidente/EA.



## CONCLUSIONES

Tras el análisis de resultados de este estudio queda manifiesto que uno de los puntos críticos detectados en 2005 por la Agencia Sanitaria de SNS se ha conseguido con la creación de registros para Incidentes/EA que se produce por los profesionales siendo aun necesario adaptar los recursos a la actividad enfermera, información y comunicación eficiente para que se hagan efectivos los protocolos que desde hace varios años se pusieron en marcha y que debido a la falta de información, sobrecarga de trabajo o la complejidad de datos que precisan para su registro sigue siendo un objetivo a cumplir en cuanto a seguridad del paciente. Como mejora proponemos la formación-asignación de un profesional referente que conozca, dirija e informe al resto de profesionales de la UGC, así como facilitar los registros de Incidentes/EA para adaptarlos de forma realista a las múltiples actividades y prioridades en la práctica asistencial diaria.



## BIBLIOGRAFIA

- 1.-Ref. Recomendaciones para la mejora de la seguridad del paciente en centros Sosisanitarios 2012. Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial.
- 2.-Santiago Tomás, Manel Cánovas, La Seguridad del paciente en urgencias y emergencias: balance de 4 años programa SEMES-Seguridad del Paciente. Emergencias. 2012; 24: 225-233.