



Revista Española de Anestesiología y Reanimación

www.elsevier.es/redar



ORIGINAL

¿Qué hemos aprendido de la notificación de incidentes de seguridad en el Bloque Quirúrgico?: estudio descriptivo transversal de 2 años de actividad de un grupo analizador multidisciplinar

F. Caba Barrientos^{a,*}, A. Rodríguez Morillo^a, R. Galisteo Domínguez^b,
M. del Nozal Nalda^c, C.V. Almeida González^d y M. Echevarría Moreno^e

^a Grupo local de SENSAR, Unidad de Gestión Clínica de Anestesia y Reanimación, Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme, Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla, Sevilla, España

^b Subdirección de Enfermería del Bloque Quirúrgico, Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme, Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla, Sevilla, España

^c Subdirección Médica y Calidad del Bloque Quirúrgico, Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme, Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla, Sevilla, España

^d Unidad de Metodología y Estadística de Investigación, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

^e Dirección de la Unidad de Gestión Clínica de Anestesia y Reanimación, Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme, Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla, Sevilla, España

Recibido el 12 de septiembre de 2017; aceptado el 12 de diciembre de 2017

PALABRAS CLAVE

Seguridad del paciente quirúrgico;
Sistemas de notificación de incidentes;
Aprendizaje organizativo;
Gestión de riesgos

Resumen

Antecedentes y objetivos: Los sistemas de notificación de incidentes (SNI) se consideran una herramienta que facilita el aprendizaje y la cultura de seguridad. Utilizando la experiencia adquirida con SENSAR, evaluamos la viabilidad y la actividad de un grupo multidisciplinar analizador de incidentes en el paciente quirúrgico notificados a un sistema general comunitario, el del Observatorio para la Seguridad del Paciente (OSP).

Material y método: Estudio observacional descriptivo transversal planificado a 2 años. Previa formación en el análisis, se crea un grupo multidisciplinar en cuanto a especialidades y categorías profesionales, que analizarían los incidentes en el paciente quirúrgico notificados al OSP. Se clasifican los incidentes y se analizan sus circunstancias.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fcababarrientos@gmail.com

(F. Caba Barrientos).

<https://doi.org/10.1016/j.redar.2017.12.007>

0034-9356/© 2017 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Resultados: Entre los meses de marzo de 2015 y 2017 se notificaron 95 incidentes (4 por no profesionales). Los facultativos notificaron más que la enfermería, 54 (56,8%) vs. 37 (38,9%). La unidad que más notificó fue Anestesia con 46 (48,4%) ($p=0,025$). Los tipos de incidentes se relacionaron principalmente con el procedimiento asistencial (30,5%); el momento, con el preoperatorio (42,1%) y el lugar, con el área quirúrgica (48,4%), detectándose diferencias significativas en función de la filiación del notificante ($p=0,03$). No daño, o morbilidad menor, presentaron el 88% de los incidentes. Se identificaron errores en el 79%. El análisis de los incidentes dirigió las medidas a tomar.

Conclusiones: La actividad que mantuvo el grupo multidisciplinar de análisis durante el periodo de estudio propició el conocimiento del sistema entre los profesionales y permitió identificar elementos de mejora en el Bloque Quirúrgico a diferentes niveles.

© 2017 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Surgical patient safety;
Incident reporting systems;
Organizational learning;
Risk management

What have we learned from reporting safety incidents in the Surgical Block?: Cross-sectional descriptive study of two-years of activity of a multidisciplinary analytical group

Abstract

Background and objectives: Incident Reporting Systems (IRS) are considered a tool that facilitates learning and safety culture. Using the experience gained with SENSAR, we evaluated the feasibility and the activity of a multidisciplinary group analyzing incidents in the surgical patient notified to a general community system, that of the Observatory for Patient Safety (OPS).

Material and method: Cross-sectional observational study planned for two years. After training in the analysis, a multidisciplinary group was created in terms of specialties and professional categories, which would analyze the incidents in the surgical patient notified to the OPS. Incidents are classified and their circumstances analyzed.

Results: Between March 2015 and 2017, 95 incidents were reported (4 by non-professionals). Doctors reported more than nurses, at 54 (56.84%) vs. 37 (38.94%). The anaesthesia unit reported most at 46 (48.42%) ($P=.025$). The types of incidents mainly related to the care procedure (30.52%); to the preoperative period (42.10%); and to the place, the surgical area (48.42%). Significant differences were detected according to the origin of the notifier ($P=.03$). No harm, or minor morbidity, constituted 88% of the incidents. Errors were identified in 79%. The analysis of the incidents directed the measures to be taken.

Conclusions: The activity undertaken by the multidisciplinary analytical group during the period of study facilitated knowledge of the system among the professionals and enabled the identification of areas for improvement in the Surgical Block at different levels.

© 2017 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Procedentes del mundo de la industria, los sistemas de notificación de incidentes (SNI) han pasado a formar parte de las líneas estratégicas para mejorar la seguridad de los pacientes y son recomendados por agencias^{1,2}, organismos internacionales^{3,4} y los propios sistemas sanitarios⁵. A pesar de sus limitaciones y de las no demasiadas evidencias de la verdadera naturaleza de su utilidad, la opinión y el consenso de algunos expertos establece que, si bien no deberían ser considerados como herramienta epidemiológica, los SNI son eficaces para diseminar la cultura de seguridad⁶ y detectar mejoras en el ámbito de las organizaciones sanitarias, aunque deberían evolucionar y perfeccionarse para alcanzar su máximo potencial⁷⁻¹⁰.

Los SNI han sido implementados desde una concepción general para cualquier aspecto de la asistencia sanitaria (atención primaria y atención hospitalaria), o bien desde el punto de vista de una disciplina (p.ej., Anestesiología) o de un aspecto particular de la asistencia (p.ej., la medicación¹¹). También obedecen a un planteamiento nacional, regional o local y con diferente titularidad: institucional, sociedades científicas, asociaciones, centros u otras organizaciones, entre las que es frecuente la colaboración. En España se ha desarrollado un SNI de ámbito general dependiente del Ministerio de Sanidad, Seguridad Social e Igualdad: el Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente (SiNASP)¹².

La Anestesiología ha sido una especialidad que ha destacado en la implementación de prácticas seguras y en

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8621962>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8621962>

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