



medicina *intensiva*

www.elsevier.es/medintensiva



REVISIÓN

Análisis aleatorios de seguridad en tiempo real, una herramienta transformadora adaptada a los nuevos tiempos

M. Bodí^{a,b,c,*}, I. Oliva^a, M.C. Martín^d y G. Sirgo^{a,b}

^a Intensive Care Unit, Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII, Tarragona, España

^b Instituto de Investigación Sanitaria Pere Virgili, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España

^c Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^d Intensive Care Unit, Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz, Madrid, España

Recibido el 15 de julio de 2016; aceptado el 6 de septiembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Listado de verificación;
Unidad de cuidados intensivos;
Paciente crítico;
Auditorías de seguridad

Resumen Los análisis aleatorios de seguridad en tiempo real son una herramienta que ha sido creada como un método de traslación del conocimiento desde las fuentes de la evidencia científica hasta la cabecera del paciente. Ha demostrado ser útil en el entorno del paciente crítico, en términos de mejora de la seguridad en el proceso de cuidados al paciente crítico, transformando situaciones inseguras en seguras en el día a día, garantizando la adherencia a la evidencia científica. Paralelamente, por su diseño y metodología ha permitido disponer de indicadores de proceso que hará posible conocer cómo realizamos la atención a nuestros pacientes, la evolución en el tiempo (y el feedback periódico a los profesionales), el impacto de nuestras intervenciones y el benchmarking.

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

KEYWORDS

Checklist;
Intensive care units;
Critical patient;
Random safety audits

Real-time random safety audits: A transforming tool adapted to new times

Abstract Real-time random safety audits constitute a tool designed to transfer knowledge from the sources of scientific evidence to the patient bedside. It has proven useful in critically ill patients, improving safety in the process of critical patient care, turning unsafe situations into safe ones in daily practice, and ensuring adherence to scientific evidence. In parallel, the design and methodology involved affords process indicators that will make it possible to know how we provide care for our patients, evolution over time (with regular feedback for professionals), the impact of our interventions, and benchmarking.

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

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: mbodi.hj23.ics@gencat.cat (M. Bodí).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2016.09.006>

0210-5691/© 2016 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

Introducción

La Medicina Intensiva vive inmersa en un periodo de profunda transformación que requiere nuevos escenarios asistenciales, nuevas formas de mirar el entorno y nuevos roles. En este periodo de cambio, las unidades de cuidados intensivos (UCI) han dejado de ser exclusivamente el territorio de actuación de profesionales superespecializados para convertirse en espacios, más allá de los muros físicos, gobernados por la economía del conocimiento, base actual de la investigación y la docencia¹. Sin embargo, esta renovación arrastra viejos problemas para los que no hemos encontrado solución. Uno de ellos es la gran brecha que separa la práctica clínica de la evidencia científica².

Por otro lado, como profesionales de una de las especialidades esenciales del sistema sanitario, nuestra responsabilidad (individual y colectiva) debe abrazar la calidad asistencial como paradigma para conseguir los objetivos que la sociedad nos demanda. Los esfuerzos de concreción en este ámbito han permitido el desarrollo de modelos de excelencia ampliamente difundidos, por ejemplo el European Foundation for Quality Management (EFQM)³, que toma sus referencias en el liderazgo, la gestión por procesos, la satisfacción de los profesionales, el valor medido desde la perspectiva de los pacientes, los resultados ajustados a los medios, favorecer la creatividad y la innovación, desarrollar alianzas y propiciar la sostenibilidad del sistema⁴.

En este contexto, lanzar una invitación a enfrentarse a este cambio sin señalar una *posición* que ayude a afrontar el entorno propio de los periodos transicionales y, sobre todo, sin proponer las *herramientas* para canalizar el esfuerzo, es una actitud demagógica.

En cuanto a la *posición*, convendría reencontrarse con el concepto de trabajo en equipo: en el que los miembros interactúan, colaboran, y comparten conocimientos y recursos, lo que significa que son dependientes unos de otros para desarrollar sus tareas⁵. Ello requiere entrenamiento (por ejemplo, mediante ejercicios de simulación), potenciando la construcción de espacios de trabajo eficaces en los que tanto interviene la conciencia situacional⁶ y en los que es esencial una comunicación efectiva. Esta, en situaciones complejas (como la práctica clínica), requiere no limitarse a construir la estructura de un equipo, sino construir modelos mentales compartidos, condicionados por los conocimientos y la experiencia^{7,8}.

Respecto a las herramientas, pueden ser de 2 tipos. Unas son transversales, como son los sistemas de información clínica (SIC). La experiencia con los SIC es creciente y los resultados asistenciales y organizativos que se desprenden de su utilización son prometedores⁹⁻¹¹ pero, además, mejorarán la seguridad y el trabajo en equipo y consolidarán las bases de la nueva investigación clínica^{12,13}. Otras herramientas son operativas y representan la palanca de la estrategia. Son aquellas herramientas que idealmente son efectivas en la complejidad, están introducidas de la mano de un liderazgo adaptativo, garantizan la adherencia de los usuarios a la mejor evidencia científica acompañando la ejecución de los procesos y facilitan una comunicación efectiva. En los últimos años se han incorporado en el ámbito sanitario diferentes herramientas derivadas de otras industrias con el objetivo de mejorar el trabajo en equipo, favorecer la comunicación efectiva entre los profesionales sanitarios y

mejorar la seguridad del paciente. Algunas de ellas se han modificado e incluso rediseñado para adaptarlas a ambientes específicos. En la *tabla 1* se definen las más utilizadas y que comparten algunos elementos entre sí¹⁴.

Nuestro grupo ha trabajado en el diseño de una herramienta que, además de cumplir los requisitos de las herramientas operativas, tiene la virtud de aproximarse al profesional anunciando su ayuda en una de las áreas más prioritarias de la calidad asistencial, la seguridad clínica¹⁵. Así han nacido los *análisis aleatorios de seguridad en tiempo real (AASTRE)*. Como veremos más adelante, los AASTRE pueden interaccionar con los SIC velando por la seguridad y la calidad de sus datos y además, por sí mismos, aportan información clínica relevante (indicadores de proceso)¹⁶.

Seguridad. Tipos de errores. Medidas proactivas o reactivas

La seguridad clínica arrastra una semántica que como profesionales nos intimida. Solo hace falta acercarse a los términos más elementales para sentir cierto desasosiego: error, incidente o evento adverso.

Cuando alguien piensa más de 5 min seguidos sobre seguridad clínica descubre la esencia del problema: es escurridiza y resulta muy difícil medirla¹⁷. ¿Cómo sé que mi UCI es segura? ¿Cómo puedo conocer que en mi UCI nos estamos acercando a un umbral inseguro de riesgo? ¿Cómo puedo mejorar la seguridad de mi UCI?

Entre los errores, los de comisión (aplicar de forma incorrecta una acción prevista de la manera que se pretende o está indicada) son más visibles (por ejemplo, la administración de una dosis inapropiada de un fármaco por error de prescripción), son más fácilmente detectables, y suelen provocar mayor atención que los errores de omisión (no llevar a cabo una acción prevista de la manera que se pretende o está indicada). Estos últimos nos preocupan especialmente; son más insidiosos y más complejos de reconocer; pueden estar encubiertos y protegidos por hábitos y rutinas, y tienen su ejemplo más claro en la falta de adherencia en las guías de buena práctica clínica. Este hecho, paradójicamente, ocurre con más frecuencia en los pacientes más graves¹⁸ y ha sido mencionado como un problema sistémico de difícil abordaje¹⁹. No obstante, se han identificado barreras que pueden ayudarnos a plantear estrategias de afrontamiento: falta de liderazgo o recursos, temor a perder autonomía en las decisiones, desacuerdo con los resultados de las guías, aspectos organizativos o resistencia al cambio de los hábitos de trabajo²⁰⁻²³.

Las herramientas reactivas de análisis y mejora de la seguridad, como la notificación de incidentes o eventos adversos, de forma aislada no garantizan su efectividad, por 2 razones esencialmente²⁴: 1) porque las notificaciones pueden presentar sesgos importantes, 2) porque en ocasiones no se sigue de un análisis pormenorizado, por personal entrenado y multidisciplinar (análisis causa raíz), y/o la información extraída no revierte en los profesionales (retroalimentación) a través de la generación de nuevo conocimiento o mejoras en el sistema; por ello existe el riesgo de que todo se vuelva a repetir. Paralelamente y de forma complementaria, disponemos de herramientas proactivas (análisis modal de fallos y efectos, por ejemplo) para

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5637128>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5637128>

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