

APRENDER DE NUESTROS ERRORES: IMPORTANCIA DE LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES

EVA SANCHEZ LALANA, ISABEL FELEZ JUSTES, EVA MARIA LACOMA LATRE, JORGE GONZALEZ GAMBAU, ALBA CASTAN SENAR, MARTA SANCHO RODRIGO, MARIA CRISTINA CUARTERO CASIN, PEDRO JAIME RUBIO

Hospital Universitario San Jorge, Huesca

OBJETIVO DOCENTE

Conocer las características y la magnitud de los problemas de seguridad.

Conocer el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP)

36 Congreso Nacional

XXXI Congreso CIR

seram



Málaga

25/28 MAYO 2022

Palacio de Ferias y Congresos

24 MAYO

CURSO PRECONGRESO

RSNA

seram



REVISIÓN DEL TEMA

SEGURIDAD CLINICA

La SEGURIDAD CLÍNICA se define como el conjunto de actuaciones, actividades o procesos, emprendidos por los profesionales o las organizaciones sanitarias, encaminadas a evitar, prevenir o minimizar que se produzca un daño innecesario al paciente, asociado a la atención sanitaria.

- Es un componente esencial de la calidad asistencial.
- La práctica clínica segura tiene fundamentalmente 3 objetivos:
 - Identificar los procedimientos clínicos, diagnósticos y terapéuticos más seguros y eficaces
 - Que se apliquen a quien los necesita
 - Que se realicen correctamente y sin errores
- Depende de la interacción entre diferentes elementos.



La seguridad está considerada una dimensión clave de la calidad asistencial, puesto que puede llegar a ser un condicionante para que se cumplan el resto de las dimensiones de la calidad.

INCIDENTE RELACIONADO CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Incidente es cualquier evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente. Hay distintas categorías:

- **Circunstancia notificable**: situación con gran capacidad de causar daños, pero en la que no se produce ningún incidente (ejemplo: carro de paros en el servicio de Radiología con un desfibrilador que no funciona, pero no se ha utilizado en los últimos meses).
- **Cuasiincidente**: incidente que no alcanza al paciente (ejemplo: se traslada desde urgencias al paciente equivocado para realización de un TC, pero se detecta el error antes de realizar la prueba).
- **Incidente sin daños**: un evento alcanza al paciente, pero no le causa ningún daño apreciable (ejemplo: se realiza el TC al paciente equivocado)
- **Incidente con daños / efecto adverso**: es un incidente que causa un daño al paciente (ejemplo: se realiza TC con contraste yodado intravenoso al paciente equivocado y sufre reacción anafiláctica)

La OMS estima que 1 de cada 10 pacientes sufre algún daño durante la hospitalización en los países desarrollados, siendo la mitad de los eventos prevenibles.

CONSECUENCIAS DE LOS PROBLEMAS DE SEGURIDAD

- **Costes en vidas**: en EEUU se supone la octava causa de muerte del país, superando al número de muertes causado por accidentes de tráfico o cáncer de mama
- **Coste económicos**: hospitalizaciones adicionales, juicios, infecciones nosocomiales, pérdida de productividad, etc. Se estima que hasta el 38% del gasto sanitario es debido a problemas de la calidad asistencial.
- **Otros costes**: el paciente y sus familiares se ven afectados por discapacidad, prolongación del ingreso o tratamiento, pérdida de la confianza en la institución, estrés... Asimismo los profesionales también sufren de pérdida de autoestima y confianza, estrés, pérdida de la reputación, etc.

ANÁLISIS DEL ERROR

Los errores son inevitables, generalizados y afectan a todos los sistemas y ámbitos.

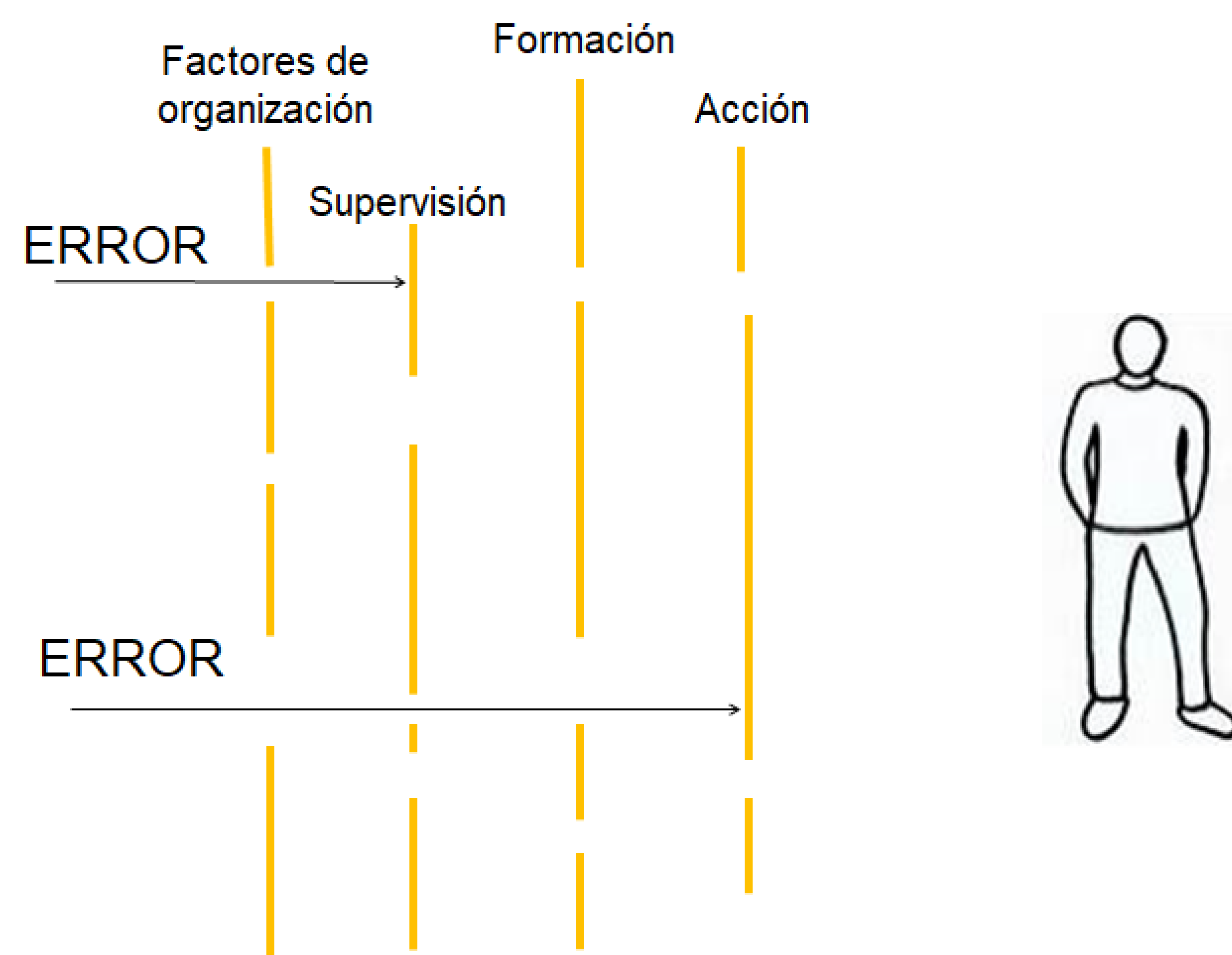
Si conseguimos identificar los incidentes, los analizamos e implementamos cambios en el sistema podemos llegar a disminuir las oportunidades de que ocurran los fallos.

En la actualidad el abordaje del error es desde un modelo centrado en el sistema. El objetivo es modificar las condiciones de los sistemas en los que trabajan las personas, que contribuyen a la ocurrencia de errores.

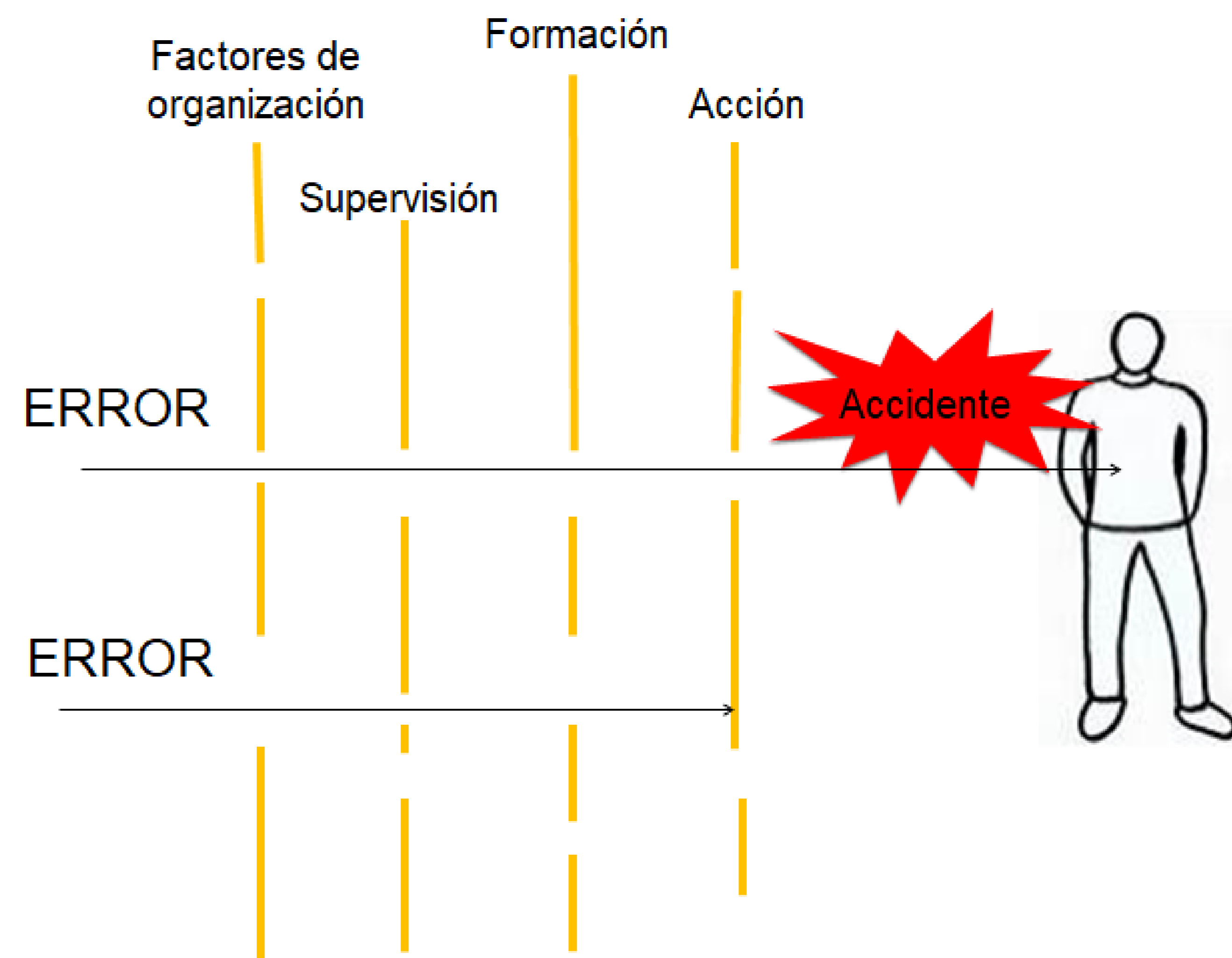
ANÁLISIS DEL ERROR: Modelo centrado en el sistema

Uno de los conceptos básicos del enfoque sistémico son las defensas del sistema.

Reason lo asemeja a un queso suizo: cada loncha de defensa (con sus consiguientes agujeros) equivale a una capa de defensa del sistema (con sus fallos en seguridad). En general, un agujero no causa un problema. Las distintas capas con agujeros no alineados evitan el problema.



Pero en ocasiones los agujeros de las lonchas coinciden alineados y ocurre el error



Cuando buscamos evitar el mismo evento adverso hemos de investigar qué barreras fallaron y por qué (pretendemos tapar el agujero de la loncha de queso).

Existen dos tipos de fallos en las defensas :

- **fallos activos:** por ejemplo los despistes, incumplimiento de protocolos... Son los actos inseguros cometidos por las personas clave en contacto directo con el paciente o con el sistema. Es difícil de prever.
- **condiciones latentes:** por ejemplo formación escasa, personal insuficiente, mal mantenimiento, falta de tiempo, inexperiencia, estrés. Proviene de decisiones tomadas en protocolos, diseñadores, dirección. Pueden permanecer ocultas en el sistema mucho tiempo antes de coincidir con fallos activos y provocar un accidente / error. Estas condiciones latentes se pueden identificar y mejorar, antes de tener consecuencias: enfoque preventivo de reducción de riesgos

Fallo activo: es el cometido por el profesional: administración de medicación por una vía inadecuada.

Error latente: son los factores externos que aumentan el riesgo de que ocurra el error: etiquetado insuficiente, falta de formación del profesional, presión asistencial...

Distinguir estos factores es fundamental para un correcto análisis de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

Además, el daño producido por un error no necesariamente está relacionado con la gravedad del mismo. Un mismo error podría no tener ninguna consecuencia en una ocasión y tener consecuencias desastrosas en otra. Por ejemplo: realizar un TC con contraste a un paciente, puede no ocurrir nada o bien provocar una anafilaxia grave o un fallo renal.

ABORDAJE DE LOS ERRORES. NOTIFICACIÓN EN SiNASP

Los puntos débiles del sistema, es decir, las condiciones latentes, podemos conocerlos si analizamos los distintos incidentes de seguridad que ocurren en los centros sanitarios. Para ello necesitamos tener un sistema de registro-notificación de incidentes.

En 2005 el Ministerio de Sanidad de España convocó un taller de expertos para analizar la seguridad del paciente. Una de las estrategias prioritarias fue el desarrollo de sistemas de información que posibilitaran la identificación de los principales problemas de seguridad. Estos sistemas debían favorecer la notificación de eventos adversos, el análisis de los mismos y la planificación de medidas para reducirlos. Se creó así el SiNASP: Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente,

La notificación de incidentes en la seguridad del paciente a través del SiNASP pretende identificar y analizar las condiciones latentes de los centros sanitarios que permiten que ocurran errores activos, para así mejorar las barreras del sistema y prevenir la ocurrencia de eventos adversos.

PRINCIPIOS BÁSICOS DEL SiNASP

VOLUNTARIEDAD:

NO PUNIBILIDAD: el objetivo siempre es el aprendizaje y la mejora, nunca la sanción o el control de los profesionales. Un factor crítico de éxito de los sistemas de notificación es que la información que recojan esté totalmente separada de cualquier sistema de sanciones, tanto a nivel de centro sanitario como fuera de éste.

CONFIDENCIALIDAD: sólo los profesionales involucrados en la gestión del sistema o en el análisis de incidentes tienen acceso a la información, habiéndose éstos comprometido a mantener y proteger los datos antes de acceder a la información.

ANÓNIMO O NOMINATIVO CON DE-IDENTIFICACIÓN: la notificación puede ser anónima (no se identifica al notificante) o nominativa (el notificante se identifica). Se recomienda la notificación nominativa para poder realizar análisis en profundidad de casos relevantes. El sistema está diseñado para anonimizar automáticamente en 15 días la fecha y hora del incidente, nombre y mail del notificante y categorías profesionales de las personas implicadas.

ORIENTACIÓN SISTÉMICA: entendiendo que los incidentes en seguridad del paciente dependen, en gran medida, de múltiples factores contribuyentes relacionados con el sistema, el análisis y recomendaciones deben adoptar un enfoque sistémico más que hacia la persona.

ANÁLISIS FOCAL: aunque parte de la información que recoge el SiNASP se agrega y analiza a nivel de Comunidad Autónoma y Ministerio de Sanidad, el SiNASP tiene una orientación local, pues es en el propio centro sanitario donde ha ocurrido el incidente y donde mejor se puede mejorar la seguridad de los sistemas de trabajo.

NOTIFICACIONES EN SiNASP

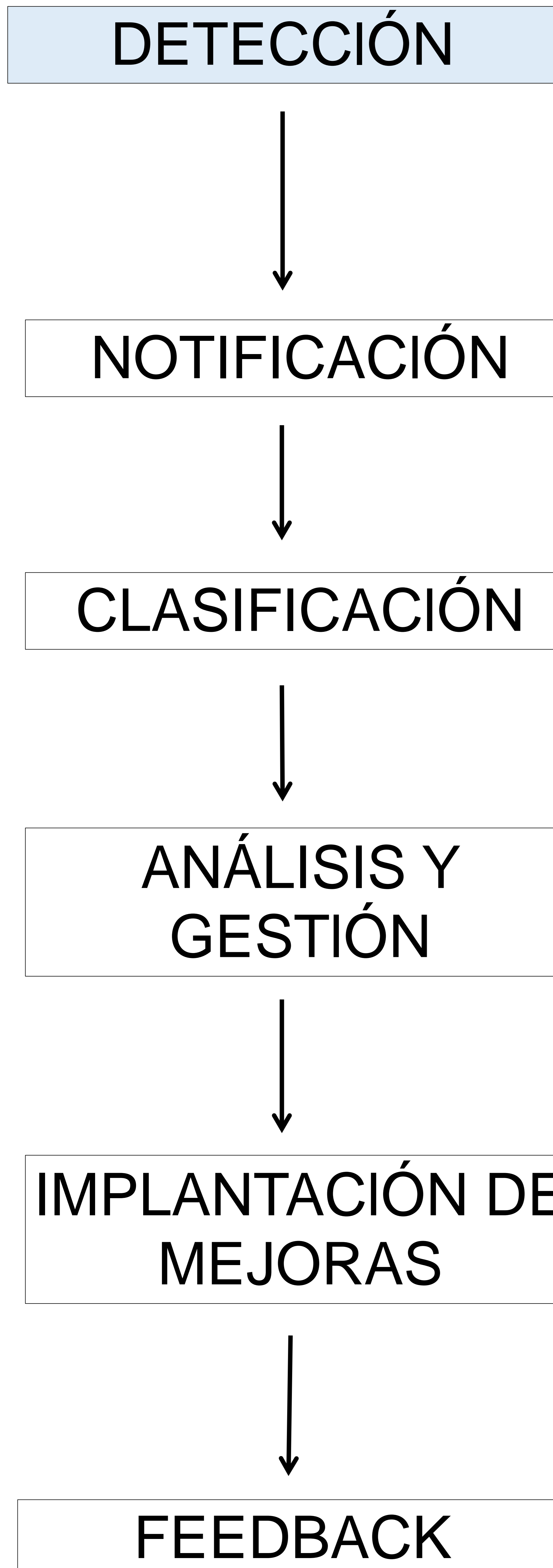
TIPOS DE INCIDENTES QUE SE NOTIFICAN

Todos los incidentes relacionados con la seguridad del paciente, independientemente de si llegaron o no al paciente y de si causaron daño o no, puesto que todos ellos aportan información para aprendizaje. Se excluyen las infracciones de utilidad limitada desde un punto de vista del aprendizaje y de obvio interés para la justicia. Ejemplos de aspectos a excluir en notificación SiNASP serían el abuso de pacientes, actos criminales, prácticas inseguras intencionadas o actuaciones bajo los efectos de las drogas.

INFORMACION IDENTIFICATIVA: el SiNASP no recoge información identificativa del paciente ni de los profesionales implicados. En cuanto al notificante, se plantean dos posibilidades: notificación anónima o nominativa con anonimización de los datos (o de-identificación), así se permite hacer investigaciones profundas y dar feedback a los notificantes.

IMPLICACIONES LEGALES DEL SiNASP: la base de datos borra automáticamente la información contenida y a partir de allí es materialmente imposible acceder a la información de ninguna forma, por tanto la información de SiNASP nunca se aportará a un proceso judicial.

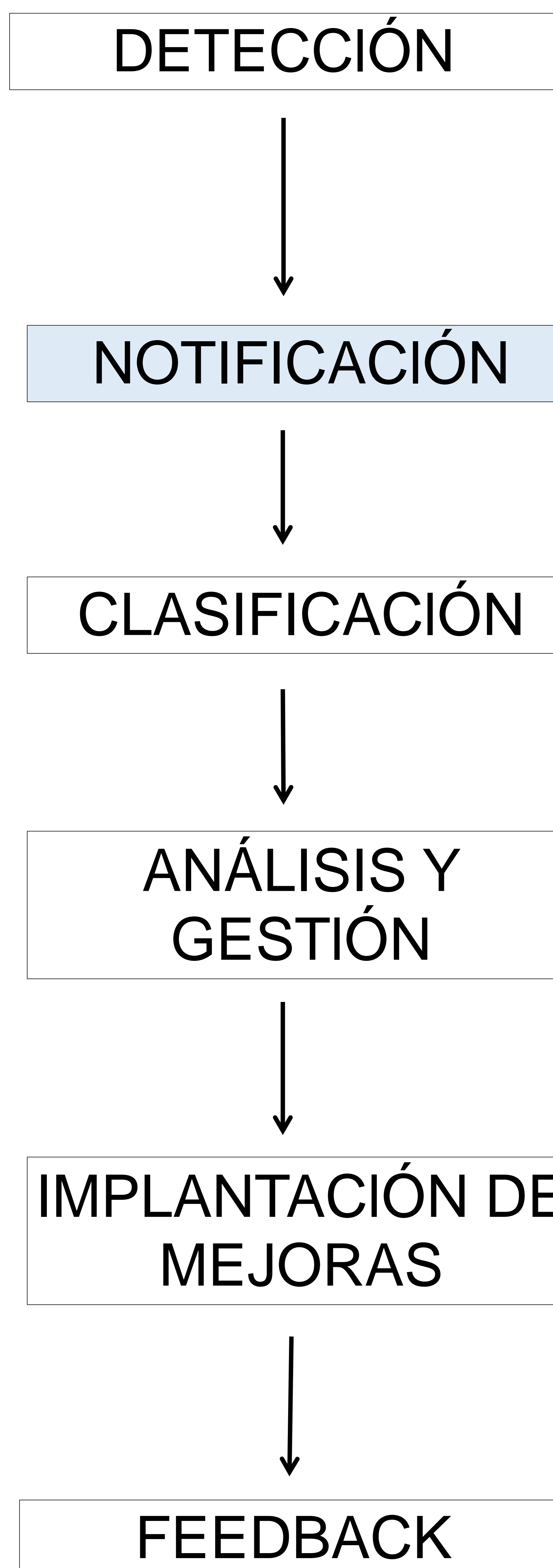
VISIÓN GENERAL DEL PROCESO



OBSERVACIÓN DIRECTA: el profesional está presente durante el suceso y lo ve directamente, o es el propio profesional quien comete personalmente el error

OBSERVACIÓN INDIRECTA: el profesional no ve el incidente, pero lo identifica posteriormente porque una tercera persona le informa o por documentación que lo refleja

VISIÓN GENERAL DEL PROCESO



Cualquier profesional sanitario que identifique un incidente relacionado con la seguridad del paciente ocurrido en su centro de trabajo puede notificarlo. El periodo de tiempo transcurrido entre la detección y la notificación debe ser lo más breve posible, preferentemente el mismo día . La notificación de incidentes se realiza en un **cuestionario electrónico** a través de <https://www.sinasp.es>

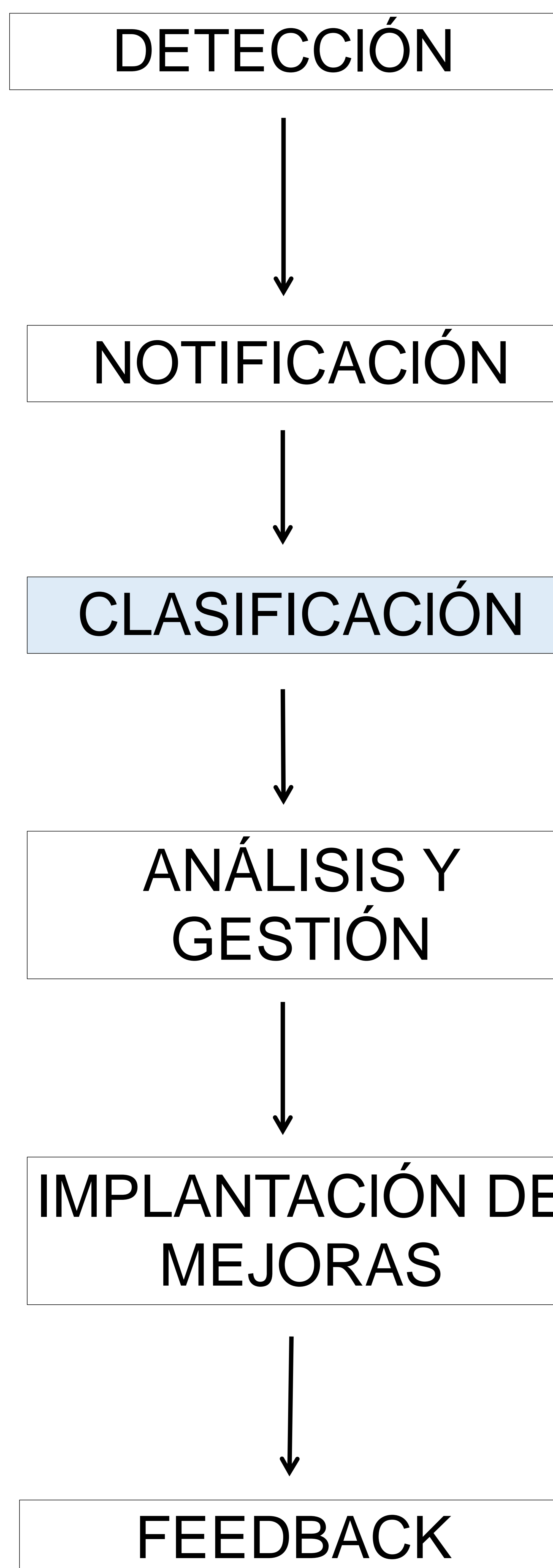
Se notificarán todos los incidentes relacionados con la seguridad del paciente detectados, independientemente de si llegaron o no al paciente y si causaron o no daño, puesto que todos ellos aportan información relevante para el aprendizaje.

Incidente que no llegó al paciente: Incidente con capacidad de causar un error, que podría haber provocado daño pero no lo hizo, bien por suerte o porque fue interceptado antes de llegar al paciente.

Incidente sin daño: el incidente llegó al paciente aunque lo le causó daño

Evento adverso: incidente que ha producido daño al paciente

VISIÓN GENERAL DEL PROCESO



Los incidentes notificados se categorizan en base a su riesgo asociado. La categoría de riesgo sirve como guía para decidir el método de gestión posterior. Para la clasificación de los incidentes notificados se utiliza la matriz del “**Severity Assessment Code**” (SAC). Para determinar el **nivel de riesgo** de un incidente, en el SAC se valoran dos variables: La **gravedad** de las consecuencias del incidente en el paciente

La **frecuencia** de aparición del incidente.

El notificante debe valorar cada una de las dos variables y el sistema determina automáticamente el nivel SAC.

Las **consecuencias / gravedad del incidente en el paciente** se clasifican en una de las siguientes categorías:

El incidente llegó al paciente, pero no le causó daño.

El incidente alcanzó al paciente y no le causó daño, pero precisó monitorización y/o intervención para comprobar que no había sufrido daño.

El incidente contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó intervención.

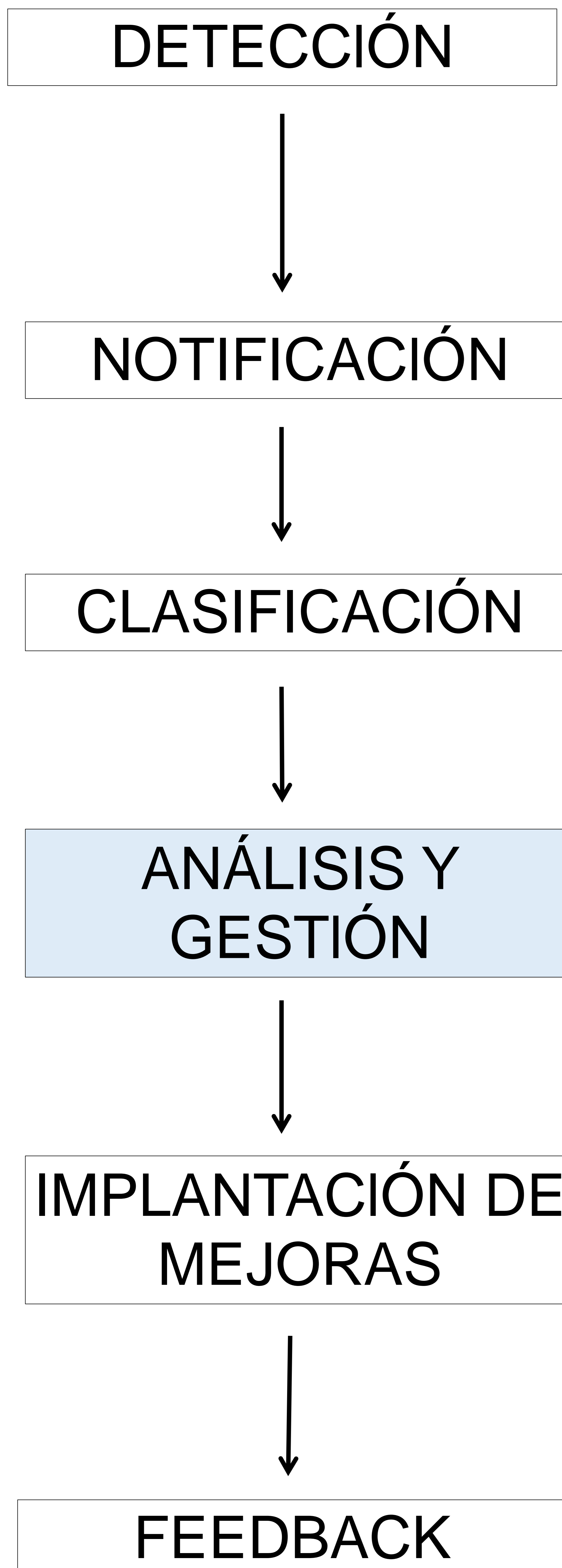
El incidente contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó o prolongó la hospitalización.

El incidente contribuyó o causó daño permanente al paciente.

El incidente comprometió la vida del paciente y se precisó intervención para mantener su vida.

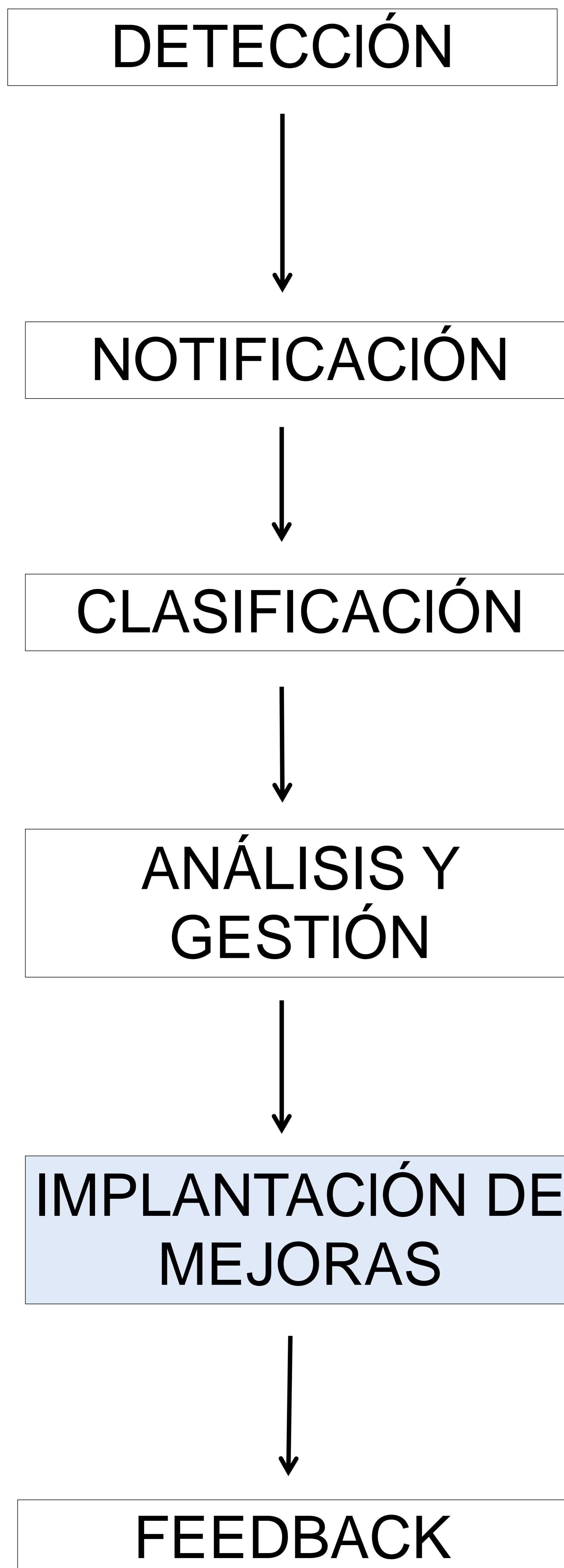
El incidente contribuyó o causó la muerte del paciente.

VISIÓN GENERAL DEL PROCESO



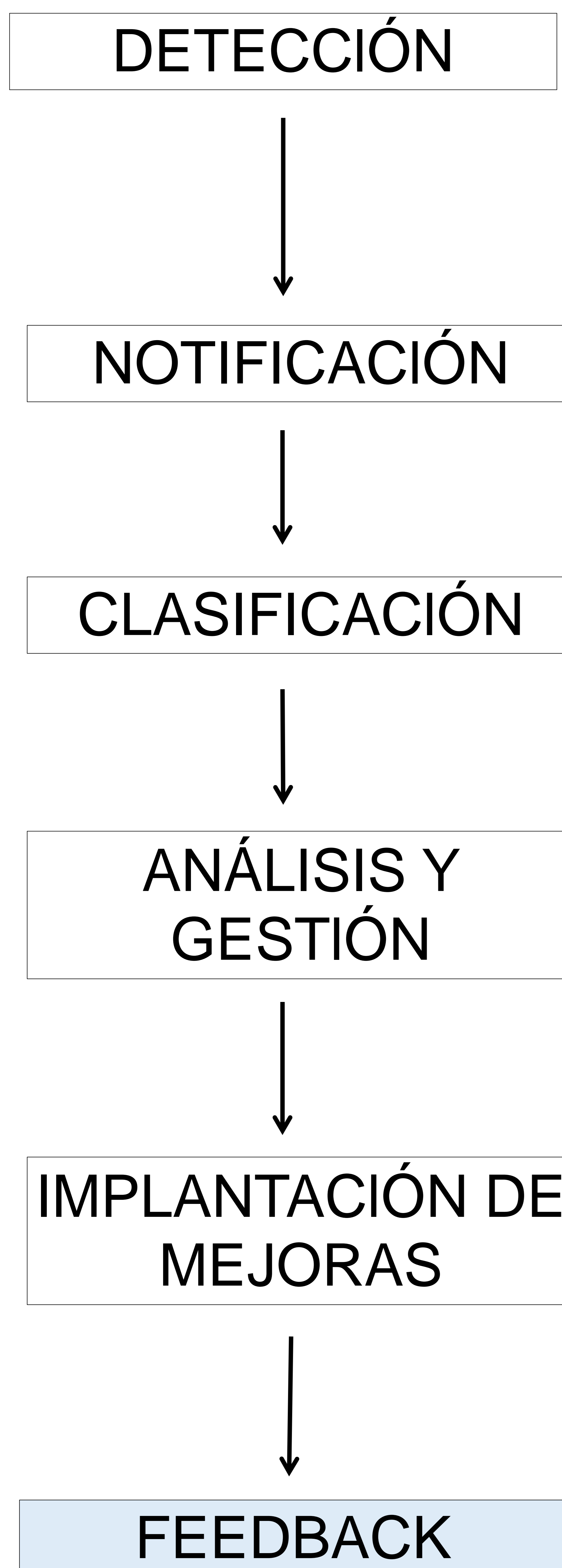
En general el análisis de las notificaciones lo lidera la Comisión de Seguridad del centro, aunque en ocasiones se puede solicitar al profesional que ha notificado el incidente o a otros profesionales implicados en el proceso que participen en el análisis del incidente y en la elaboración del plan de mejora.

VISIÓN GENERAL DEL PROCESO



Tras el análisis y gestión de un incidente se deben crear planes de mejora de seguridad o de reducción de riesgos **para prevenir la repetición de incidentes similares**. Se evaluarán los resultados obtenidos de los cambios generados para confirmar la efectividad de las mejoras.

VISIÓN GENERAL DEL PROCESO



La información recogida en el SiNASP y el resultado del análisis de las notificaciones es responsabilidad de la Comisión de Seguridad del centro, que informará a los profesionales sanitarios con los medios que considere oportunos.

Además en la página web del SiNASP también encontramos algunas recomendaciones más generales para mejorar la Seguridad del Paciente.

COMO REALIZAR UNA NOTIFICACIÓN EN SiNASP

El SiNASP es una aplicación informática intuitiva, que no requiere explicaciones detalladas.

El cuestionario del SiNASP está disponible únicamente en formato electrónico para ser cumplimentado a través de Internet (<https://www.sinasp.es>). Este método garantiza la cumplimentación de los campos que son considerados obligatorios, evita errores de transcripción y potencia la confidencialidad de la información introducida al sistema.

Cada vez que iniciamos una nueva notificación, el **SiNASP asigna automáticamente un código** a dicha notificación. El código es un número aleatorio que se muestra en la parte superior izquierda de la pantalla, y podremos acceder a la notificación en momentos posteriores con ese código para ir introduciendo datos. Los datos que se han introducido en la notificación antes de interrumpirla se quedan guardados **durante un mes**.

Hay varios apartados que hay que ir contestando en distintas ventanas (no hace falta ir en el orden establecido)

Automáticamente el programa guarda la información introducida cada vez que cambiamos de pantalla, aunque podremos modificar o borrar cualquier dato previamente introducido.

Se puede borrar o cambiar toda la información hasta el momento en que enviemos la notificación. Una vez enviada no podremos volver a acceder a ella.

Es importante detallar el incidente, pero no se debe introducir ningún dato de identificación del paciente (nombre, historia clínica, DNI...)

CONCLUSIÓN

El aceptar una equivocación es un acto de valor que ayuda a evitar situaciones en un futuro.

- Desde la Comisión de Seguridad Clínica del Hospital San Jorge de Huesca les animamos a realización de la 9ª edición del curso de seguridad SINASP para hospitales.
- Se puede acceder a través de la plataforma de formación del SINASP: <https://aulavirtual.sinasp.es/>
- Para cualquier consulta no duden en ponerse en contacto con la Comisión de Seguridad de su centro.

REFERENCIAS

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Período 2015-2020. [monografía en Internet.] Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>
- World Health Organization (WHO). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, Versión 1.1. Informe técnico definitivo. Enero de 2009.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Seguridad del Paciente. Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. Madrid, 2005
- 9ª edición del curso de seguridad SINASP para hospitales.