

## ORIGINAL

# Análisis del registro de un sistema de notificación de incidentes en una unidad de cuidados críticos.



M.A. Murillo-Pérez\*, MSc, M. García-Iglesias, RN, I. Palomino-Sánchez, RN, G. Cano Ruiz, RN, M. Cuenca Solanas, MSc y E. Alted López, MD

UCI de Traumatología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

Recibido el 18 de septiembre de 2015; aceptado el 29 de diciembre de 2015

Disponible en Internet el 16 de junio de 2016

### PALABRAS CLAVE

Cuidados críticos;  
Seguridad del  
paciente;  
Evento adverso

### Resumen

**Objetivo:** Analizar los incidentes comunicados a través de un sistema de notificación y registro en una unidad de cuidados críticos.

**Metodología:** Estudio transversal descriptivo. Se realizó un análisis de los registros de incidentes comunicados de manera anónima y voluntaria de enero de 2007 a diciembre de 2013 en una unidad de cuidados críticos de pacientes adultos con trauma grave. Variables de estudio: tipo y clase de incidente, profesional que notifica y sugerencias de medidas de mejora. Análisis descriptivo de variables.

**Resultados:** Se comunicaron un total de 275 incidentes, de los cuales el 58,5% fueron eventos adversos. Los incidentes distribuidos por clases: medicación 33,7%; accesos vasculares-drenajes-sondas-sensores 19,6%; aparatos-equipos 13,3%; procedimientos 11,5%, vía aérea y ventilación mecánica 10%; cuidados enfermeros 4,1%; comunicación interprofesional 3%; pruebas diagnósticas 3%; identificación paciente 1,1% y transfusión 0,7%. En el grupo de medicación los errores de administración constituyeron el 62%; en el de accesos vasculares-drenajes-sondas-sensores las vías venosas centrales el 27%; en aparatos y equipos los respiradores un 46,9%; en vía aérea las autoextubaciones el 32,1%. En relación con los errores de medicación el 62% fueron incidentes sin daño. La notificación de incidentes por profesional: médicos 43%; residentes 5,6%; enfermeros 51%; técnicos auxiliares 0,4%.

**Conclusiones:** Los incidentes que más se comunican son eventos adversos. Los sucesos relacionados con la administración de medicación son los más frecuentes, aunque la mayoría no ocasionaron daño. Los enfermeros y médicos comunican incidentes con similar frecuencia. Destaca la baja notificación de incidentes a pesar de ser un sistema anónimo y voluntario, por ello, se sugiere estudiar medidas para aumentar el grado de comunicación.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. y SEEIUC. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [aramur@telefonica.net](mailto:aramur@telefonica.net) (M.A. Murillo-Pérez).

**KEYWORDS**

Critical cares;  
Patient safety;  
Adverse event

**Analysis of an incident notification system and register in a critical care unit****Abstract**

*Objective:* To analyse the incident communicated through a notification system and register in a critical care unit.

*Methodology:* A cross-sectional descriptive study was conducted by performing an analysis of the records of incidents communicated anonymously and voluntarily from January 2007 to December 2013 in a critical care unit of adult patients with severe trauma. Study variables: incident type and class, professional reports, and suggestions for improvement measures. A descriptive analysis was performed on the variables.

*Results:* Out of a total of 275 incidents reported, 58.5% of them were adverse events. Incident distributed by classes: medication, 33.7%; vascular access-drainage-catheter-sensor, 19.6%; devices-equipment, 13.3%, procedures, 11.5%; airway tract and mechanical ventilation, 10%; nursing care, 4.1%; inter-professional communication, 3%; diagnostic test, 3%; patient identification, 1.1%, and transfusion 0.7%. In the medication group, administrative errors accounted for a total of 62%; in vascular access-drainage-catheter-sensor group, central venous lines, a total of 27%; in devices and equipment group, respirators, a total of 46.9%; in airway self-extubations, a total of 32.1%. As regards to medication errors, 62% were incidents without damage. Incident notification by profession: doctors, 43%, residents, 5.6%, nurses, 51%, and technical assistants, 0.4%.

*Conclusions:* Adverse events are the most communicated incidents. The events related to medication administration are the most frequent, although most of them were without damage. Nurses and doctors communicate the incidents with the same frequency. In order to highlight the low incident notification despite it being an anonymous and volunteer system, therefore, it is suggested to study measurements to increase the level of communication.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. y SEEUC. All rights reserved.

**¿Qué se conoce/qué aporta?**

Los sistemas de notificación y registro de incidentes son elementos claves para mejorar la seguridad en las unidades de cuidados críticos, permitiendo adoptar estrategias de mejora.

Este estudio pone de manifiesto la baja notificación de eventos adversos en un sistema de notificación anónimo y voluntario, por ello, muestra la necesidad de incorporar medidas en las unidades de cuidados críticos para fomentar el grado de comunicación de incidentes por parte de los profesionales.

**¿Implicaciones del estudio?**

Los resultados de este estudio en la práctica clínica justifican la necesidad de incorporar herramientas para disminuir la incidencia de eventos adversos.

Es pertinente disponer de distintas herramientas de seguridad en las unidades de cuidados críticos que permitan detectar y notificar el mayor número posible de incidentes relacionados con la atención a los pacientes. Así como establecer grupos propios de gestión de riesgos, que permitan mayor efectividad en la seguridad de los pacientes.

**Introducción**

En el siglo *xxi* la gestión de una atención sanitaria de calidad, segura y exenta de efectos adversos se ha convertido en una prioridad para los sistemas sanitarios, preocupando no solo a gestores, sino también a profesionales y usuarios. El informe «*To Err is Human: Building a Safer Health System*»<sup>1</sup> publicado por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos marcó un antes y un después en la gestión y aplicación de los cuidados<sup>1</sup>.

Los sistemas actuales de atención sanitaria se caracterizan por su elevada complejidad, combinan procesos, tecnologías e interacciones humanas que aportan beneficios importantes para la salud, sin embargo, también conllevan un riesgo de que ocurran eventos adversos<sup>2</sup>.

Las unidades de cuidados críticos son unidades vulnerables a la ocurrencia de eventos adversos<sup>3</sup>, contribuyendo a un incremento de estos en el paciente crítico. Distintos factores se atribuyen a este riesgo: complejidad de los procedimientos, situación clínica de los pacientes, barreras de comunicación, requerimiento frecuente de técnicas invasivas por paciente y día, uso de fármacos de alto riesgo, equipos multidisciplinarios con elevado número de profesionales entre otros<sup>4</sup>.

Se han descrito distintas estrategias para contribuir a fomentar la cultura de seguridad en los hospitales, los registros de incidentes, así como su aprendizaje han sido

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2608336>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2608336>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)