

eISSN 2444-7986

DOI: <https://doi.org/10.14201/orl201781.15423>

Artículo original

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES SIN DAÑO EN EL SISTEMA DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN

Notification system of incidents without damage in the health system of Castilla y León (Spain)

María José PÉREZ-BOILLOS; Montserrat ALCALDE-MARTÍN; Isabel GARCÍA-PALOMAR; Josefa GONZÁLEZ-PASTRANA; M^a Soledad MONTERO-ALONSO; Pilar GARCÍA-ESPINOSA

Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud (SACyL). Valladolid. España.

Correspondencia: mjperezb@saludcastillayleon.es

Fecha de recepción: 15 de diciembre de 2016

Fecha de aceptación: 31 de diciembre de 2016

Fecha de publicación: 5 de enero de 2017

Fecha de publicación del fascículo: 1 de marzo de 2017

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Imágenes: Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Política de derechos y autoarchivo: se permite el autoarchivo de la versión post-print (SHERPA/RoMEO)

Licencia CC BY-NC-ND. Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional

© Universidad de Salamanca. Su comercialización está sujeta al permiso del editor

RESUMEN

Introducción y objetivo: La seguridad del paciente es una parte importante del trabajo en calidad en la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Numerosos proyectos forman parte de esta línea, entre ellos, el sistema de notificación de incidentes sin daño. Objetivo: Notificar incidentes sin daño puede mejorar significativamente la seguridad de los pacientes y mejorar la cultura de seguridad de una organización. Material y método: Después de un exhaustivo análisis de los sistemas disponibles, se decidió desarrollar un sistema propio, SISNOT (sistema de notificación de incidentes sin daño), que seguía las características recomendadas por los organismos internacionales en relación a estos sistemas en el ámbito sanitario. Resultados: se han realizado 3249 notificaciones mediante SISNOT, entre atención primaria y especializada, de las cuales el 48% podrían haber tenido un daño elevado en caso de volverse a producir el incidente. Conclusiones: La implantación de SISNOT se ha realizado en todos los hospitales y en atención primaria. Los resultados obtenidos son desiguales en cada unidad. Esto es debido a numerosas barreras locales: liderazgo, características de los profesionales, etc. Aunque hay una común, la falta de cultura de seguridad. Esto supone un reto a seguir trabajando.

PALABRAS CLAVE

seguridad del paciente; sistema de notificación de incidentes; cultura de seguridad

SUMMARY

Introduction and objective: Patient safety is an important part of the quality work in the Regional Health Management of Castilla y León. Numerous projects are part of this line, including the no-harm incident reporting system. Objective: Reporting incidents without harm can significantly improve patient safety and improve an organization's safety culture. Material and method: After an exhaustive analysis of the available systems, it was decided to develop an

own system, SISNOT (system of notification of incidents without damage), which followed the characteristics recommended by the international organisms in relation to these systems in the health field. Results: 3249 notifications were made through SISNOT, between primary and specialized care, of which 48% could have had high damage in case of reoccurrence of the incident. Conclusions: The implementation of SISNOT has been carried out in all hospitals and in primary care. The results obtained are unequal in each unit. This is due to numerous local barriers: leadership, characteristics of professionals, etc. Although there is a common, lack of safety culture. This is a challenge to keep working.

KEYWORDS patient safety; risk management; safety management

INTRODUCCIÓN

Hace ya más de una década que la seguridad del paciente comenzó a adquirir una especial relevancia en el ámbito sanitario. La publicación del informe «*To err is human*» [1], donde se estimaba que los eventos adversos podían llegar a constituir la octava causa de mortalidad en EEUU por delante de causas tan importantes como el cáncer de mama, el SIDA o los accidentes de tráfico, puso de manifiesto la importancia de este problema y desencadenó la puesta en marcha de diferentes planes y estrategias por parte de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud o nacionales como el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Durante estos años estas organizaciones han promovido la monitorización de la incidencia y el perfil de los eventos adversos, el uso de prácticas seguras que prevengan los eventos más graves y/o frecuentes (profilaxis antibiótica prequirúrgica, higiene de manos, antisepsia de la piel con clorhexidina, listado de verificación de la seguridad quirúrgica, conciliación de la medicación al ingreso y el alta, etc.) y la utilización de sistemas de notificación.

En nuestro país, el Ministerio de Sanidad comenzó, en el 2005, a recomendar el uso de los sistemas de notificación dentro del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. En la reciente Estrategia de seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020 aprobada el pasado año, se encuentran de nuevo recogidos en una de las líneas estratégicas básicas en este ámbito [2].

Los sistemas de notificación, muy habituales en otros entornos como el sector de la energía nuclear o el aeronáutico, se han desarrollado con el objetivo de identificar problemas de seguridad en la actividad diaria, analizar sus causas y poner en marcha medidas que actúen sobre esas causas y eviten la repetición de incidentes.

En organizaciones complejas como las nuestras, la posibilidad de que se produzcan eventos adversos está asociado a las características del paciente pero sobre todo a causas/factores muy relacionados con nuestra forma de trabajar y de organizarnos: disponibilidad o no de protocolos, estandarización de las tareas, calidad del trabajo en equipo, adecuada supervisión y definición de responsabilidades entre los miembros del equipo, comunicación entre profesionales, disponibilidad de información sobre el paciente cuando se van a tomar decisiones, formación de los profesionales, información adecuada al paciente de cómo actuar en el domicilio, uso adecuado y mantenimiento de equipos y materiales, etc.

El valor añadido de estos sistemas es que el hospital o unidad donde se utilizan puede conocer cuáles son sus factores latentes, aquellos que están facilitando la aparición de problemas en su entorno y que en algunos casos serán específicos y diferentes a los de otras unidades.

La necesidad de utilizar estos sistemas es objetiva en nuestro país si analizamos los resultados del estudio ENEAS [3], que estimó que 8 de cada 100 pacientes atendidos en hospitales españoles van a desarrollar un evento adverso durante su ingreso (el 24% de ellos graves si el paciente es atendido en un servicio quirúrgico) y que más del 40% podrían haber sido prevenidos y del estudio APEAS [4] donde en Atención Primaria, los eventos adversos pueden afectar a 7 de cada 100 ciudadanos en un año y el 70% son evitables.

MATERIAL Y MÉTODO

En 2009 la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León comenzó a promover el uso de un sistema de notificación para mejorar la seguridad de sus centros.

Después de un exhaustivo análisis de los sistemas disponibles, se decidió desarrollar un

sistema propio, SISNOT (sistema de notificación de incidentes sin daño), que seguía las características recomendadas por los organismos internacionales en relación a estos sistemas en el ámbito sanitario.

El objetivo de SISNOT era facilitar el registro de cualquier incidente sin daño que se produjera en los centros de la comunidad, para después analizar sus causas y poner en marcha medidas que evitaran su repetición.

Sisnot se diseñó como un sistema general, anónimo y voluntario, en el que pudiera notificar cualquier profesional y donde el análisis fuera realizado a nivel local, en el servicio, hospital o centro de salud donde se hubiera producido el problema.

Sisnot está enfocado a recoger aquellos incidentes que la OMS considera incidentes sin daño: circunstancias notificables (por ejemplo, que un desfibrilador de urgencias no funcione), casi incidentes (problemas detectados antes de que afecten al paciente) e incidentes sin daño (aquellos que llegan al paciente, pero no le producen daño). No se promueve el registro de incidentes con daño, para evitar el miedo a notificar circunstancias que pudieran llegar a tener repercusión legal y porque los incidentes sin daño son mucho más numerosos que los incidentes con daño y tienen las mismas causas, por lo que dan suficientes oportunidades para aprender e introducir mejoras que ayuden a prevenir cualquier tipo de problema de seguridad, independientemente de si han provocado daño o no.

La puesta en marcha de SISNOT comenzó en el año 2011 en hospitales y en 2013 en centros de salud. Para facilitarla se diseñó una aplicación informática que permitiera comunicar los incidentes de una forma cómoda y ágil. La estructura del formulario de notificación sigue las recomendaciones internacionales, recoge datos sobre lo que ocurrió, los posibles factores que contribuyeron y las mejoras que el notificante propondría para evitar su repetición. De todos estos campos, solo cuatro son obligatorios:

- Fecha del incidente
- Servicio donde ocurrió el incidente
- Tipo de incidente
- Descripción de lo que ocurrió

El campo más importante es la descripción de lo que ocurrió, donde el notificante narra la cadena de acontecimientos que ha provocado el problema con el máximo detalle posible, sin

hacer mención específica a otras personas, esto permite durante el análisis del incidente comprender lo que ha ocurrido, analizarlo y establecer mejoras.

Una vez realizada la notificación, la aplicación dirige el incidente al gestor SISNOT de la unidad donde ha ocurrido el incidente o en su defecto al gestor SISNOT del hospital o gerencia de atención primaria.

Los gestores son profesionales de la unidad/hospital que han sido formados previamente en materia de seguridad del paciente y en herramientas de análisis de incidentes. Actualmente hay formados casi 400 profesionales de atención especializada y 200 en atención primaria.

El gestor será el responsable de analizar, solo o en una reunión con otros compañeros y de proponer medidas para evitar que vuelvan a suceder.

El notificante a través de un código que facilita la aplicación puede saber en todo momento en qué fase del análisis se encuentra su incidente (sin analizar o pendiente, en análisis o cerrado).

Periódicamente, los gestores deben informar a todos los profesionales de la unidad de las notificaciones recibidas, los factores que han contribuido a su aparición y de las mejoras propuestas. Esta tarea es imprescindible para hacer visible la utilidad del sistema y para que los profesionales continúen notificando.

RESULTADOS

A fecha 1 de junio de 2016, se han realizado 3249 notificaciones —resumidas en la figura 1— entre atención primaria y especializada, de las cuales el 48% podrían haber tenido un daño elevado en caso de volverse a producir el incidente. Los tipos de incidentes más notificados han sido los asociados a la medicación que han supuesto un 30% del total, los relacionados con los equipos dispositivos y materiales (12%), con la identificación de pacientes (11%) y los cuidados (10%).

Cuando se han analizado los incidentes se ha visto que los factores que han contribuido a que se produzcan estos incidentes han sido en un 18% la comunicación entre profesionales, en un 14% han estado relacionados con los equipos y dispositivos que se utilizan en la asistencia sanitaria, en un 10% tienen que ver con el trabajo en equipo y en un 9% con los protocolos y la estandarización de tareas.

Los tipos de mejoras que se realizan en torno a estos incidentes son en un 36% la creación o modificación de protocolos o tareas, un 18% cambios, eliminación o introducción de los equipos y dispositivos utilizados en la asistencia sanitaria y un 16% son mejoras relacionadas con la comunicación entre profesionales. El número de notificaciones y de mejoras implantadas es muy variable entre los diferentes servicios y centros de salud que utilizan SISNOT.

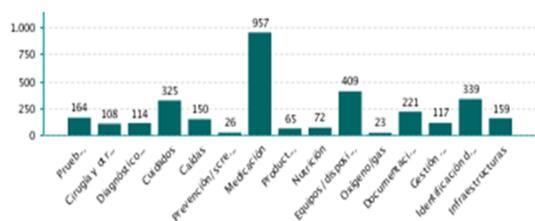


Figura 1. Número incidentes notificados clasificados por tipo de incidente.

DISCUSIÓN

La implantación del proyecto requiere tiempo y cultura de seguridad. Los servicios que utilizan SISNOT como una herramienta habitual que les permite mejorar la seguridad de sus unidades, tienen en común una gran cultura de seguridad y un fuerte liderazgo dentro del servicio. Las razones que justifican el escaso uso por parte de otros servicios y centros de salud, están relacionadas con las barreras publicadas habitualmente en la bibliografía: la falta de convicción en su eficacia, no tener conciencia de que ha ocurrido un error, desconocimiento sobre qué notificar y por qué, sensación de estar demasiado ocupado para notificar, no devolver la información a los profesionales de las notificaciones y mejoras producidas, falta de liderazgo en la prevención de errores etc. Todos ellos, probablemente, pueden resumirse en la falta de cultura de seguridad que impide ver la utilidad de este tipo de herramienta para mejorar la seguridad.

La comparación de los resultados de SISNOT con otros sistemas de notificación es compleja, ya que no tienen características similares. Si analizamos los últimos resultados de SINASP [5] de los años 2014 y 2015 (sistema de notificación de incidentes con daño y sin daño implantado en Castilla-La Mancha, Galicia, Murcia, Cantabria, Canarias, Aragón, Navarra, Extremadura, Asturias e INGESA), vemos que

el porcentaje de los incidentes notificados es similar en el tipo más frecuente, el de medicación en torno a un 30% y en la tercer tipo de incidente más frecuentemente notificado, la identificación del paciente, que supone entre el 10 y 15% del total de notificaciones.

Coinciden también los porcentajes de los tipos de profesionales que notifican, sobre todo en atención especializada, donde la mitad son notificaciones realizadas por profesionales de enfermería, en torno al 25% por médicos y en torno al 10% por farmacéuticos.

CONCLUSIONES

Los sistemas de notificación son una de las herramientas básicas para mejorar la seguridad en los entornos asistenciales. El análisis de los incidentes en el hospital o en la unidad que utiliza estos sistemas ha permitido a los profesionales conocer las causas que inciden localmente en su aparición y abordar su mejora. SISNOT ha sido una valiosa herramienta para identificar los factores latentes más frecuentes de nuestro entorno: la comunicación entre profesionales, el uso y mantenimiento adecuado de los equipos y dispositivos que se utilizan en la asistencia sanitaria, el trabajo en equipo y la disponibilidad de protocolos y estandarización de las tareas. Sin embargo, la utilización de SISNOT es muy variable entre áreas y unidades. La cultura de seguridad previa de la unidad, el liderazgo de sus responsables y la dedicación de tiempo al análisis periódico de las notificaciones, la introducción de mejoras y la realización de *feedback* entre los profesionales pueden estar detrás de estas diferencias.

AGRADECIMIENTOS

A todos los gestores de SISNOT y los profesionales implicados en el proyecto por hacer realidad la posibilidad de trabajar en un entorno más seguro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
2. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.

3. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf. [Citado el 2 de enero de 2017]
4. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/LibroAPEAS.pdf>. [Citado el 2 de enero de 2017]
5. Sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente (SiNASP). Informe de incidentes de seguridad notificados en 2014-2015. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2016. Disponible en: https://www.sinasp.es/Sinasp_GuiaNotificante.pdf. [Citado el 2 de enero de 2017]