

UNIVERSIDAD DE OVIEDO

**TRABAJO FIN DE MÁSTER EN ANÁLISIS Y GESTIÓN DE
EMERGENCIAS Y DESASTRES**

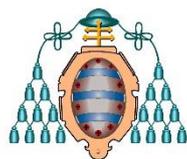
***“Estado actual de las iniciativas de seguridad del paciente
y notificación de eventos adversos en los sistemas de
emergencias de España”***

Autora: Cecilia Movilla Jiménez

Tutor: Rafael Castro Delgado

Cotutora: Dolores Santander Barrios

Oviedo, Junio de 2015



UNIVERSIDAD DE OVIEDO

TRABAJO FIN DE MÁSTER EN ANÁLISIS Y GESTIÓN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES

“Estado actual de las iniciativas de seguridad del paciente y notificación de eventos adversos en los sistemas de emergencias de España”

Autora: Cecilia Movilla Jiménez

Oviedo, Junio de 2015

RESUMEN

INTRODUCCION: Un aspecto clave para la Seguridad del Paciente (SP) es la detección, registro y análisis de eventos adversos (EA) para poder llevar a cabo acciones de mejora y evitar su recurrencia.

OBJETIVOS: Conocer si los servicios de emergencias extrahospitalarias de España, disponen de sistema de notificación de Incidentes/ EA. Conocer los tipos de sistemas implantados, si se realizaron acciones de mejora, si disponen de algún grupo de gestión de calidad/ SP y de algún tipo de acreditación de calidad.

MATERIAL Y METODO: Estudio descriptivo transversal. Se diseñó una encuesta con 18 preguntas que fue enviada a los servicios de emergencias extrahospitalarias de todas las comunidades españolas en abril- mayo de 2015.

RESULTADOS: Tasa de respuesta del 95%. El 84% de los servicios dispone de sistema de notificación, de éstos, el 75% es un sistema a nivel interno y un 31% a nivel global/nacional. Un 87% analiza los incidentes y comparte la información analizada. El 81% ha realizado alguna acción de mejora desde que se ha implantado el sistema de notificación. El 68% dispone de grupo de gestión de SP y un 48% de algún tipo de acreditación de calidad.

CONCLUSIONES: Hay un porcentaje alto de implantación de los Sistemas de Notificación en los servicios de emergencias extrahospitalarias de España. En casi la totalidad de los servicios, se llevan realizando acciones de mejora desde que se implantó el sistema de notificación. Es muy importante compartir resultados y conocimientos para fomentar el aprendizaje y la cultura en SP, contribuyendo a la mejora de la calidad asistencial.

Palabras clave: seguridad del paciente, evento adverso, riesgo, urgencia extrahospitalaria.

ABSTRACT

INTRODUCTION: A key for Patient Safety (PS) is the detection, recording and analysis of adverse events (AE) to carry out improvements and prevent its recurrence.

OBJECTIVES: Establish which Spanish prehospital emergency services have incident reporting system/ AE. Knowing the types of systems, if improvement actions were carried out, if they have a group of quality management / PS and have some quality accreditation.

MATERIALS AND METHODS: Cross-sectional study. A survey of 18 questions was designed and sent to prehospital emergency services of all Spanish communities in April-May 2015.

RESULTS: Response rate of 95%. 84% of services have an available reporting system; of these, 75% have an internal hospital system and 31% global/ national system. 87% analyzes the incidents and share the information analyzed. 81% have taken actions to improve since it has been implemented the reporting system. 68% have management group of PS and 48% have any quality accreditation.

CONCLUSIONS: There is a high percentage of implementation of reporting systems on Spanish prehospital emergency services. On almost every service, improvement actions have been performed since the reporting system was introduced. It is very important to share results and knowledge to promote learning and culture in PS, contributing to improved quality of care.

Keywords: patient safety, adverse event, risk, prehospital emergency

“Estado actual de las iniciativas de seguridad del paciente y notificación de eventos adversos en los sistemas de emergencias de España”

INDICE

1. INTRODUCCION 1

2. OBJETIVOS..... 8

3. METODOLOGIA 9

4. RESULTADOS Y DISCUSION 10

5. CONCLUSIONES 16

6. BIBLIOGRAFIA..... 17

7. ANEXO 20

1. INTRODUCCION

1.1.- LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Desde la publicación en 1999-2000 del informe “To err is human” (IOM) que constató los riesgos asociados al proceso asistencial sanitario, la seguridad del paciente (SP) es una dimensión básica de la calidad en la asistencia sanitaria y constituye una prioridad para los sistemas de salud a nivel mundial.¹ Así, organizaciones nacionales e internacionales como el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) en España, National Health Service (NHS) en Inglaterra, National Security Agency (NSA) en EEUU, La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), otorgan una gran importancia a ésta dimensión de la asistencia sanitaria.

La Organización Mundial de la Salud define la seguridad del paciente como *“la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro”*.²

La seguridad del paciente es una prioridad en todos los niveles asistenciales, pero aún más si cabe en los servicios de emergencias. Los servicios de urgencias comparten unas características en la atención sanitaria (urgencia, patologías tiempo-dependientes, vulnerabilidad de los pacientes, gravedad, presión asistencial, etc.), y en las emergencias extrahospitalarias se añade la falta de pruebas complementarias, el entorno de la atención y la dificultad diagnóstica. Todo ello puede favorecer que durante las intervenciones concurren circunstancias (factores contribuyentes) que dificulten tanto el proceso asistencial como los cuidados y puedan ocasionar daños en el paciente.^{3,4}

En éste contexto, se hace necesario conocer los eventos adversos derivados de la asistencia sanitaria para poder comprender sus causas e intentar instaurar medidas para que no vuelvan a suceder. Para ello, una de las herramientas que posee la gestión del riesgo de la SP son los sistemas de notificación; que con sus limitaciones (infranotificación) es una buena herramienta para aproximarse a algunos incidentes o eventos adversos (EA) que puedan estar ocurriendo y para implicar en la SP a los profesionales.

Sería importante fomentar la cultura de seguridad y el aprendizaje organizacional a través del análisis de los incidentes, tomar consciencia de la importancia de la notificación de los mismos implantando acciones de mejora y compartiéndolas con todos los profesionales.

La Seguridad del Paciente es un componente fundamental de la calidad asistencial y un requisito indispensable para que un servicio pueda alcanzar un nivel de calidad óptimo. Las administraciones se están interesando especialmente por la mejora de la seguridad clínica en la atención sanitaria. Dos motivos son los principales: el primero de ellos, dar respuestas al exceso de demandas judiciales a profesionales y servicios y el segundo, implementar políticas nacionales para mejorar la seguridad de la atención sanitaria. El Estudio Nacional de Efectos Adversos (ENEAS)⁵ refleja que una importante proporción de los eventos adversos (EA) que se originan, tienen su origen en el servicio de urgencias.⁶

Con este trabajo se pretende dar a conocer el estado actual de las iniciativas de seguridad del paciente y notificación de eventos adversos en los sistemas de emergencias y urgencias médicas extrahospitalarias de España señalando la importancia del desarrollo e implantación de estas iniciativas.

1.2. EVENTOS ADVERSOS

No existe una nomenclatura uniforme de los conceptos. Hay algunos términos en Seguridad del Paciente propuestos por distintos organismos que difieren; aunque los conceptos “clave” (Incidente y EA) sí son universales. No obstante, la OMS a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, llevó a cabo un programa para establecer el marco conceptual de la clasificación Internacional para la SP en 2009 tratando de unificar los conceptos relativos a la seguridad del paciente.

En este marco, la OMS da las siguientes definiciones sobre incidente, evento adverso y evento centinela²:

Un incidente relacionado con la seguridad del paciente es *“una circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente”*. El incidente puede transcurrir sin daños para el paciente o con daños. Cuando se produce daño en el paciente, se conoce como evento adverso. Un evento adverso es *“una lesión o daño no intencional causado al paciente por la intervención asistencial, no por la patología de base”*. Un evento centinela es *“la incidencia imprevista en la que se produce la muerte o una lesión física o psíquica grave, o el riesgo de que se produzca”*.

¿POR QUE SE PRODUCEN LOS EVENTOS ADVERSOS?

Los servicios de urgencias, y más concretamente los servicios de emergencias extrahospitalarias, reúnen una serie de características que pueden facilitar la aparición de eventos adversos. Cabe destacar que estos eventos ocurren por la coincidencia de múltiples factores contribuyentes. La OMS define factor contribuyente como *“una circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de que se produzca un incidente”*.² Si se analizan las causas de estos eventos adversos, observamos que puede deberse a varios factores:

- Factores del paciente: incluyen aquellos aspectos específicos de cada paciente como pueden ser tipo de paciente y gravedad.
- Factores individuales: incluyen aspectos psicológicos, familiares, relaciones laborales... de cada persona involucrada en el evento adverso.
- Factores de tarea: son aquellos que intervienen en el desarrollo seguro del proceso de asistencia sanitaria.
- Factores de comunicación: aspectos relacionados con la comunicación entre profesionales o entre profesionales y paciente.
- Factores sociales y de equipo: en este punto adquiere gran importancia la disposición de los profesionales y la cohesión del equipo. Para ello es muy importante potenciar la comunicación entre los profesionales y entre profesionales y paciente.
- Factores de formación y entrenamiento: potenciar la formación de los profesionales y la especialización del personal de servicios de urgencias y emergencias extrahospitalarias.
- Factores de equipamiento y recursos: aumentar la dotación material y humana de los servicios de urgencias, garantiza una asistencia sanitaria de calidad.
- Condiciones de trabajo: este es un factor contribuyente importante en las emergencias extrahospitalarias ya que la mayoría de las veces la asistencia se realiza en la vía

pública, y las condiciones en las que se trabajan no son las idóneas para llevar a cabo la asistencia sanitaria (escasa visibilidad, ruido, espacio, mobiliario...).

- Factores organizativos y estratégicos: es importante agrupar los factores contribuyentes en un sistema de clasificación para que puedan ser analizados y se lleven a cabo acciones de mejora que contribuyan a la seguridad del paciente. Es importante resaltar que muchos de los eventos adversos se deben a características del propio sistema y no a negligencias o imprudencias del personal.⁷

Para explicar las causas que contribuyen a que se produzcan los eventos adversos, podemos encontrarnos dos modelos:

- El modelo centrado en la persona. Este modelo sólo se centra en culpabilizar al profesional, no busca otros factores contribuyentes y no busca las circunstancias de la organización que pudieron llevar a ese evento adverso.
- El modelo centrado en el sistema. Este modelo trata de explicar que los humanos pueden cometer fallos y es importante intervenir en las condiciones en las que trabajan los profesionales para así facilitar la reducción de eventos adversos.⁸

DETECCION DE EVENTOS ADVERSOS

Existen diversos métodos para detectar eventos adversos. Todos ellos son adecuados para detectarlos, pero también con limitaciones en su capacidad de detección. Uno de ellos es la notificación. Otros métodos son el Global Trigger Tool, revisiones de historias clínicas, eventos centinela e indicadores, observación directa, investigación...

La detección de eventos adversos es un componente fundamental a la hora de afrontar los errores que se producen en la asistencia sanitaria. Es imprescindible conocer los mecanismos de producción de los errores para así conocer los principales problemas de seguridad en una organización y poder abordarlos correctamente implantando medidas para evitar su recurrencia como por ejemplo Mapas de Riesgos.

1.3. NOTIFICACION DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

La seguridad del paciente es actualmente una prioridad de la asistencia sanitaria. Para aprender de los errores y evitar que vuelvan a ocurrir, lo primero que debemos hacer es conocer los incidentes y eventos adversos que ocurren y notificarlos.

Existen dos tipos de sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.

El primero de ellos son los sistemas obligatorios y públicos de notificación. Estos sistemas se centran en el registro de eventos adversos que producen lesiones graves o muertes (eventos centinela) y sus principales objetivos son ofrecer a los usuarios unos mínimos de protección y seguridad y estimular a las instituciones para que eviten problemas de seguridad que les podrían llevar a sanciones.

El otro tipo de sistemas de registro y notificación de incidentes, y más utilizado, son los sistemas de carácter voluntario. Tienen como objetivo identificar los elementos más frágiles del sistema, para así poder evitar que se produzcan errores que puedan causar daño en los usuarios.

El objetivo final de la notificación de incidentes es aprender de las experiencias, favorecer la mejora del clima de seguridad dentro de los ámbitos de trabajo e implantar acciones de mejora. La cultura de seguridad es el resultado de los valores individuales y de grupo, las actitudes, competencias y objetivos que determinan el nivel de implicación que tienen los

servicios para preservar la seguridad de los pacientes.^{1,9} Los motivos por los que se destaca la importancia de la notificación de incidentes y eventos adversos son los siguientes:

- Conocer cuáles son las barreras que evitan que los eventos adversos tengan lugar.
- Conocer la frecuencia de los incidentes.
- Mejorar la calidad asistencial centrándose en los datos de monitorización de incidentes y no sólo en la de eventos adversos.
- La retroalimentación del personal, fomentando su participación en la mejora de la seguridad del paciente.^{10,11}

En un intento de describir las diferentes gestiones en Seguridad del Paciente a través de la Notificación de Incidentes, la OMS diseñó un Proyecto de directrices para la notificación de eventos adversos en el año 2005 en el que se muestra una comparativa sobre los diferentes sistemas de notificación de eventos adversos de algunos de los países. Países como República Checa, Dinamarca, Irlanda y EEUU disponen de un sistema de notificación obligatorio. Otros como Países Bajos, Suecia o Japón disponen de un sistema de notificación voluntario pero hay determinados eventos que son de notificación obligatoria. Inglaterra y Gales, Eslovenia, Australia y U. S. A. (JCAHO), disponen de sistemas de notificación voluntarios.

Algunos de estos países ofrecen facilidades a la hora de notificar los eventos adversos pudiendo, además de a través de bases de datos electrónicas, notificar a través de correo electrónico, fax o teléfono. Mientras que en España sólo se podría notificar a través de los programas diseñados a tal efecto.¹² Aunque ninguno de estos datos corresponde a Servicios de emergencia extrahospitalaria.

BARRERAS PARA LA NOTIFICACION

La mayoría de incidentes y eventos adversos que tienen lugar en los sistemas sanitarios, no son notificados. Algunas de las causas de la infranotificación son las siguientes:

- Miedo a medidas disciplinarias o denuncias.
- Falta de apoyo y conocimiento.
- Se considera que el incidente/ evento adverso no merece hacer un informe.
- Se considera innecesario ya que no se percibe beneficio.
- Aumenta la carga de trabajo.
- El personal en formación se siente culpabilizado.
- Desaprobación del resto del equipo.
- Pérdida de reputación y autoestima.^{13,14,15,16,17}

El anonimato y la confidencialidad son los principales obstáculos a la hora de la notificación. Por ello es importante que los datos de la persona o servicio que notifica (quién ha notificado, desde dónde se ha notificado...) sean confidenciales. Esto contribuirá a que la implicación de los profesionales aumente y así se obtendrá una mayor proporción de eventos notificados.^{18,19}

1.4 ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS

El objetivo que persigue el análisis de los incidentes/ EA es conocer las causas que los provocaron. Para ello, es importante conocer algunos factores como son: el evento adverso que ocurrió, sus factores contribuyentes, los profesionales implicados, dónde ocurrió el evento adverso...

Así, el análisis de incidentes/ EA tiene como fin conocer las causas que lo produjeron para conocer los riesgos existentes en las organizaciones, identificar las deficiencias del sistema y poder llevar a cabo acciones de mejora para poder prevenirlos, nunca pretendiendo culpabilizar a la persona que cometió el error.^{20,21}

Entre las metodologías utilizadas para el análisis de eventos adversos, están las herramientas reactivas y proactivas.

Las metodologías reactivas, analizan los problemas una vez que ya se han producido. Buscan el origen del problema, estudian el mecanismo de producción del evento adverso y analizan desde las causas más proximales hasta las más profundas. Esta metodología, utilizada a corto o medio plazo, se utiliza para eventos adversos que puedan ser significativos debido a la frecuencia o gravedad de los daños que producen (uno de los más utilizados es el Análisis causa Raíz o London).^{22,23,24}

Las metodologías proactivas, que se utilizan a largo plazo, permiten identificar y minimizar o eliminar los riesgos, disminuyendo la probabilidad de error y de eventos adversos. La metodología más utilizada en el análisis de eventos adversos es el sistema de Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE).²⁵

El Análisis Modal de Fallos y Efectos se utiliza para evaluar procesos de alto riesgo. Su objetivo es buscar acciones de mejora que se llevarán a cabo para reducir la probabilidad de aparición de eventos adversos. Esta herramienta busca analizar y describir las circunstancias que podrían provocar un evento adverso y destacar las medidas de mejora que deben ponerse en marcha para prevenir fallos. Esta metodología permite reducir el riesgo, adelantándose a las circunstancias y se centra en los procesos principalmente y no en las personas.^{26,27} A continuación se enumeran los puntos que se deben incluir a la hora de elaborar un AMFE:

1. Enumerar todos los posibles modos de fallo.
2. Establecer su índice de prioridad.
3. Priorizar los modos de fallo y buscar soluciones.²⁷

Debemos tener en cuenta la importancia de una correcta identificación de los incidentes/ EA para así poder elaborar estrategias que minimicen su aparición.

1.5. ESTRATEGIAS PARA REDUCIR RIESGOS

Cuando un servicio de urgencias y emergencias pretende mejorar la seguridad clínica del paciente en las actuaciones que lleva a cabo, debe conocer y tener en cuenta los siguientes elementos a la hora de diseñar estrategias para reducir riesgos:

1. Conocer el grado de conocimiento de la cultura de seguridad clínica que tienen los trabajadores del servicio.
2. Fomentar la formación en Seguridad del Paciente y promover la cultura de Seguridad clínica.
3. Gestionar y mejorar la comunicación entre profesionales.

4. Implantar sistemas de recogida de datos y notificación de incidentes/ EA para después analizarlos con el fin de adoptar medidas que minimicen el riesgo de que sucedan de nuevo.²⁸

La prevención de riesgos en la asistencia sanitaria adquiere una gran importancia. Para llevar a cabo esta prevención debemos centrarnos en tres estrategias:

- A) Mejora de la seguridad con un enfoque centrado en el sistema.
- B) Creación de una cultura de seguridad.
- C) Desarrollo de programas de gestión de riesgos aplicados a la prevención de errores.

A) Mejora de la seguridad con un enfoque centrado en el sistema.

Esta estrategia se centra en el sistema. Trata de cambiar las condiciones en las que trabajan las personas y no se centra en los errores de los individuos. Este enfoque, intenta mejorar la seguridad del paciente modificando los procesos, los procedimientos y el entorno de los sistemas en los que los profesionales trabajan. Para explicar esta estrategia, se pone como ejemplo el modelo propuesto por Reason del queso suizo (*Figura 1*). Este modelo se puede resumir en que los accidentes ocurren por diversos factores. El sistema dispone de defensas pero múltiples fallos alineados en las barreras del sistema, permiten que los eventos adversos ocurran. El fin de esta estrategia es analizar por qué se han producido los errores e intervenir en las condiciones latentes del sistema para evitar que vuelvan a ocurrir.

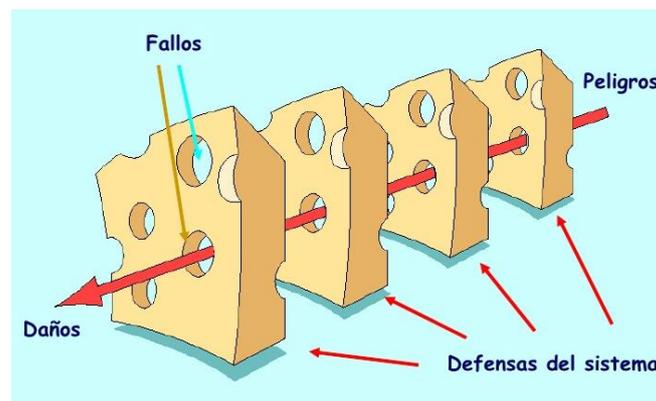


Figura 1. Modelo del queso suizo de Reason⁸.

[Fuente: Reason J. *Human Error: models and management*. BMJ 2000; 320:769]

B) Creación de una cultura de seguridad.

La creación de una cultura de seguridad, es la estrategia más efectiva a largo plazo para la prevención de errores. Consiste en que todos los procedimientos de trabajo de una organización estén encaminados hacia la mejora de la seguridad. Para ello, los profesionales deben estar concienciados del importante riesgo que existe de que se produzcan errores y de que contribuyen a la seguridad del paciente en la institución. La creación de cultura de seguridad constituye la primera práctica de seguridad recomendada por la National Patient Safety Agency (NPSA) y se considera un paso decisivo para mejorar la seguridad del paciente.²⁹

C) Desarrollo de programas de gestión de riesgos aplicados a la prevención de errores.

El desarrollo de programas de gestión de riesgos tiene como objetivos incrementar la seguridad de los pacientes y profesionales, mejorar la calidad asistencial y reducir los costes. Existen distintos modelos de gestión de riesgos. Uno de ellos es el Australian/ New Zeland Standard que fue propuesto para la gestión de riesgos clínicos por la Australian Patient Safety Foundation (*Figura 2*). Este programa está orientado a la prevención de eventos adversos en el ámbito de urgencias y en la figura se muestran los pasos que se han de llevar a cabo. ³⁰



Figura 2. Modelo para la gestión de riesgos clínicos propuesto por la Australian Patient Safety Foundation³¹
[Fuente: Runciman WB, Moller J. *Iatrogenic injury in Australia. A report prepared by the Australian Patient Safety Foundation. Canberra: The Australian Patient Safety Foundation; 2001*]

Debemos tener muy en cuenta que la implantación de programas de seguridad para el paciente es una necesidad y una prioridad para obtener buenos resultados en la asistencia extrahospitalaria. Si tomamos consciencia de la importancia de este tema, esto nos llevará a conseguir en un futuro una gran reducción en la frecuencia de aparición de estos eventos indeseables y la evitación total de algunos de ellos. Todo esto supondrá un beneficio tanto para el paciente como para los profesionales sanitarios.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer si los servicios de emergencias extrahospitalarias de España, disponen de sistema de notificación de incidentes y eventos adversos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer los tipos de sistemas de notificación de incidentes implantados en las distintas comunidades.
- Conocer si se han realizado acciones de mejora sobre algún aspecto de la asistencia desde que se ha implantado el sistema de notificación de incidentes.
- Conocer si los servicios de emergencias extrahospitalarias disponen de algún grupo de gestión de calidad/ seguridad del paciente.
- Conocer si los servicios de emergencias extrahospitalarias disponen de algún tipo de acreditación de calidad.
- Conocer la percepción del apoyo a la seguridad del paciente por parte de los gestores de los servicios de emergencias extrahospitalarias.

3. METODOLOGIA

La elaboración de este trabajo ha tenido como base un estudio descriptivo transversal. Para ello se diseñó una encuesta sobre los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos y fue enviada vía correo electrónico a los responsables de calidad/ seguridad del paciente o en su defecto a personal sanitario relacionado con la SP de los servicios de emergencias y urgencias médicas extrahospitalarias de todas las comunidades españolas en los meses de abril y mayo de 2015. La encuesta consta de 18 preguntas y recoge información sobre las diferentes gestiones sobre seguridad del paciente de estos servicios. En el anexo 1 se adjunta la encuesta.

Para la elaboración de este trabajo también se ha realizado una amplia búsqueda bibliográfica en múltiples bases de datos electrónicas que han aportado material e información con respecto al tema del trabajo fin de máster.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Una limitación importante es la hoja de recogida de datos; al no tratarse de una encuesta validada (Anexo 1), podría no medir exactamente lo que se propone e incurrir en un sesgo de observación.

Otra limitación importante es que el resultado de las encuestas depende de la subjetividad de la persona que responde, que supondría un sesgo de información.

En la CCAA de Extremadura, por su distribución organizacional, cada área de salud de AP gestiona su sistema de emergencias extrahospitalaria y el responsable que contestó la encuesta puede no representar a todas las áreas de salud. Supondría un sesgo de selección.

4. RESULTADOS Y DISCUSION

RESULTADOS

Durante los meses de abril y mayo de 2015, se enviaron las encuestas vía correo electrónico a los responsables de calidad/ seguridad del paciente o en su defecto a personal sanitario relacionado con la SP de los servicios de emergencias y urgencias médicas extrahospitalarias de todas las comunidades españolas. Se recibió respuesta de todas las comunidades autónomas excepto de la comunidad de Canarias que declinó su participación en éste estudio. En el caso de Madrid, se enviaron encuestas a los dos servicios de emergencias extrahospitalarias (SUMMA 112 y SAMUR-PC). Se recibieron un total de 19 encuestas. Para la muestra de los resultados y la discusión, no realizaremos ninguna mención ni análisis por CCAA, atendiendo la petición formal expresada por un servicio de emergencias extrahospitalarias de no identificar su servicio en los resultados que se presenten.

De los servicios analizados, un 84% dispone de sistema de notificación de incidentes y eventos adversos.

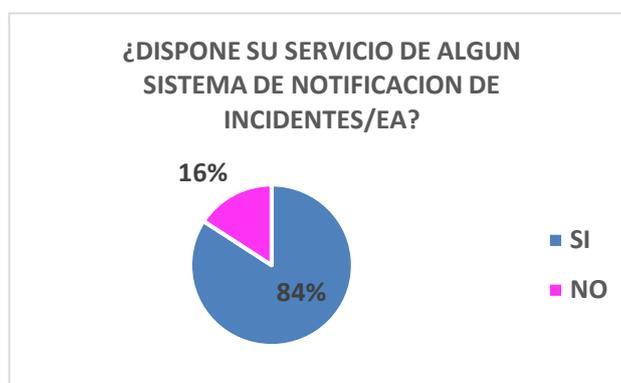


Gráfico 1

Gráfico 1. ¿Dispone su servicio de algún sistema de notificación de incidentes/ eventos adversos?

De aquellos servicios que disponen de sistema de notificación de incidentes y eventos adversos, un 75% dispone de un sistema de notificación a nivel interno/ intranet y un 31% dispone de un sistema más global/ nacional como el SiNASP (Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente desarrollada por el MSSSI). Dos comunidades autónomas disponen de los dos tipos de sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos. En el caso de uno de ellos, hasta la actualidad utilizaban la intranet y están implantado un sistema más global y en el otro caso, coexisten ambos sistemas de notificación.



Gráfico 2

Gráfico 2. ¿Dispone de un sistema de notificación de incidentes/ eventos adversos a nivel interno/ intranet?
 ¿Dispone de un sistema de notificación de incidentes/ eventos adversos más global/ nacional?

Entre los servicios que disponen de sistema de notificación de incidentes y eventos adversos, un 87% de los servicios, dispone de datos y comparten la información analizada con el personal del Servicio. El 87% realiza un análisis de los incidentes y eventos adversos. Y un 81% ha realizado alguna acción de mejora sobre algún aspecto de la asistencia desde que se notifican los incidentes y eventos adversos.

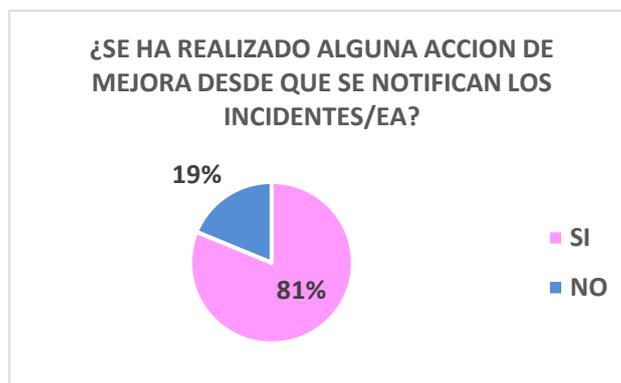


Gráfico 3

Gráfico 3. ¿Se ha realizado alguna acción de mejora desde que se notifican los incidentes/ eventos adversos?

De los servicios de emergencias extrahospitalarias analizados, un 68% dispone de un grupo de gestión de Calidad/Seguridad del Paciente en su unidad.

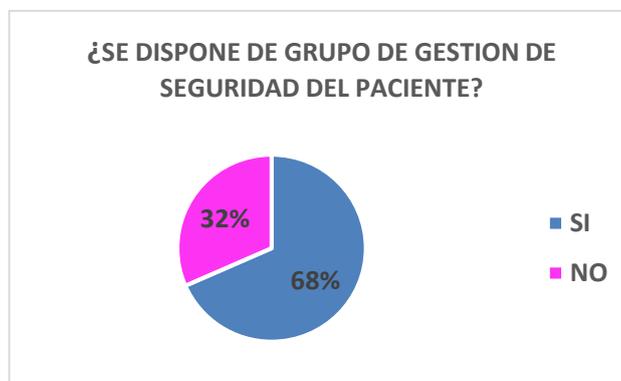


Gráfico 4

Gráfico 4. ¿Se dispone de grupo de gestión de Seguridad del Paciente?

En cuanto a si su Servicio dispone de algún tipo de acreditación de calidad, el 48% dispone de algún tipo de acreditación de calidad, el 47% no dispone de ninguna acreditación y el 5% no sabe si su servicio tiene o no acreditación de calidad.

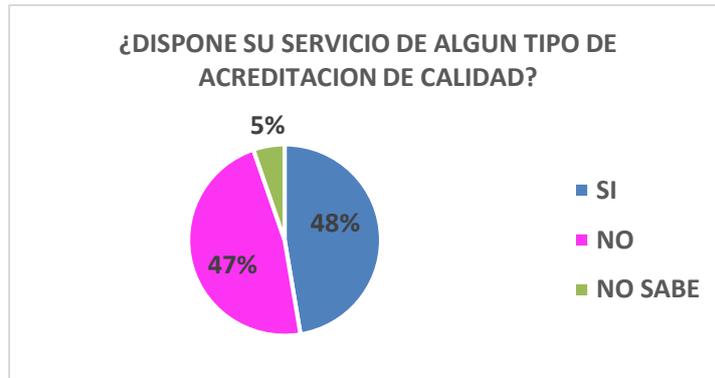


Gráfico 5

Gráfico 5. ¿Dispone su servicio de algún tipo de acreditación de calidad?

El 79% de las unidades que participaron, consideran que hay apoyo a la Seguridad del Paciente por parte de los Gestores de su servicio.



Gráfico 6

Gráfico 6. ¿Hay apoyo a la seguridad del paciente por parte de los gestores de su servicio?

En cuanto a los sistemas de notificación de incidentes, en un 75% de los casos permite el seguimiento del incidente por la persona que lo identificó. Y en los casos en los que el sistema permite el seguimiento del incidente por el trabajador que lo identificó, un 67% preserva el anonimato del profesional que lo identificó.

En lo referente al personal que puede notificar incidentes y eventos adversos en cada CCAA, el porcentaje es el siguiente: los médicos y enfermeros pueden notificar en el 100% de los casos, los TES pueden notificar en un 63%, los teleoperadores del centro coordinador en un 56% y el personal de la gerencia puede notificar en el 88% de los servicios.

El 75% de los servicios, dispone de algún tipo de resultado sobre la notificación de eventos adversos. De estos servicios que disponen algún tipo de resultado, en el 83% de los casos se han tomado medidas o efectuado recomendaciones o cambios en base a estos resultados y en un 33% pueden consultarse los resultados (intranet, biblioteca virtual, redes sociales...).

Algunas de las medidas que se tomaron en base a los resultados son: modificación de los vehículos, realización de procedimientos de transferencia de pacientes, etiquetado de medicación, etc.

DISCUSION

Un 68% de los servicios de emergencias extrahospitalarias en España disponen de algún sistema de notificación de incidentes/ EA. Los investigadores no han encontrado bibliografía respecto al grado de implantación de los sistemas de notificación en los distintos servicios de emergencias extrahospitalarios de otros países. Probablemente sea debido a que en EEUU por ejemplo, existen distintas agencias donde poder notificar como EVENT (EMS Voluntary Event Notification Tool) en Minnesota, Agency for Healthcare research & Quality, JCAHO, AHRQ y muchos de los incidentes son notificados a nivel interno, por lo que no hay datos sobre su grado de implantación.^{32,33} En Australia existe EMER (Emergency Medicine Emergency Register) y Australian Commission on safety and Quality Healthcare. Los países anglosajones y Francia tienen una mayor experiencia y tradición en la calidad y SP por lo que disponen de diversos sistemas y agencias donde notificar y eso diversifica su grado de implantación. Portugal posee solo un Sistema a nivel Nacional (SNNIEA) implantado en 2012 (Observatório da Segurança do Doente) pero no se disponen de datos sobre la adhesión de los servicios de emergencias extrahospitalarios. Respecto a nuestro país, sólo se dispone desde 2010 de un Sistema de Notificación Nacional propuesto por el MSSSI (el SiNASP) con distinto grado de implantación a nivel de CCAA debido a las transferencias de las competencias sanitarias. Teniendo en cuenta que muchos Hospitales de la red pública española y CS aún no disponen de ningún sistema de notificación de incidentes y gestión de riesgos consideramos que es una actitud muy positiva y comprometida con la SP por parte de nuestros sistemas de emergencias.

Además, una Comunidad que declaró no disponer aún de ningún sistema de notificación informó de que estaba en proceso de adherirse al SiNASP; por lo que el porcentaje de CCAA sería sensiblemente más alto.

Algunas CCAA disponen de sistemas “dobles” de notificación de incidentes: a nivel interno y a nivel nacional. Posiblemente es debido a una iniciativa inicial a nivel de Organización y posteriormente su adhesión a un sistema nacional. Sería también muy interesante conocer si esas organizaciones, donde coexisten dos sistemas posibles de notificación, disponen de resultados de su uso y si pudiera verse alguna diferencia en lo notificado en cada nivel. También sería muy útil poder analizar si la diferencia en las notificaciones se debe a cuestiones del notificador o del sistema, de cara a proponer algunas modificaciones en el SiNASP para que sea apto en la recogida de los Incidentes/EA que ocurren en la emergencia extrahospitalaria.

Es un buen dato que, de las organizaciones que han declarado tener un sistema de notificación de incidentes/ EA, el 87% han respondido que disponen de datos y se comparte la información analizada con el personal. También un alto porcentaje de los servicios encuestados han referido que se efectuaron cambios en sus organizaciones tras los análisis de los incidentes. Todo ello ahonda en la utilidad de los sistemas de notificación y en su capacidad para mejorar los procesos asistenciales también en la medicina de emergencias extrahospitalaria.

Algunos de los servicios que han declarado no disponer de resultados se debe probablemente a la reciente implantación del sistema de notificación de incidentes.

Una CCAA declaró que los EA se cuantifican a través de las reclamaciones ya que no disponen de sistema de notificación de incidentes y eventos adversos. Aun pareciendo insuficiente la gestión de los incidentes a través de las reclamaciones, algunos de los sistemas existentes en otros países como por ejemplo Australia y EEUU, disponen también de este servicio aunque cabe destacar que en la mayoría de ellos es un complemento a los sistemas de notificación de incidentes/ EA.^{12,34}

Un 25% de los sistemas de notificación, no permite el seguimiento del incidente por la persona que lo notificó. En los servicios en los que el sistema de notificación no permite el seguimiento del incidente, disponen de un sistema de notificación a nivel interno/ intranet.

Además, en algunos servicios la notificación de incidentes y eventos adversos no es anónima. En los servicios en los que la notificación no es anónima, tienen implantado un sistema de notificación a nivel interno/ intranet.

Por estos dos motivos, puede producirse una infranotificación de estos incidentes/ EA.

Según el Proyecto de directrices de la OMS para la notificación de eventos adversos, uno de los criterios que debe cumplir un sistema de notificación de incidentes para ser eficiente es la dotación de recursos suficientes. Si analizamos los resultados del estudio en referencia a este punto, podemos observar que 13 servicios (pertenecientes a 12 CCAA ya que en Madrid tanto el SUMMA como el SAMUR disponen de departamento específico), disponen de departamento específico de calidad/ Seguridad del Paciente; por lo que podríamos afirmar que la dotación de recursos para la Seguridad del Paciente en emergencias extrahospitalarias es posiblemente insuficiente.¹²

En todos los servicios de emergencias que participaron en el estudio puede notificar el personal sanitario que está en contacto con el paciente. En algunas CCAA pueden también notificar los TES, los operadores del centro coordinador y el personal de la gerencia. Sería interesante poder acceder a los resultados de dichas notificaciones en aras de valorar qué tipos de incidentes/EA se detectan desde los distintos colectivos y las medidas de mejora propuestas. Este análisis excede los objetivos de éste estudio y puede ser objeto de un estudio posterior.

En España, en sólo uno de los servicios puede notificar el paciente que ha padecido el evento adverso. Esta práctica está más extendida en otros países como Países Bajos, Australia, Inglaterra y Gales... en los que los pacientes y en algunos casos también los familiares, pueden notificar los eventos adversos.¹²

Los servicios que disponen de algún tipo de acreditación de calidad, disponen a su vez de un grupo de gestión de calidad/ Seguridad del Paciente.

Una CCAA declaró que la notificación de incidentes/ EA, es un ítem para la valoración de la unidad en el contrato de gestión de cara a los incentivos con un peso ponderado. En el caso de este servicio, el sistema de notificación de incidentes permite indicar los datos del notificante, del centro o notificar de manera anónima.

Al estar el país dividido en diferentes comunidades y estar transferidas las competencias sanitarias, resulta difícil establecer una comparativa entre servicios ya que cada uno se

encuentra en una fase diferente de implantación/ desarrollo de sus sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos.

Es esencial compartir conocimientos para avanzar y aprender de nuestros errores; en este sentido, los sistemas de emergencias presentan una actitud muy abierta respecto a sus organizaciones (de cara al aprendizaje interno) pero los investigadores echan de menos el acceso a datos que serían de vital importancia para el conocimiento de otros profesionales y de otros servicios que puedan estar interesados en instaurar sistemas de notificación.

5. CONCLUSIONES

- 1.- Los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos, tienen un buen porcentaje de implantación en los servicios de emergencias y urgencias médicas extrahospitalarias de España.
- 2.- De los servicios analizados, una amplia mayoría dispone de un sistema de notificación de incidentes y eventos adversos a nivel interno/ intranet y el resto, disponen de un sistema de notificación de incidentes y eventos adversos a nivel global/nacional. En dos de las comunidades analizadas, coexisten ambos sistemas de notificación.
- 3.- En un alto porcentaje de los servicios (81%), se realizan acciones de mejora sobre algún aspecto de la asistencia desde que se ha implantado el sistema de notificación de incidentes y eventos adversos.
- 4.- La mayor parte de los servicios de emergencias extrahospitalarias, disponen de algún grupo de gestión de calidad/ seguridad del paciente y considera que hay apoyo a la seguridad del paciente por parte de los gestores de sus servicios.
- 5.- Aproximadamente la mitad de los servicios (48%), disponen de algún tipo de acreditación de calidad.
- 6.- Es muy importante compartir resultados y conocimientos para difundir y fomentar el aprendizaje en el ámbito de Seguridad del Paciente.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Khon LT, Corrigan JM, Donaldson MS eds. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
2. World Health Organization. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente [Internet]. 2009 [Acceso el 23 de enero de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
3. Tomás S, Duaso E, Ferrer JM, Rodríguez M, Porta R, Epelde F. Evaluación del uso apropiado de un área de observación de urgencias mediante el Appropriateness Evaluation Protocol: un análisis de 4700 casos. An Med Intern (Madrid) 2000; 17: 229-237.
4. Bleetman A, Sanusi S, Dale T, Brace S. Human factors and error prevention in emergency medicine. Emerg Med J2012; 29: 389-393.
5. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 Informe. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. [Acceso el 9 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.seguridadelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>
6. Tomás Vecina S. Introducción a la seguridad clínica del paciente. Monografías Emergencias 2007; 2: 1-6.
7. Análisis de causa raíz. Esquema de clasificación de los factores contribuyentes. National Patient Safety Agency (NPSA)- National Health Service (NHS). Reino Unido.
8. Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320: 768-70.
9. Sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.
10. Kjellen U. Prevention of accidents through experience feedback. London: Taylor and Francis; 2000.
11. March JG, Sproull LS, Tamuz M. Learning from samples of one or fewer. Qual Safety Health Care. 2003; 12:465-71.
12. WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems. World Alliance for Patient Safety. World Health Organization. 2005.
13. Leape LL. Reporting of adverse events. The New England Journal of Medicine. 2002; 347: 1633-8.
14. Cullen DJ, Bates DW, Small SD. Incident reporting system does not detect adverse drug events: a problem for quality improvement. The Joint Commission Journal on Quality Improvement. 1996; 21: 541-8.
15. Vincent C. Reasons for not reporting adverse events: an empirical study. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 1999; 5: 13-21.
16. Bañeres J, Orrego C, Suñol R, Ureña V. Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. Rev Calidad Asistencial. 2005; 20(4): 216-22.

17. Jennings PA, Stella J. Barriers to incident notification in a regional prehospital setting [Internet] 2010 [Acceso el 6 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20581408>
18. Lawton R, Parker D. Barriers to incident reporting in healthcare systems. *Qual Safety Health Care*. 2002; 11:7.
19. Liang BA. Risks of reporting sentinel events: a system for reporting medical errors could be used for lawsuits rather than just for safety purposes. *Health Affairs*. 2000; 19: 112-20.
20. Aspden P, Corrigan JM, Wolcott J, Erickson SM. *Patient Safety: Achieving a New Standard for Care*. Washington, DC. National Academy Press, 2000.
21. Orrego Villagran C. Análisis de la seguridad clínica y herramientas de evolución proactiva. *Monografías Emergencias* 2007; 3: 18-21.
22. Mc Donough JE. Proactive Hazard Analysis and Health Care Policy. Milbank Memorial Fund. Septiembre 2002.
23. Ruiz P, González C. Análisis causa raíz: una herramienta útil para la prevención de los errores. *Revista de Calidad Asistencial* 2005; 20: 71-78.
24. Taylor- Adams S, Vicent C. *Systems Analysis Of Clinical Incidents. The London Protocol*. Clinical Safety Research Unit.
25. Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations, "Failure Mode and Effects Analysis in Health Care: Proactive Risk Reduction", USA, 2002.
26. Kaiser Permanente. Failure Modes and Effects Analysis (FMEA). "Team Instruction Guide". Marzo 2002.
27. Jimeno Bernal, J.. AMFE: Análisis Modal de Fallos y Efectos – Guía y ejemplos de uso. 2013
28. Chanovas Borràs M, Campodarve I, Tomás Vecina S. Eventos adversos en los servicios de urgencias: ¿El servicio de urgencias como sinónimo de inseguridad clínica para el paciente? *Monografías Emergencias* 2007; 3: 7-13.
29. La seguridad del paciente en siete pasos. ("Traducción del documento Seven Steps to Patient Safety". Nacional Patient Safety Agency). Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
30. Tomás Vecina S, Roqueta Egea F, Chanovas Borrás M. La seguridad del paciente como objetivo estratégico. ¿De qué estamos hablando? *Monografías Emergencias* 2009; 5: 1-8.
31. Runciman WB, Moller J. Iatrogenic injury in Australia. A report prepared by the Australian Patient Safety Foundation. Canberra: The Australian Patient Safety Foundation; 2001. [Acceso el 27 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.apsf.net.au/dbfiles/iatrogenic_injury.pdf
32. Hobgood C, Bowen JB, Brice JH, Overby B, Tamayo-Sarver JH. Do EMS personnel identify, report, and disclose medical errors? *Prehospital Emergency Care* 2006; 10(1):21-7.
33. Fairbanks RJ, Crittenden CN, O’Gara KG, Wilson MA, Pennington EC, Chin NP, et al. Emergency Medical Services Provider Perceptions of the Nature of Adverse Events and Near-misses in Out-of-hospital Care: An Ethnographic View. *Society for Academic Emergency Medicine*. 2008.

34. Bañeres J, Orrego C, Suñol R, Ureña V. Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. Revista Calidad Asistencial. 2005; 20(4): 216-22.

7. ANEXO

ANEXO 1. ENCUESTA SOBRE SISTEMAS DE NOTIFICACION DE INCIDENTES/EA EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS EN ESPAÑA.



Vicarrectorado de Ordenación
Académica y Nuevas Titulaciones
Centro Internacional de
Postgrado

ENCUESTA SOBRE SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES/EA EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS EN ESPAÑA.

*(Esta encuesta forma parte de un proyecto de trabajo Fin de Máster de la Universidad de Oviedo que pretende describir las diferentes gestiones sobre Seguridad del Paciente de los SEMS de España).
Gracias por su colaboración.*

1. Servicio/ Unidad de Emergencias de (Comunidad Autónoma):
2. ¿Por cuántos trabajadores está formado su Servicio de Emergencias?
3. ¿Dispone su Unidad/Servicio de algún grupo de gestión de Calidad/Seguridad del Paciente?
Sí No
4. ¿Tiene su Servicio/Unidad algún sistema de Notificación de Incidentes/EA?
Sí No
5. En caso afirmativo: ¿es un Sistema a nivel interno/Intranet?
Sí No
6. ¿Es un Sistema más global/Nacional como SiNASP?
Sí No ¿Cuál?
7. ¿En qué año y mes se implantó?
8. ¿Dispone su Servicio/ Unidad de algún tipo de acreditación de Calidad?
Sí No No sabe
- En caso afirmativo, indique cuál:
9. ¿Disponen de datos y se comparte la información analizada con el personal del Servicio?
Sí No
10. ¿Se realiza algún tipo de análisis de los Incidentes/EA?
Sí No
11. ¿Se ha realizado alguna acción de mejora sobre algún aspecto de la asistencia desde que se notifican los Incidentes/EA?
Sí No

12. El sistema de notificación de incidentes, ¿permite el seguimiento del incidente por la persona que lo identificó?

Sí No

13. En caso afirmativo: ¿preserva el anonimato atribuyendo por ejemplo un código o una referencia del incidente notificado?

Sí No

14. Del personal que se muestra a continuación, ¿Quiénes pueden notificar incidentes/EA?

Médico Enfermero TES Teleoperadores del CCU Personal de la gerencia

15. ¿Considera que hay apoyo a la Seguridad del Paciente/Calidad por parte de los Gestores de su Servicio/Unidad?

Sí No

16. ¿Disponen de algún tipo de resultado (registros, estadísticas...) sobre la notificación de eventos adversos?

Sí No

17. ¿Sabe si se tomaron medidas o efectuaron recomendaciones/ cambios en base a los resultados?

Sí No

En caso afirmativo, indique cuáles:

Haga clic aquí para escribir texto.

18. ¿Sabe si pueden consultarse dichos resultados o si están publicados?

Sí No

En caso afirmativo, indique dónde podrían consultarse:

Haga clic aquí para escribir texto.

COMENTARIOS:

Haga clic aquí para escribir texto.