

Resultats de la implementació d'un sistema de notificació i gestió d'incidents relacionats amb la seguretat del pacient

Roser Anglès^{1,2}, Montserrat Llinàs^{1,3}, Carme Alerany^{1,4}, Maria Victòria Garcia^{1,2}

¹Unitat Funcional per a la Seguretat del Pacient; ²Direcció de Processos i Qualitat; ³Direcció d'Infermeria; ⁴Farmàcia. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducció

Els sistemes de notificació d'incidents relacionats amb la seguretat dels pacients (IRSP) constitueixen una excel·lent font de coneixement a partir de la qual es poden plantejar mesures de millora encaminades a reduir la seva incidència o les seves conseqüències. La implementació d'aquests sistemes pot ser útil per aconseguir un canvi de paradigma que permeti abordar la seguretat de forma global i com a valor en positiu, potenciant una nova cultura que valori el fet d'aprendre dels errors per millorar els nostres sistemes de treball.

Des d'institucions com l'Organització Mundial de la Salut (OMS), la Comissió Europea, el Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat (MSSSI) i el mateix Departament de Salut, s'ha estimulat el desenvolupament de sistemes de notificació d'incidents com una estratègia bàsica per a la millora de la seguretat dels pacients.

A l'Hospital Universitari Vall d'Hebron existia una gran cultura de recollida d'informació d'aspectes de seguretat del pacient, com ara els programes de control de les infeccions relacionades amb l'atenció sanitària (VINCat, ENVIN-Helix, Projecte EPINE, etc.), el programa de farmacovigilància, i altres sistemes pròpiament de notificació d'IRSP com el registre de caigudes, errors de medicació, incidents a radioteràpia, errors transfusionals, etc. Malgrat això, resultava necessari disposar d'un sistema genèric del centre que permetés ampliar la possibilitat de notificació de qualsevol tipus d'IRSP per part de qualsevol professional del centre i alhora permetés a l'organització disposar d'un sistema homogeni de gestió del risc que abastés tot l'hospital.

L'any 2009, l'Hospital Universitari Vall d'Hebron es va adherir a tots els programes de seguretat del pacient

proposats pel Departament de Salut; també el novembre de 2010 es va adherir a la implantació del sistema de notificació proposat pel MSSSI (SiNASP).

L'objectiu del present article és mostrar el resultat i l'impacte de la implementació d'un sistema genèric de notificació d'IRSP i del sistema de gestió durant el període 2011-2012.

Materials i mètodes

Sistema genèric de notificació d'IRSP. Estratègia d'implementació i característiques

Atesa l'existència de diferents sistemes de notificació específics consolidats, la proposta va ser adquirir el compromís de fer arribar la informació recopilada a través del SiNASP als sistemes específics existents i, alhora, obtenir el compromís dels gestors d'aquests sistemes específics de fer arribar al sistema genèric aquells casos més greus que causessin lesió als pacients, per assegurar una gestió homogènia dels IRSP més greus notificats.

Les principals variables del sistema de notificació van ser l'àrea on s'havia produït l'incident, la professió del notificador, el tipus d'incident notificat, les conseqüències i la gravetat segons el Severity Assessment Code (SAC) adaptat, des de SAC 1 o risc extrem a no SAC quan l'incident no va arribar al pacient.

Tractament dels incidents

La gestió dels incidents es va realitzar al si de la Unitat Funcional per a la Seguretat del Pacient (UFSP). Les seves funcions són centralitzar i dinamitzar els IRSP de l'hospital; comptabilitzar, analitzar i avaluar els incidents i participar en l'elaboració de les propostes així com en el seguiment de la seva implementació, amb la finalitat d'assegurar la gestió correcta i homogènia dels incidents notificats, sempre amb una visió multidisciplinària i sistèmica.

Es van establir tres tipus de tractament en funció del tipus d'incident i les possibilitats de dur a terme propostes de millora: anàlisi causa-arrel completa (ACA completa), anàlisi causa-arrel simple (ACA simple) o seguiment, quan es van tractar de forma agregada. L'ACA completa es va definir quan a més d'una investigació en profunditat de l'incident, posteriorment es va constituir un grup de

Correspondència: Dra. Roser Anglès
Referent de Seguretat del Pacient
Direcció de Processos i Qualitat
Hospital Universitari Vall d'Hebron
Pg. Vall d'Hebron, 119-129
08035 Barcelona
Tel. 932 746 036
Fax: 932 746 067
Adreça electrònica: rangles@vhebron.net

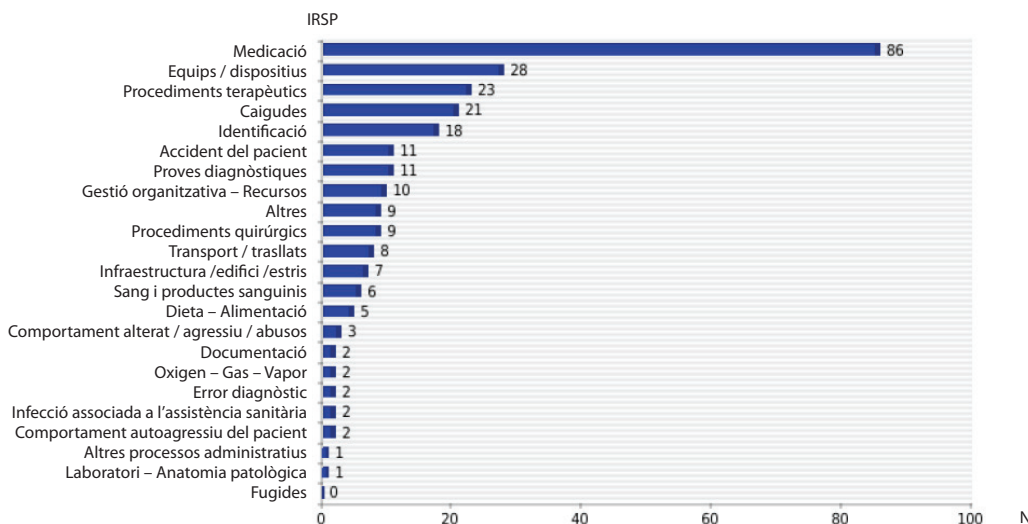


FIGURA 1. Tipus i nombre (N) d'incidents relacionats amb la seguretat del pacient (IRSP) notificats durant els anys 2011 i 2012

treball tipus *ad hoc* format per un grup multidisciplinari de professionals per a l'elaboració de propostes de millora, sempre amb la finalitat d'evitar que un incident semblant tornés a succeir al centre. Es va definir ACA simple, quan després de la investigació del cas, des de la pròpia UFSP s'establien les propostes de millora, ja que aquestes eren simples i incontestables i, fins i tot, en ocasions ja s'havien establert anteriorment, encara que no s'havien arribat a implementar.

Les accions desenvolupades es van classificar en: canvis implantats, acció formativa, grup de treball i elaboració o revisió d'un protocol, procediment, circuit o normativa.

Resultats

Nombre de notificacions avaluades

A la UFSP, durant els anys 2011-2012 es van analitzar 217 IRSP: 93 durant l'any 2011¹ i 124 durant el 2012. El 44% de casos notificats provenien d'hospitalització, seguits d'urgències, unitats de crítics i bloc quirúrgic.

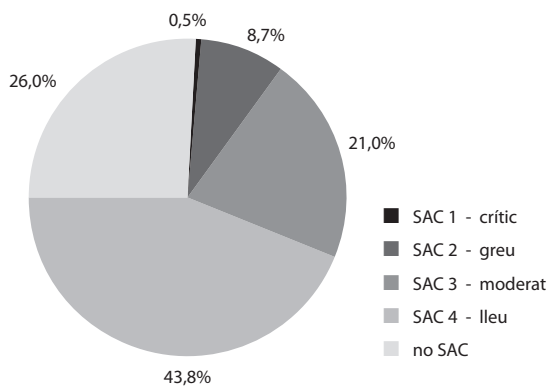


FIGURA 2. Incidents notificats relacionats amb la seguretat del pacient (%) classificats segons la gravetat amb el Severity Assessment Code (SAC)

Els tipus d'incidents notificats amb més freqüència van ser els errors de medicació (40%), seguits dels problemes amb equips i/o dispositius i amb procediments terapèutics (Figura 1). Una gran part dels casos notificats inclouïa diferents incidents; destacà, per exemple, que entre els errors de medicació, la identificació errònia del pacient era una de les principals causes. En relació a la gravetat dels incidents notificats, segons l'escala SAC, es va tenir un cas SAC 1 o crític (risc extrem) i 19 casos SAC 2 o greus (Figura 2).

Tractament dels incidents

En 174 dels 217 IRSP analitzats en la UFSP es va realitzar una ACA, en 26 casos dels quals va ser completa i es va incloure una taula multidisciplinària de propostes de millora.

En el 71% dels incidents, arran de la notificació i la seva anàlisi es va decidir implementar propostes de millora. Aquestes propostes de millora es van consolidar en 224 accions de millora, que es mostren a la Figura 3.

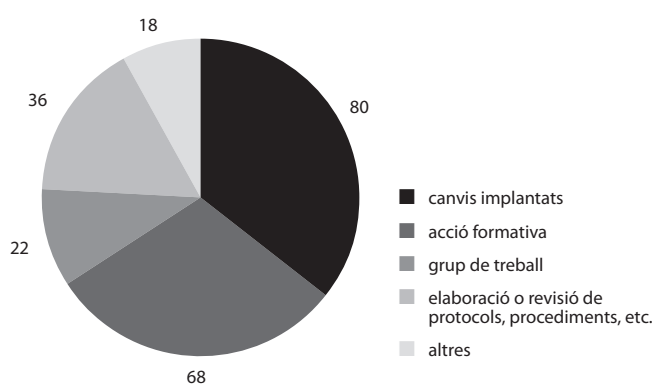


FIGURA 3. Accions (N) derivades de les notificacions d'incidents relacionats amb la seguretat del pacient

Alguns dels canvis implantats van ser la introducció en el laboratori de nous valors de pànic, l'elaboració de llistats de pacients amb colors alterns, el canvi de sistema de tancament de portes dels banys per a pacients a urgències, la separació de sèrums amb etiquetatges semblants a les unitats d'hospitalització i la introducció d'alarmes en el programa de prescripció electrònica. Les accions formatives van ser sobre la seguretat del pacient, la prevenció d'errors de medicació i la prevenció d'errors transfusionals. També es va incloure un circuit de comprovació radiològica de catèters venosos centrals i l'actualització d'un protocol multidisciplinari de sedació. Així mateix, es van constituir grups de treball per al trasllat de pacients crítics, per a l'estandardització de les concentracions de les infusions de fàrmacs vasoactius o per a l'elaboració de nous llistats de verificació.

Discussió

La implantació del sistema de notificació genèric conjuntament amb la sistematització del tractament dels incidents ha permès la consolidació de 224 accions de millora derivades de les notificacions, que ha repercutit en millores que incideixen directament en una atenció més segura als pacients de l'hospital.

La notificació voluntària d'incidentes relacionats amb la seguretat del pacient per part dels professionals assistencials és una eina bàsica per a la prevenció de futurs incidents². L'objectiu principal de la notificació és aprendre de l'experiència, instaurar bones pràctiques assistencials i poder implementar accions per a la prevenció³. Els sistemes de notificació d'IRSP no pretenen ser un retrat precís de la incidència o gravetat dels incidents que es produeixen en els nostres centres, sinó una forma valuosa d'obtenir informació sobre la cascada d'esdeveniments que constitueixen els factors contribuents de la gran majoria d'ells⁴.

El principal inconvenient dels sistemes de notificació és l'elevada infranotificació, que no permet quantificar la situació del centre. Segons l'estudi ENEAS, la densitat d'incidència d'esdeveniments adversos és de 14 per cada 1.000 dies estada-pacient. Això suposa que en el nostre centre, atès que el conjunt d'estades hospitalàries de 2011 i 2012 va ser de 627.930 dies, es pot estimar que es van produir en els dos anys al voltant de 9.421 IRSP.

Els sistemes de notificació d'IRSP han de ser un component essencial del pla de seguretat de qualsevol centre sanitari, però no poden ser l'única font d'informació⁵. La informació d'aquests sistemes s'ha de complementar amb la recollida d'indicadors, com els relatius al control de la infecció relacionada amb l'atenció sanitària, el sistema de farmacovigilància, el nombre de reintervencions o reingressos, etc. Alguns autors proposen complementar-los amb un sistema de revisió estructurat d'aquells casos amb criteris de sospita o *triggers*^{4,6}.

Entre les causes que justifiquen aquesta infranotificació hi ha el grau de cultura de seguretat del pacient dels professionals sanitaris⁷, la sobrecàrrega de treball que suposa la manca d'informació sobre el procés que segueix a una notificació, la manca de confiança en l'organització i la por a patir repercussions negatives conseqüents a la notificació⁸.

Els resultats obtinguts al nostre centre són similars als d'altres grups del nostre entorn⁹. No obstant això, cal tenir present que en el nostre sistema no es recullen aquells esdeveniments que es comptabilitzen de forma sistemàtica com els d'incidència i/o prevalença d'infeccions relacionades amb l'atenció sanitària o el sistema de farmacovigilància, que estan reflectits en el quadern de comandament d'indicadors de seguretat del pacient i que gestiona la comissió de seguretat del pacient. Aquest fet pot fer que, en una primera observació, el valor pugui semblar inferior a altres taxes publicades¹⁰.

Els sistemes de notificació genèrics tenen l'avantatge que permeten la detecció d'incidentes no classificables en els altres sistemes específics i poden dirigir-se a tots els àmbits de l'hospital, per la qual cosa resulten molt eficients. És fonamental la coordinació entre els sistemes per evitar duplicitats; el tractament multidisciplinari proporcionat des de la UFSP permet assegurar la gestió homogènia dels diferents incidents notificats i dona credibilitat a tot el conjunt.

Darrere un incident gairebé sempre es detecta una acció insegura o una omisió com a causa immediata, però una anàlisi més profunda revela una sèrie de múltiples factors que afavoreixen aquestes accions de forma subjacent². És important analitzar quines són aquestes causes i proposar millores en el sistema. A la UFSP s'ha analitzat els incidents notificats des d'una perspectiva sistèmica, fugint de l'anàlisi superficial a la recerca de culpables, fet que ha permès el gran nombre d'accions de millora dutes a terme.

A la UFSP s'ha utilitzat un doble criteri per decidir el tractament a realitzar d'un IRSP; a més de la freqüència i la gravetat de les conseqüències en el pacient (SAC), s'ha valorat la possibilitat de millora manifesta com un punt crític. En conseqüència, tot i el baix grau de gravetat dels incidents notificats, es va decidir fer 177 ACA.

És important destacar que les mesures proposades per la UFSP han comptat, en primera instància, amb el suport de la comissió de seguretat, la direcció i la gerència del centre, que han mostrat sempre el suport a totes les iniciatives de seguretat del pacient plantejades.

En resum, la implementació d'un sistema de notificació genèric juntament amb la sistematització del tractament dels incidents mitjançant la UFSP, ha permès la detecció de punts febles de l'organització així com l'oportunitat d'instaurar bones pràctiques o millorar cir-

cuits. Totes aquestes millores han incidit de manera directa en proporcionar una atenció més segura als pacients i ha suposat un impuls considerable per a la consolidació d'una cultura de seguretat del pacient en el centre.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Anglès R, Llinàs M, Alerany C, García MV. Sistema de notificación genérico y gestión de incidentes: implantación y acciones de mejora derivadas para la seguridad del paciente. *Med Clin (Barc)*. 2013;140:320-4.
2. Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ, Hewett D, Prior S, Strange P, et al. How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Ligation and risk management protocol. *BMJ*. 2000;320:777-81.
3. Leape L. Reporting of adverse events. *N Engl J Med*. 2002;374:1633-8.
4. Baba-Akbari A, Sheldon TA, Cracknell A, Turnbull A. Sensitivity of routine system for reporting patient safety incidents in an NHS hospital: retrospective patient case note review. *BMJ*. 2007;334:79-82.
5. Menéndez MD, Rancaño I, García V, Vallina C, Herranz V, Vázquez F. Uso de diferentes sistemas de notificación de eventos adversos: ¿mucho ruido y pocas nueces? *Rev Calid Asist*. 2010;25(4):232-6.
6. Thompson AM, Stonebridge PA. Building a framework for trust: critical event analysis of deaths in surgical care. *BMJ*. 2005;330:1139-42.
7. Kaplan HS, Rabin B. Organization of event reporting data for sense making and system improvement. *Qual Saf Health Care*. 2003;12(Suppl II):ii68-72.
8. Hartnell N, MacKinnon N, Sketris I, Fleming M. Identifying, understanding and overcoming barriers to medication error reporting in hospitals: a focus group study. *BMJ Qual Saf*. 2012;21:361-8.
9. Pérez V, Rubio I, Alarcón P, Mateos J, Herradón M, Delgado A. Implementación de un formulario para la notificación de eventos adversos: resultados del primer año. *Rev Calid Asist*. 2009;24(1):3-10.
10. Espíritu N, Lavado G, Pantoja L, Lam C, Barrientos M, Centeno R. Notificación de eventos adversos em un hospital nacional en Lima. *Rev Calid Asist*. 2007;22:335-41.