

ESCOLA UNIVERSITÀRIA D'INFERMERIA SANTA MADRONA
de la Fundació "la Caixa"

LA GESTIÓ DELS ESDEVENIMENTS ADVERSOS EN LA PRÀCTICA D'INFERMERIA A L'ÀREA QUIRÚRGICA

Autors:

Míriam Armora Verdú. Infermera quirúrgica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.

Josep Miranda Salmerón. Infermer quirúrgic. Corporació Sanitària Clínic de Barcelona.

Helena Salas Marco. Infermera quirúrgica. Corporació Sanitària Clínic de Barcelona.

Treball presentat al curs d'Administració i Gestió en cures d'Infermeria per l'obtenció del Màster.

Treball dirigit pel professor: Esteve Pont

Comissió avaluadora

Montserrat Teixidor	Presidenta
Esteve Pont	Secretari
José Tejada	Vocal
Marisol Rodríguez	Vocal

Presentat en data: 20 Juliol 2009

Acceptat en data: 22 Juliol 2009

Queda prohibit qualsevol reproducció total o parcial d'aquest treball sense l'autorització expressa per part dels autors.

AGRAÏMENTS

Volem donar el nostre agraïment a l'Escola Universitària d'Infermeria de Santa Madrona, pel seu suport, disposició i encoratjament per la realització del nostre estudi, suport que no només ha estat institucional, si no també de coneixements i personal.

Referència especial als professionals d'infermeria dels dos centres estudiats pel seu temps, interès i saber fer que ha significat la base indispensable per poder realitzar aquest estudi. Els hi donem el nostre més sincer agraïment.

Donem les gràcies a altres professionals que amb coneixements metodològics ens han ajudat en totes aquelles tasques fluixes per nosaltres.

Menció especial volem fer a les nostres famílies que han suportat les hores davant de l'ordinador, han llegit amb nosaltres centenars d'articles, han prescindit de nosaltres mentre treballàvem i ens han donat tot el suport que sense ell, aquest estudi no hauria vist la llum.

Gràcies als nostres companys que ens han cobert molts dies assumint part de la nostre feina quan teníem les tutories. Els hi agraïm de tot cor.

INDEX

1.- Introducció.....	6
2.- Objectius de la investigació.....	8
3.- Marc teòric.....	9
3.1.- Introducció.....	9
3.2.- Concepte d'EA, Error sanitari, Negligència i Mala praxis...	10
3.3.- Teoria de l'error.....	12
3.4.- Monitorització dels EAs.....	16
3.4.1.- Indicadors.....	16
3.4.2.- Revisió de la història clínica.....	17
3.4.3.- Observació directa.....	18
3.4.4.- Sessions clíniques de morbi-mortalitat.....	18
3.4.5.- Notificació dels incidents	19
3.5.- Sistemes de registre i notificació d'incidents.....	21
3.5.1.- Estudis internacionals.....	21
3.5.2.- Estudis nacionals.....	23
3.6.- Gestió dels EAs.....	24
3.7.- Qualitat total.....	27
3.7.1.- Acreditació.....	33
3.7.2.- Procés.....	33
3.7.3.- Guies de practica clínica.....	34
3.7.4.- Medicina basada en l'evidència.....	34
3.7.5.- Satisfacció.....	35
3.7.6.- Autoavaluació.....	39
3.8.- Seguretat a l'àrea quirúrgica.....	42
3.9.- Situació actual a dos hospitals de nivell III.....	45

4.- Hipòtesis	47
5.- Metodologia	47
5.1.- Disseny de l'estudi.....	47
5.2.- Població.....	47
5.3.- Tècnica de mostreig.....	47
5.4.- Mostra.....	48
5.5.- Variables.....	48
5.6.- Instrument.....	51
6.- Resultats	52
7.- Conclusions	69
8.- Propostes de millora	75
9.- Noves linees d'investigació	76
10.- Bibliografia	78
11.- Annexes	83

1.- INTRODUCCIÓ

La seguretat del pacient es considera una prioritat en l'assistència sanitària, activitat cada cop més complexa i amb riscos potencials. En els processos assistencials intervenen un gran nombre de professionals amb experiència diversa, pacients amb pluripatologia i immersos en procediments altament tecnològics. No existeix un sistema capaç de garantir l'absència d'esdeveniments adversos (EAs), ja que es tracta d'una activitat que combina factors inherents al sistema amb actuacions humanes.

La sanitat, sobretot el Sistema Sanitari Nacional, ha passat de voler oferir prestacions al major nombre de població possible, a voler-ho fer amb la major qualitat. Hi ha hagut per tant una variació de la quantitat cap a la qualitat, la qual cosa, ha portat a considerar la seguretat del pacient, una prioritat a l'assistència sanitària, tot i que no existeix un sistema capaç de garantir l'absència d'EAs, definits com un dany no intencionat, causat per l'assistència sanitària, no relacionat amb la malaltia ni amb les condicions subjacents dels pacient.

El principi hipocràtic “primum non nocere”, és a dir, “primer no fer mal”, atribuït a Hipòcrates, ha estat la guia dels professionals de la salut. Malgrat tot, si reconeixem que l'actuació clínica és un acte humà, i com a tal no està exclòs d'error, podem dir que en el procés assistencial hi ha el risc de fer mal, com a conseqüència de la existència d'errors i EAs en les institucions sanitàries.

A les conseqüències directes dels EAs a l'assistència s'hi sumen les seves repercussions econòmiques: hospitalitzacions addicionals, demandes judicials, infeccions intrahospitalàries, i el propi dolor dels pacients i de les famílies, juntament amb la pèrdua d'ingressos, discapacitats i despeses mèdiques. Tot això ens porta a una reflexió sobre la necessitat d'adoptar mesures eficaces i contrastades que permetin reduir el creixent nombre d'EAs derivats de l'atenció sanitària i les seves repercussions en la vida dels usuaris.

Tot i el gran interès per vetllar per la seguretat del pacient, hi ha una manca de sensibilització respecte el problema dels EAs, perquè manca uniformitat en la metodologia per identificar-los i establir mesures d'avaluació. Preocupa de forma innecessària la violació confidencial de les dades, exigint al professional responsabilitats sobre l'error.

Segueix essent limitada la comprensió i el coneixement de la epidemiologia dels EAs, com també la seva freqüència, de quina manera es produeixen i les repercussions que impliquen en l'evolució dels pacients.

Dins l'àrea quirúrgica, volem fer un anàlisi del tipus d'EAs que es produeixen per tal d'establir línies d'actuació, per a la detecció i millora.

La creació d'una comissió encarregada d'identificar, analitzar i avaluar sistemàticament els EAs, facilitarà la conversió d'aquesta informació en coneixements útils per als professionals sanitaris.

Canviar la cultura de la culpabilitat, la implementació de mesures correctores, la implicació de les institucions i dels seus professionals, no com organisme controlador, sinó resolutiu, contribuirà a la millora de la qualitat assistencial.

Considerem que tenir una eina de control dels EAs, conèixer el seu origen amb les seves repercussions, i que les organitzacions treballin per la seva correcció, pot ser un bon mecanisme per proporcionar seguretat al pacient, i a l'equip assistencial, la qual cosa incrementarà la qualitat de l'atenció que ofereixen els serveis sanitaris, així com més satisfacció entre els professionals.

2.- OBJECTIUS DE LA INVESTIGACIÓ

L'objectiu general del nostre estudi és el següent:

- Avaluar la gestió dels EAs.

Els objectius específics que se'n deriven són:

- Detectar la incidència dels EAs a l'Àrea quirúrgica (AQ).
- Analitzar les causes dels EAs.
- Verificar la incidència dels EAs sobre la qualitat assistencial.

3.- MARC TEÒRIC

3.1.- Introducció

El problema dels esdeveniments adversos (EAs) no és actual, des de fa temps existeix una clara preocupació pels efectes negatius que pot ocasionar l'atenció sanitària. La publicació de l'informe "To Err is Human" l'any 1999 per part de l'Institute of Medicine (IOM) dels EEUU, va suposar un abans i un després en el reconeixement dels errors mèdics i la seva repercussió als pacients¹.

Un dels estudis en que es va basar aquest informe fou realitzat a Harvard l'any 1980, amb les conclusions de que quasi un 4% dels pacients patien algun tipus de dany durant el seu ingrés, dels quals el 70% era dany temporal i el 14% acabaven amb la mort². En aquest estudi li han succés altres mes, arribant a conclusions similars i aportant dades crucials: un percentatge d'EAs eren previsibles.

L'informe de l'IOM va estimar que morien anualment als EEUU entre 44.000 i 98.000 persones als hospitals com a resultat dels EAs, xifres que superen la mortalitat en accidents de cotxe, el càncer de mama i la SIDA².

La gran majoria dels EAs es produeixen als hospitals, ja que la població està sotmesa a un major risc associat a l'atenció hospitalària, tot i que no exclou que es puguin produir en altres àmbits, essent el cas de l'atenció primària, els centres socio-sanitaris, les oficines de farmàcia i el propi domicili del pacient³.

3.2.- Concepte d'Esdeveniment advers (EA), Error sanitari, Negligència i Mala praxis.

L'IOM defineix un **EA** com un dany inesperat no intencionat causat per l'atenció de professionals sanitaris, no relacionat amb la malaltia ni amb les condicions subjacents del pacient. Inclou tots els aspectes de l'atenció tals com el diagnòstic i el tractament, així com els sistemes i els equips utilitzats. Exemples d'EAs inclouen les caigudes de pacients, els errors de medicació, les reaccions inesperades o complicacions, els errors en procediments o complicacions associades, els suïcidis o intents de suïcidi i pèrdues de pacients.

Es distingeixen dos tipus d'EAs:

1. EA greu: ocasiona èxits, incapacitat residual a l'alta o requereix intervenció quirúrgica.
2. EA lleu: lesió o complicació que no perllonga la estància hospitalària.

Es considera **error sanitari** en la pràctica assistencial l'acte d'equivocació per comissió u omissió en la pràctica dels professionals que pot contribuir a que es desenvolupi un EA. Els errors d'omissió són més difícils de reconèixer que el errors de comissió, però probablement representen un problema de major magnitud. L'error de comissió pot ser ocasionat, be per un fracàs al realitzar una acció correctament planificada, o per un pla incorrecte per aconseguir un objectiu pertinent⁴.

Els errors són costosos en termes de costos d'oportunitat, els diners gastats en haver de repetir proves en el diagnòstic, són diners no disponibles per uns altres propòsits. També ho son en termes de pèrdua de confiança en el sistema tant per part dels pacients com per part dels professionals de salut³.

No tots els errors ocasionen mal, els errors que ocasionen una lesió s'anomenen EAs evitables. Per exemple, un pacient intervingut que en el postoperatori mor d'una pneumònia. Si l'anàlisi del cas mostra que el pacient ha patit una pneumònia al seu domicili pel rentat insuficient de mans del

professional o per les tècniques de neteja de d'instrumental ineficaç, l'EA era evitable (atribuïble a un error d'execució). Però l'anàlisi pot concloure que no hi ha hagut cap error, si es suposa que el pacient sofert una cirurgia difícil i una llarga recuperació (no seria un EA evitable), es tractaria, per tant, d'una complicació per la seva pròpia vulnerabilitat.

Els professionals sanitaris en general i el personal facultatiu en particular, han de respondre de la seva activitat professional davant la societat. Tant pel que fa a qüestions ètiques i de bona pràctica (responsabilitat deontològica); com en relació al compliment de les normes legals que regulen l'exercici professional (responsabilitat legal).

De l'incompliment de les normes legals se'n pot derivar una responsabilitat que pot ser, en funció de la norma legal incomplerta, de tipus penal, civil o administrativa. L'error en la pràctica professional no equival directament a l'existència d'una responsabilitat professional legal. Per tal de parlar d'una responsabilitat civil o penal per **negligència** ha de precisar tres condicions⁵:

- Existència de falta mèdica o una conducta caracteritzada per manca de cures en obligacions professionals caracteritzat per negligència, imprudència o falta de coneixements necessaris.

- Existència d'un dany o lesió.

- Demostració d'una relació causa-efecte entre les condicions anteriors, és a dir, que la mancança és la que ha causat dany al pacient.

D'aquesta manera, és precís diferenciar entre els errors inexcusables i excusables en funció de les circumstàncies, així com entre la mala praxis real i mala praxis aparent; aquella en la que les coses es fan be, però els resultats no son bons. Els litigis relacionats en una suposada **mala praxis** han augmentat els últims anys i és previsible que ho siguin fent, degut a les següents raons⁶:

- Augment de l'autonomia i capacitat de decisió dels pacients.

- Expectatives il·limitades en els resultats dels avenços tècnics en medicina.

- Millor coneixement dels drets i major sensibilització sobre l'exigència.
- Augment d'informació, en ocasions triomfalista i mentidera, des dels mitjans de comunicació, associacions d'usuaris i perjudicats pels errors sobre els avenços tècnics, possibles reclamacions i nombroses indemnitzacions.
- Manipulació dels pacients o dels seus familiars, per part dels advocats, que en ocasions plantegen als seus potencials clients, reclamacions improcedents o poc fonamentades per manca de proves.

3.3.- Teoria del error

Equivocar-se és humà, en l'àmbit de la psicologia, James Reason presenta diferents teories, acceptades no només en l'àmbit sanitari sinó en altres models organitzatius per explicar l'origen de l'error humà⁷. Postula que davant l'error no hem de culpabilitzar a les persones ja que aquesta visió només es centra en l'acte insegur o en errors de procediment que ha realitzat al professional, fent que no puguem veure l'error des d'una visió més amplia. Si ho veiem des d'aquest punt de vista, els actes insegurs estan deguts majoritàriament per processos mentals com l'oblit, la fatiga, la negligència i la temeritat, de la mateixa manera, les contramesures van dirigides a reduir la variabilitat no desitjada en el comportament humà creant un sentiment de por a mesures disciplinàries, amb amenaces de litigis, culpant i avergonyint.

. En la pràctica assistencial l'error es pot considerar des de varies perspectives complementàries:

- En relació als aspectes psicològics que es veuen implicats.
- Per la gravetat de les conseqüències.
- En dependència del procés assistencial.
- En relació als factors que han pogut contribuir a la seva aparició.

En relació als aspectes psicològics que es veuen implicats, els errors més comuns en dependència del mecanisme psicològic són els despistes, oblots, errors - en sentit estricte-, i incompliment de normatives.

Per la gravetat de les conseqüències, els errors poder ser greus, lleus i quasi errors (near miss). Un **quasi error** és una categoria imprecisa que inclou successos freqüents com els següents: casos amb els que el dany per al pacient ha estat evitat, situacions en les que una successió continuada d'efectes fou deguda evitant l'aparició de potencials greus o esdeveniments perillosos que no han produït danys personals, però sí materials i que serveixen d'avis de la possibilitat de succeir EAs.

La importància dels quasi errors radica en que poden ser un avis d'una situació compromesa sobre la seguretat del pacient. El fet que no hagin produït cap dany, o les seves conseqüències hagin estat les mínimes no ha de ser motiu per que se'ls presti menor atenció que als errors greus, afortunadament menys freqüents.

En dependència del procés assistencial, la epidemiologia diu que existeix major probabilitat d'equivocar-se aquells que utilitzen tècniques novadores o complexes, qui desenvolupa la seva activitat en serveis quirúrgics, unitat de cures intensives i urgències⁸.

La Teoria de l'error humà estableix que l'error és producte de dos factors: les condicions latents en la organització i els errors actius.

Les **condicions latents** són els patògens inevitables que viuen als sistemes. Estan causades per processos mal dissenyats, procediments mal descrits, debilitats no detectades, i decisions preses erròniament a nivell superior de les organitzacions. Moltes decisions estratègiques tenen la capacitat potencial d'introduir patògens als sistemes. Aquestes condicions tenen la tendència a estar dormides durant molt de temps abans de combinar-se amb les errors actius, esperant per produir un esdeveniment que no desitgem.

L'**error actiu** és un terme que s'utilitza per referir-se als errors dels professionals en relació directa amb els pacients. Aquests són generalment fàcils d'identificar (premer un botó incorrecte, injectar un producte equivocat...) i quasi sempre impliquen a algú situat a primera línia assistencial.

Dins d'aquesta categoria també estan inclosos els despistes, les distraccions, els lapsus, els errors de valoració, i l'incompliment de normes establertes.

El model de Reason, contempla aquests dos conceptes rellevants: la cadena d'errors i el model de formatge suís. D'acord amb aquest model, tots els sistemes tenen barreres, defenses i salvaguardes que actuen com a escuts de seguretat en forma de llesques de formatge suís. (veieu la figura 1).

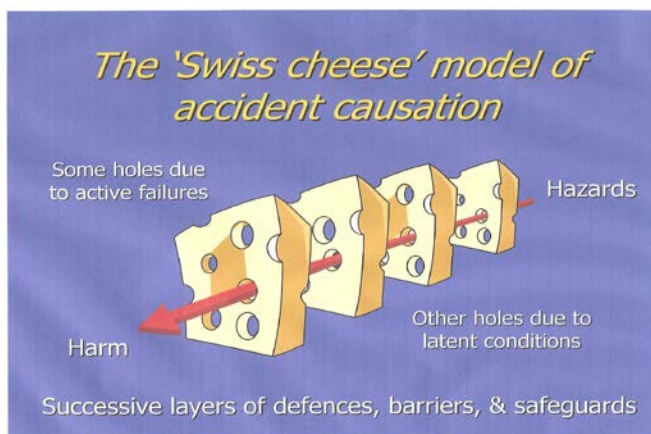


Figura 1

Els forats al formatge suís serien els errors actius i les condicions latents que qualsevol sistema té, ja que no existeixen sistemes perfectes. Quan determinats forats s'alineen (diferents errors actius d'un mateix procés produïts en un mateix pacient i realitzats per diversos professionals), l'error pot produir-se.

Els sistemes poden ser molt grans i de gran abast, o molt localitzats. En l'assistència sanitària, un sistema pot ser un sistema de producció integral, multihospitalari, virtual... Tanmateix, un quiròfan és també un tipus de sistema, on qualsevol element pertany a altres sistemes múltiples. Per exemple, un quiròfan és part d'un departament quirúrgic, que es troba dins l'hospital, part d'un sistema de producció d'assistència sanitària més gran.

Els errors latents suposen l'amenaça més gran a la seguretat en un sistema complex perquè sovint són desconeguts i tenen la capacitat d'ocasionar múltiples tipus d'errors actius.

Per tant, podríem dir que molts dels EAs es produeixen per situacions latents del propi sistema i no a negligències o imprudències del personal. (veieu la figura 2).

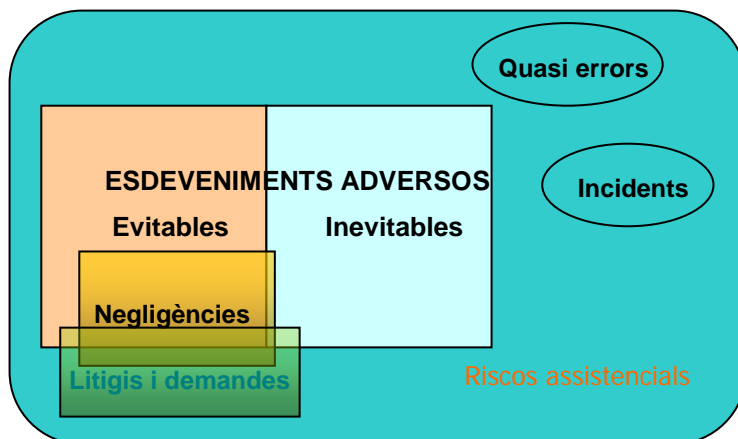


Figura 2

L'existència d' EAs és atribuïble a factors sistèmics que els determinen:

1. L'estratègia d'una organització.
2. La seva cultura.
3. El seu plantejament de la gestió de la qualitat.
4. La prevenció dels riscos.
5. La capacitat per aprendre dels errors.

Estudis realitzats per Heinrich⁹, pioner de la salut ocupacional i la seguretat, deien que per cada raó d'un EA greu, es produïen 30 EAs lleus i 300 incidents. Amb aquestes dades es dibuixa la piràmide de Heinrich, on a la base s'ubiquen una gran quantitat d'accidents lleus, i a la cúspide, els casos greus.

Al detectar molt fets lleus, com passa actualment, augmenten les possibilitats que passi un de greu. Per aquest motiu els experts parlen de treballar sobre la base de la Piràmide de Heinrich i no sobre la cúspide.

(veieu la figura 3).



Figura 3

Més recentment, s'ha suggerit una jerarquia en la que distribució EA greu - EA lleu - Incident és d'1-10-600. Aquests resultats van ser obtinguts en un estudi de 1,5 milions d'incidents^{9, 10}.

3.4.- Monitorització dels EAs

Els EAs requereixen una monitorització constant mitjançant diferents mètodes amb la finalitat d'identificar-los. Cada mètode aporta una informació específica que ajuda a interpretar la naturalesa o circumstàncies dels EAs. La combinació de diferents mètodes permet tenir una visió real dels EAs d'una institució. Els mètodes descrits a continuació constitueixen les pràctiques més habituals en les institucions sanitàries:

1. Indicadors
2. Revisió de la història clínica
3. Observació directa
4. Sessions clíniques de morbi-mortalitat
5. Notificació dels incidents

3.4.1. Indicadors

Es difícil establir bons indicadors que ens permetin mesurar la qualitat de l'assistència que oferim com una de les millors del món. Els indicadors són la expressió de la mesura d'un succés mesurable, objectiu, acceptable, rellevant i basat en l'evidència. Un indicador mesura i avalua de forma periòdica i planificada els aspectes rellevants de l'assistència. En el cas dels errors mèdics un dels indicadors més freqüents es :

$$\text{Número de pacients que pateixen un esdeveniment} \times 100 / \text{Número de pacients que estan en risc.}$$

Quan es defineix un indicador es necessari el següent:

- Identificar els aspectes mes rellevants de l'atenció.
- Establir estàndards sobre el que seria acceptable.
- Recollir informació i tabular-la.
- Comparar la informació amb l'estàndard que tenim establert.
- Buscar les causes del problema i les oportunitats de millora si el resultat de l'indicador no s'ajusta als estàndards.
- Identificar i posar en marxa mesures correctores.

Els indicadors poden ser¹¹:

1. D'estructura: mesuren recursos i organització de l'atenció.
2. De procés: com es fa l'atenció.
3. De resultats: consecució dels objectius.

4. Existeix un altre tipus d'indicador anomenat "sentinella", que son aquells en els que un sol cas es ja indicatiu d'un problema i ha de conduir a un anàlisi de les causes "Root Cause Analysis" (RCA) per redissenyar el procés afectat de tal manera que aquest no es torni a produir. Aquest tipus d'indicador s'expressa en nombre absolut (per exemple, nº d'errors transfusionals, cossos estranys oblidats durant la cirurgia...), tenint una freqüència molt baixa, on l'estàndard ha de ser de zero casos, ja que no haurien de succeir mai¹².

3.4.2. Revisió Histories Clíiques

La revisió retrospectiva de la història clínica (HC) és una mesura de referència considerada estàndard per la monitorització dels EAs. La revisió es realitza amb un protocol prèviament dissenyat, que conté paraules clau, anomenades "trigger", és a dir, signes i símptomes o situacions del pacient que apunten sobre la existència d'un EA. S'acostuma a realitzar per fases, i genera un important consum de recursos i temps. Les bases de dades administratives presenten una alternativa a la revisió manual d'històries clíniques. Existeixen estudis que detecten els EAs mitjançant l'informe d'alta, ja que els diagnòstics

estan codificats a través dels Grups relacionats amb el diagnòstic (GRD) o a través dels codis ICD 9 CM (classificació internacional de malalties)^{13,14}.

3.4.3. Observació directa

S'utilitza en situacions que no permeten l'ús d'altres mètodes (per exemple, la observació de la freqüència i la qualitat del rentat de mans dels professionals de salut, o l'adhesió dels professionals a un determinat protocol). L'observador identifica desviacions de la pràctica que els propis professionals son incapaços de detectar, pregunta als professionals sobre les actituds i opinions d'un determinat fet. S'ha demostrat que la observació té major incidència d'EAs potencials i reals que els resultats de la revisió d'històries clíniques. Es cert, que els subjectes observats poden canviar el seu comportament quan coneixen que estan sota observació. Per tal que no es produeixi, i sota determinades circumstàncies, amb el consentiment de la Comissió d'Ètica es pot utilitzar la observació cega per evitar la contaminació dels resultats¹⁵.

3.4.4. Sessions clíniques de morbi-mortalitat

Les sessions de morbi-mortalitat son reunions clíniques d'un departament, unitat o servei on es presenten casos de morbi-mortalitat inesperada o EA sorgits durant l'atenció al pacient. Aquestes sessions son el lloc apropiat per realitzar l'anàlisi dels EA, errors i complicacions. No s'han d'interpretar com una amenaça professional, legal o emocional, ni estan dissenyades per tractar assumptes de comportament professional. La seva implantació i desenvolupament als departaments, és un indicador de qualitat que recaurà en una millora en l'atenció al pacient. Identificar i analitzar els errors i EA de manera rigorosa ajuda a desenvolupar una actitud reflexiva i

constructiva sobre la pròpia actuació professional.

3.4.5. Notificació dels incidents

Els sistemes de registre i notificació d'incidents recullen informació en temps real i poden guiar accions immediates, millorant la seguretat i reduint el dany a les organitzacions. Un sistema de notificació necessita una cultura de transparència d'errors, per tal que sigui eficaç, els professionals que notifiquen han de veure que la millora es du a terme després de la notificació. S'estima que el 95% dels EAs no es documenten, per tant, el que coneixem per sistemes de notificació voluntaris son únicament la punta de l'iceberg del que succeeix en les institucions. Les principals causes de la no notificació es deuen a una falta de consciència de que un error ha succeït, al desconeixement del que s'ha de documentar, la percepció de que el pacient es indemne d'error, la por a les accions disciplinàries, la pèrdua d'autoestima del professional i la manca de temps.

Independentment del disseny del registre, el tipus d'institució a la qual se li notifica i el tipus de comitès que analitzen els EAs serveixen per analitzar i introduir millores a les organitzacions.

L'informe de l'IOM¹ va establir que els sistemes de notificació constitueixen una estratègia clau per aprendre dels errors i evitar la seva recurrència. Aquest informe estableix que els sistemes de notificació poden complir dos funcions: orientar-se per tal de garantir la responsabilitat social (de tal manera que els proveïdors justifiquin sobre la seguretat de la seva pràctica) o, de manera alternativa o complementària, que els proveïdors proporcionin informació útil sobre la millora de la seguretat.

El primer enfocament es materialitza en "sistemes obligatoris i públics de notificació", es centra en EAs que produeixen lesions greus o morts i posen l'accent en proporcionar al públic uns mínims de protecció, en ser un incentiu per tal que les institucions evitin problemes de seguretat que les podrien

conduir a sancions, i en última instància, exigir a les organitzacions inversions en recursos per la seguretat del pacient.

Els sistemes que s'enfoquen cap a la millora de la seguretat són els sistemes de caràcter voluntari¹⁵. Es centren en els incidents (on no hi ha hagut dany) o en errors que han produït el mínim dany. El seu objectiu és identificar àrees o elements vulnerables del sistema previs a que es produeixi el dany als pacients i contribuir a la formació dels professionals sobre l'après amb l'anàlisi de múltiples casos.

Cal recordar que els sistemes de registre i notificació no pretenen ser una estimació de la freqüència dels EAs i incidents en el sector sanitari, és a dir, de la seva epidemiologia, sinó una forma d'obtenir una informació valuosa sobre la cascada d'esdeveniments que es produeixen. Són l'eina que permet actuar sobre la millora de la cultura de la seguretat, la qual està afectada per la seva totalitat dels factors ambientals que l'envolten. La cultura de seguretat és el producte dels valors individuals i de grup, les actituds, percepcions, competències i objectius que determinen el grau d'implicació que tenen les organitzacions per minimitzar el dany al pacient. Els sistemes de notificació, la informació associada a aquests i la resolució d'aquests problemes permeten a les organitzacions, d'una banda identificar i aprendre de les experiències, i per altra, redissenyar processos³.

La creació i implantació d'aquests sistemes al sistema sanitari encara no està sistematitzada, tanmateix, ha estat una prioritat en altres indústries on els riscos d'accidents i EAs es elevat.

Un dels sectors no sanitaris pioners en la notificació dels incidents és el de l'aviació, essent un exemple l'Aviation Safety Reporting System (ASRS)¹⁶.

L'ASRS és un sistema voluntari creat per a la notificació d'incidents. Els pilots, els assistents de vol, els mecànics i els controladors aeris remeten informes confidencials a l'ASRS. Des de l'any 1976, aquest sistema ha rebut prop de 300.000 informes sense produir-se fissures en la confidencialitat dels mateixos. L'ASRS recull, analitza i respon als informes voluntaris amb el propòsit de reduir la probabilitat que apareguin de nou els problemes de

seguretat notificats. Aquest sistema manté una base de dades d'incidents i distribueix 85.000 butlletins mensuals i altres documents de revisió semestrals als especialistes en temes de seguretat.

Xerris Billings¹⁷, l'artífex de l'ASRS, atribueix el seu èxit a tres factors: d'una banda, a la notificació segura, ja que els pilots són immunes a les accions disciplinàries per haver notificat un incident, per altra, la simplicitat del formulari i finalment, la utilitat, on els experts s'encarreguen d'analitzar els informes i difondre les recomanacions.

3.5 Sistemes de registre i notificació d'incidents

3.5.1. Estudis internacionals

A diferència de la indústria de l'aviació, en les institucions sanitàries no existeix una tradició de sistemes estructurats que permeten la notificació dels errors i els EAs. En aquest punt, països com EUA, Canadà, Austràlia, Regne Unit i altres han establert com prioritari incrementar la seguretat als seus sistemes sanitaris, la creació de sistemes de registre i notificació d' EAs.

L'any 1996, als EUA es crea la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO), que va establir una política per tal d'identificar, documentar, avaluar i prevenir esdeveniments sentinella en les organitzacions acreditades. Un episodi sentinella, com s'ha explicat anteriorment, és un esdeveniment inesperat que té com resultat la mort o una lesió física o psicològica greu (o el risc que es produeixi). Quan un episodi és conegut per la JCAHO o ha estat notícia en algun dels mitjans de comunicació, es requereix una investigació de les causes arrel (RCA) dels EAs i un pla d'acció de millora. Els episodis més notificats estan relacionats amb la seguretat dels medicaments, el suïcidi, la cirurgia en lloc erroni, les complicacions quirúrgiques i els retards en el tractament. La difusió dels resultats es realitza mitjançant la publicació d'un butlletí de la JCAHO

anomenat “Sentinel Event Alert” encarregat de proporcionar la informació monogràfica sobre diferents temes de seguretat que permeten als centres conèixer millor la seva gènesi i les estratègies per disminuir els EA.

Denis O’Leary, president de la JCAHO, afirma que la notificació obligatòria d’aquests casos proporcionarà una base de dades molt rica per a comprendre millor els problemes, però sense la garantia de confidencialitat de l’anàlisi (que actualment no existeix), l’anàlisi segurament no es realitzarà amb el grau de profunditat desitjat.

La JCAHO proposa uns factors que haurien de formar part de l’anàlisi de qualsevol EA, i son els següents:

1. Factor humà: relació professional-pacient, torns de treball, fatiga, capacitació personal.
2. Factor del procés: anàlisi de les errades dels diferents passos del procés.
3. Equipament
4. Factors ambientals: soroll, espai, mobiliari.
5. Gestió de la informació: comunicació intra i extra equips.
6. Lideratge: cultura de la organització respecte a la seguretat.
7. Supervisió adequada.

A Austràlia es va engegar l’any 1996 l’“Australian Incident Monitoring System” (AIMS), un sistema de registre i notificació d’EAs i incidents potencials (incidents relacionats i no relacionats amb la medicació) en format web. Depenent de les necessitats del grup que utilitzi el sistema, el AIMS pot ser anònim i confidencial o de domini públic, obligatori o voluntari, recollint EAs, incidents, queixes, casos medicolegals o informes sobre salut laboral.

El Regne Unit crea la “National Patient Safety Agency” (NPSA), dissenyant aquest a través d’un ampli ventall de serveis, un sistema denominat

National Reporting & Learning System (NRLS). EL NRLS es va crear l'any 2004 amb el propòsit de promoure i crear una xarxa de coneixement sobre la seguretat, essent un sistema anònim i confidencial centrat amb els EEAA i incidents.

3.5.2. Estudis nacionals

A Espanya existeixen diferents iniciatives de sistemes de registre i notificació dels EAs i errors de medicació a nivell local i autonòmic. Tanmateix, els que tenen major cobertura es relacionen amb la notificació dels errors de medicació. La notificació d'altres EAs com els anestèsics queden restringits a l'àmbit hospitalari i són també anomenats sistemes de notificació interns.

L'any 2000, s'implanta el "Programa de Notificació d'errors de medicació" centrat en la pràctica assistencial, treballant a nivell de farmàcies. L'objectiu d'aquest programa es transmetre a tots els professionals sanitaris i organitzacions vinculades en l'assistència sanitària la recollida i l'abordatge dels problemes d'errors de medicació.

A Catalunya tenim el Programa d'errors de medicació-gencat, impulsat per la Generalitat de Catalunya, encarregat de promoure la comunicació, estudi i prevenció dels errors de medicació. És un sistema confidencial, voluntari i no punitiu on es documenten errors d'administració.

El Servei d'Anestèsia i Reanimació de la Fundació Hospital Alcorcón va dissenyar i implantar l'any 1999 un sistema de registre i notificació d'incidents relacionats amb l'anestèsia. Un sistema amb format electrònic, de caire anònim i voluntari on un grup d'anestesisistes s'encarregaven d'analitzar els incidents notificats. Durant el període 1999-2004 es va registrar un total de 547 incidents crítics, en un 83,2% no va existir efecte clínic amb 6 morts de pacients. L'anàlisi de resultats va permetre la instauració de mesures correctores com la protocolització, el redisseny de processos assistencials, les mesures

relacionades amb l'equipament i la medicació, les consultes a cases comercials i la formació a l'equip clínic³.

L'Estudi Nacional sobre els Esdeveniments Adversos lligats a la Hospitalització (ENEAS) realitzat l'any 2005, d'un total de 655 EAs, un 45% van ser considerats EAs lleus, el 39% EAs moderats i el 16% EAs greus. La gravetat dels EAs no estava relacionada amb el risc d'ASA dels pacients, però a mesura que s'agrupava la situació del pacient, era menys freqüent trobar-se amb els EAs greus. El 37,4% dels EAs estava relacionat amb la medicació, les infeccions nosocomials de qualsevol tipus representaven el 25,3% del total dels EAs i un 25% de problemes tècnics durant un procediment. Cal esmentar que un 31,4% dels EAs van tenir com a conseqüència un increment de la estància, i en un 24,4% l'EA va condicionar el reingrés¹⁹.

A Espanya s'ha realitzat un estudi multicèntric - Projecte IDEA – finançat pel Fons d'investigació Sanitària (FIS), servint de guia per l'estudi ENEAS. Tots els estudis estimen la incidència d'EAs, la proporció d'EAs evitables, avaluant l'impacte en termes d'incapacitat o mort del pacient i/o prolongació de la estància. Han analitzat la proporció d'EAs lligats a la negligència mèdica i el seu cost. Les limitacions dels estudis son considerades, començant per l'absència de consens en relació a la taxonomia dels EAs, que ha obligat a realitzar definicions operatives^{20,21}.

3.6 Gestió dels EAs

Una de les principals preocupacions dels especialistes en seguretat de l'atenció sanitària és la manca d'una terminologia que permeti establir definicions comuns per als elements metodològics i d'investigació que facilitin la millora de la seguretat en l'àmbit internacional. Sense una taxonomia internacional les comparacions dels problemes de seguretat tenen un significat limitat, el potencial de recerca es veu disminuït i l'anàlisi necessari per establir solucions es pot perdre. En aquest sentit l'OMS, a través de la World Alliance

for Patient Safety²² ha iniciat un projecte de 18 mesos de durada per tal de desenvolupar una taxonomia aplicable a la recollida, codificació i classificació d'EAs i incidents en l'atenció sanitària mundial.

Gestionar de manera coherent el risc depèn de manera crucial amb l'establiment d'una cultura de presentació d'informes. Sense un anàlisi detallat de l'incident no tindrem manera de descobrir on son les trampes de l'error. La confiança es fonamental en la presentació d'informes, i requereix tenir la possessió d'una cultura d'enteniment col·lectiu d'on està la línia entre accions innocents i culpables, és a dir, tenir justícia per poder tenir seguretat.

En aquests darrers anys, hi ha hagut una preocupació creixent dels investigadors en factors humans per trobar eines per a la gestió dels actes insegurs. La gestió de l'error té dos components:

1. Limitar la incidència de l'error i dels actes insegurs perillosos ja que mai aconseguirem que sigui totalment eficaç.
2. Crear sistemes que estiguin en millors condicions de tolerar l'aparició d'errors i contenir els efectes nocius.

Això només ho podem fer si som capaços: d'identificar, avaluar i tractar els riscos.

La identificació consisteix en veure aquelles actuacions destinades a identificar la font del risc als centres e institucions on es treballa.

L'avaluació compren totes les actuacions per valorar la freqüència, el cost i la gravetat del risc.

El tractament dels riscos implica generar un conjunt de mitjans i actuacions per prevenir, eliminar, disminuir o al menys indemnitzar.

Gestionar els errors significa fer programes destinats a diferents objectius: la persona, l'equip, la tasca, el lloc de treball i la institució. Els sistemes han de proporcionar seguretat sanitària, suportant els riscos operacionals i complint els seus objectius. No podem canviar la condició humana però si podem canviar les condicions en que treballen els éssers humans.

La majoria de treballs vinculats amb el projecte IDEA i ENEAS insten a la creació d'eines per sistematitzar processos: vies clíniques, protocols, guies de pràctica clínica o bé procediments normalitzats de treball (PNT).

És evident doncs, que com equip assistencial, l'objectiu del qual és proporcionar salut evitant el màxim de riscos per als pacients, s'han de gestionar els EAs des de la prevenció. Tot l'equip assistencial, començant pels professionals de camp, seguit dels coordinadors i supervisors i acabant pels caps i gerents, haurien de fer seus els següents principis fonamentals, que proporcionen les bases pels seus comportaments:

1. Les persones son fal·libles i fins i tot els millors cometen errors. La natura humana ens fa ser imprecisos, per la qual cosa el fet de que sorgeixin errors es inevitable.

2. Les situacions propenses a l'error es poden predir, manejar i prevenir. El reconèixer la possibilitat d'un error permet manejar la situació de manera pro-activa i evitar l'aparició del error.

3. El comportament individual està influenciat pels processos i els valors organitzatius. Tradicionalment s'ha considerat al treballador com apàtic i propens a cometre errors per la desídia i la rutina. No obstant això, tot treball es realitza dins d'un context organitzatiu amb sistemes de control gerencials i administratius que son els responsables dels esdeveniments resultants del treball dels seus professionals.

4. Les persones arriben a alts nivells d'acompliment degut a l'alè i reforçament rebut dels seus líders, companys i subordinats. L'alt nivell de seguretat i qualitat depèn directament de la conducta de les persones. L'acompliment humà està en funció del comportament i dels resultats d'aquesta conducta.

5. Els esdeveniments poden ser evitats mitjançant l'enteniment de les raons per les quals ocorren i per l'aplicació de les experiències apreses d'esdeveniments passats. Els EAs lluny de ser aleatoris, solen ser recurrents, el mateix conjunt de circumstàncies poden provocar errors similars, amb independència de les persones involucrades, no buscar i eliminar l'error que va provocar l'EAs. Els EAs poden ser evitats reactivament o bé proactivament. Aprendre de nous errors o d'errors d'altres es reactiu, acció-reacció. Anticipar com pot sorgir el proper EA mitjançant l'aplicació de fonaments de l'acompliment humà al treball es proactiu.

3.7. Qualitat total

La qualitat està de moda. Qualitat es un terme que avui en dia trobem a molts contextos i amb el que s'espera despertar a qui ho escolta una sensació positiva, transmetent la idea de que alguna cosa és millor, és a dir, la idea d'excel·lència. El concepte tècnic de qualitat representa mes aviat una forma de fer les coses en les que fonamentalment, predomina la preocupació per donar satisfacció al client i millorar, dia a dia, els processos i els resultats²³.

El concepte actual de qualitat ha evolucionat fins a convertir-se en una forma de gestió que introdueix el concepte de millora contínua en qualsevol organització i a tots els nivells de la mateixa, i que afecta a totes les persones i a tots els processos. Tot sembla indicar que no es tracta d'una moda passatgera. Existeixen diverses raons objectives que justifiquen aquest interès per la qualitat i que fan pensar que les empreses competitives són aquelles que comparteixen, fonamentalment, aquests tres objectius:

- Buscar de forma activa la satisfacció del client, prioritzant en els seus objectius, la satisfacció de les seves necessitats i expectatives.
- Orientar la cultura de l'organització dirigint els esforços cap a la millora contínua i introduint mètodes de treball que ho facilitin.

- Motivar als seus empleats perquè siguin capaços de produir productes o serveis d'alta qualitat.

Al sector industrial, l'interès per la qualitat es va iniciar sobretot com una estratègia defensiva de moltes empreses per a resoldre els seus problemes de compatibilitat de productes, les seves dificultats de producció internes i sobretot amb la idea que podia servir per a reduir costos. És per aquesta raó, per la qual en l'actualitat hi ha qui encara identifica qualitat amb la reducció de costos.

Posteriorment, per poder continuar al mercat, les empreses tenien com objectiu assegurar-se d'uns nivells determinats de productivitat i competitivitat que possibilitessin la supervivència de l'empresa. Des d'aquesta perspectiva la qualitat no solament afecta als aspectes estrictament tècnics dels productes o dels serveis, també es nota el seu efecte en les relacions de l'empresa amb els seus clients i en el que aquests esperen de les empreses.

Actualment, per a moltes empreses, la preocupació per la qualitat es tradueix en una estratègia amb la qual competir en el seu mercat²⁴. La qualitat s'ha convertit en una necessitat estratègica i en un arma per a sobreviure en mercats altament competitius. L'empresa que desitja ser capdavantera ha de saber que espera i necessita la seva clientela potencial, ha de produir un bon producte, ha de cuidar les relacions amb els seus clients i, per a assolir-lo, és comú que avui dia les empreses vinculin la seva estratègia de màrqueting al seu sistema de qualitat.

En l'àmbit de la salut, la preocupació per garantir la qualitat va venir, primer, de la mà de l'ètica i, en concret, per la responsabilitat que el clínic adquireix amb el seu pacient i per la qual sempre busca "el que és millor per a ell" (principi de beneficència). Els orígens recents de la preocupació per la qualitat en l'àmbit de la salut estan associats a la reducció de la variabilitat innecessària en els processos de diagnòstic, tractament i cures²⁵.

La curiositat de Florence Nightingale l'any 1863, va provocar que s'analitzés amb detall la variabilitat de les taxes de mortalitat de diversos hospitals i que aquesta es pogués reduir en benefici de molts pacient²⁶.

L'interès de Codman l'any 1914 per millorar els resultats de la cirurgia li va dur a proposar diverses estratègies per a reduir la variabilitat en les taxes de mortalitat associades a processos quirúrgics²⁷.

Avui en dia, la qualitat constitueix una preocupació constant de tots els factors que intervenen en el procés assistencial (consumidors, pacients, professionals, gestors o polítics), tant per raons ètiques com per unes altres d'interès particular, d'índole econòmica i d'efectivitat dels processos diagnòstics, terapèutics o rehabilitadores.

En l'actualitat es defineix la qualitat assistencial basant-se en la conjunció d'una sèrie de paràmetres:

- Prestar assistència sanitària acord a l'estat de la ciència.
- Assolir cures apropiades a les necessitats.
- Prestar en forma idònia l'atenció sanitària que s'és capaç.
- Assolir cures que satisfacin al pacient.

L'estàndard de l'assistència sanitària ha d'establir-se per la comunitat científica, el professional, el pacient i la societat. Ara bé, és evident que encara que tots recorrem al mateix terme de qualitat, no tots entenem el mateix.

Per a l'expert, productor o proveïdor d'un servei, qualitat significa fonamentalment, què i com és aquest producte (és a dir, l'efectivitat).

Per al client, en canvi, l'important és per que li serveix i si respon a les seves necessitats i expectatives, el que podem definir com la seva satisfacció o utilitat.

Per l'empresari, el que és important, és la relació cost-benefici o, en altres termes, l'eficiència que s'arriba. Amb la qualitat, s'ha dit, passa una mica semblat com amb el sexe: "tot el món és partidari, tots creuen que entenen, tots pensen que el que cal fer és de sentit comú i, gairebé sense excepció, quan alguna cosa va malament la culpa és sempre de l'altre".

Conceptualment, es parla en termes de qualitat²⁵ :

1. Qualitat científico-tècnica la que el pacient realment està rebent quan acudeix a un centre sanitari o a una consulta mèdica i que ha de ser jutjada en relació amb els avanços tècnics disponibles en aquest moment i al judici professional.

2. Qualitat Funcional, la forma que es presta l'assistència sanitària tal com és jutjada o percebuda pel propi pacient i la seva família.

3. Qualitat Corporativa, la imatge que transmet un hospital, jutjada pels pacients, els seus familiars, els pacients potencials i els propis professionals i que condiona poderosament les altres visions de la qualitat.

La Gestió de Qualitat Total és entesa avui dia com un conjunt de tècniques d'organització orientades a l'obtenció dels nivells més alts de qualitat en una empresa. Aquestes tècniques s'apliquen a totes les activitats de l'organització, el que inclou els productes finals, els processos de fabricació, la compra i manipulació dels productes intermedis, tots els processos de negoci associats a la venda i a tots els clients (interns i externs).

La qualitat total pot entendre's tal com se suggereix en el Model Europeu d'Excel·lència Empresarial (EFQM) com una estratègia de gestió de tota l'empresa, a través de la qual es satisfan les necessitats i expectatives dels clients, dels empleats, dels accionistes i de la societat en general, per mitjà de la utilització eficient de tots els recursos que disposa: persones, materials, tecnologies i sistemes productius²⁸.

Encara que en EUA i Europa el control de qualitat ha format part de la indústria, d'una o altra forma, durant la seva recent història, el major desenvolupament de les modernes tècniques de qualitat i en concret de l'enfocament que s'engloba sota el títol de Qualitat Total, es va produir com a conseqüència de la transformació de la indústria japonesa després de la Segona Guerra Mundial²⁴. Ens referim a control de la qualitat quan el que interessa és comprovar la conformitat del producte pel que fa a les

especificacions de disseny del mateix. L'objectiu de les accions de control de la qualitat consisteix a identificar les causes de la variabilitat per a establir mètodes de correcció i de prevenció i per a assolir que els productes fabricats responguin a les especificacions de disseny.

Ara bé, avui sabem que evitar vendre un producte perquè és de baixa qualitat no és suficient i que amb prevenir els errors determinant les fonts d'aquest error no en tenim prou per millorar el producte. L'alternativa, és incorporar la qualitat a totes les fases del procés i implicar a tots els professionals que intervenen en ells, buscant millorar els processos dia a dia. Això ens condueix a parlar de Qualitat Total.

Els principis de la qualitat total inclouen: exemplaritat de la direcció, preocupació per la millora contínua, adhesió de tots els professionals, canvi en la cultura de l'organització, per a introduir i compartir els valors de la preocupació per la millora, avaluació i planificació de la qualitat, ràpida circulació de la informació, incorporació del punt de vista del client, i importància del client intern.

El terme americà, considera que la principal "barrera a la qualitat" resideix a arribar a canviar les actituds d'alguns operaris incrèduls i a alterar la cultura de la pròpia organització basada en la por, per a orientar-la cap a la prevenció de l'error i assolir "fer les coses bé a la primera". Planificar, controlar i millorar la qualitat és la recepta de Juren²⁹. Per a això, suggereix determinar qui són els clients, quines són les seves necessitats, desenvolupar seguidament els productes o serveis que les satisfacin, avaluar l'assoliment arribat, actuar per a reduir la diferència, si aquesta es produeix, i introduir millores fins a on siguem capaços.

De forma complementària, no interrompre la cadena proveïdor-client, impulsar la formació continuada, els mètodes estadístics i fomentar la comunicació, són les eines que recomana Ishikawa³⁰. Tots aquests autors han

tingut una influència directa i notòria en el desenvolupament del concepte actual de qualitat i en la posada a punt d'estratègies i eines per a implantar-la en les empreses.

Al sector sanitari, i per raons diferents, el clínic havia sentit des de temps enrere inquietud pel resultat del seu treball. Inquietud que es traduïa en la seva preocupació per disminuir la variabilitat innecessària i pel seu afany de desenvolupar protocols i guies de pràctica per a reduir-la.

La pràctica clínica pot ser descrita com el procés d'actuació sanitària en relació amb l'atenció a la salut del pacient. Els seus components són la informació clínica, les percepcions, els raonaments, els judicis i les decisions dels professionals sanitaris, els procediments que utilitzen i les intervencions que apliquen. A l'analitzar la pràctica clínica s'observa que no és un fenomen exacte i reproduïble, els mecanismes de presa de decisions en la pràctica clínica són difícils de comprendre, existeix alta variabilitat intramèdica respecte a les observacions, percepcions, raonaments, intervencions i estils de pràctica, etc, del que es deriva un alt grau d'incertesa en la pràctica clínica.

El referent fonamental per a parlar de qualitat assistencial és, sens dubte, Donabedian³¹ (1966), qui va sistematitzar l'avaluació de la qualitat de l'assistència sanitària com una triada d' "estructura, procés i resultats", marcant des d'aquest moment l'evolució conceptual i metodològica de les tendències en qualitat en el sector sanitari.

El terme "estructura" comprèn les característiques relativament estables dels proveïdors de l'atenció sanitària, els instruments i recursos que tenen al seu abast i els llocs físics on treballen. Inclou també els recursos humans i financers, la distribució i qualificació professional, així com el nombre i grandària, dotació i la localització geogràfica dels dispositius assistencials, l'origen del finançament, l'organització formal i informal de la prestació dels serveis, el sistema retributiu i l'organització formal del personal sanitari.

3.7.1. Acreditació

L'examen de l'estructura sanitària³² constitueix un mètode indirecte de mesura de la qualitat de la prestació sanitària, basat en que la qualitat dels mitjans posats a la disposició de la prestació del servei condiona la qualitat del mateix. La manera habitual en la qual s'assegura una adequada estructura és mitjançant l'acreditació.

L'acreditació com a mètode d'anàlisi s'empra una vegada establert el grau de qualitat que han de tenir les prestacions d'un centre o unitat, per a comprovar si compleix les característiques adequades per a arribar als nivells especificats en quant a estructura física, equips, organització, mètodes i procediments, personal, etc. L'acreditació es realitza per un organisme capacitat per a això i, habitualment, independent de l'organització auditada, que defineix l'estructura òptima d'acord amb un nivell prefixat de qualitat del servei. Ara bé, la qualitat depèn a més de l'execució dels processos i del control i millora dels mateixos, i seran aquestes mesures de procés i resultat les quals permetran identificar aspectes i àrees de millora sobre els quals aplicar la metodologia de gestió de la qualitat, una vegada que es compleixen els requisits estructurals.

3.7.2 Procés

El "procés" fa referència a la forma d'organitzar, planificar, dissenyar i prestar una determinada assistència a un pacient. Es basa en l'assumpció que és més probable obtenir un bon resultat si apliquem el coneixement disponible i la tecnologia en forma racional i planificada. Les peculiars característiques de l'assistència sanitària, on no hi cap l'error, són les que ens obliguen a planificar i instaurar processos ben definits i controlats, garantint la seva alta qualitat tècnica, amb resultats que han de ser avaluables en funció d'uns estàndards definits i considerats com satisfactoris pels pacients³³. D'aquesta manera es

pretén disminuir en la mesura del possible la variabilitat de la pràctica clínica, evitant que es produeixin diferències a l'establir una indicació terapèutica, en l'oportunitat de la mateixa, en tot el procés subsegüent, o en les diferents formes d'abordar un mateix problema.

La millor forma d'assegurar la qualitat dels processos és basar-se en evidències científiques i en sistematitzar la informació disponible mitjançant protocols i guies de pràctica³⁴.

3.7.3 Guies de pràctica clínica

Les guies de pràctica clínica³⁵ són declaracions desenvolupades de forma sistemàtica per a ajudar als clínics i als pacients en la presa de decisions, amb l'objectiu d'assolir una atenció sanitària adequada per a unes circumstàncies sanitàries concretes. Les guies constitueixen un intent de sintetitzar un gran volum de coneixements. Parteixen del supòsit que, si s'amiden sistemàticament els resultats i es revisa el tractament que va precedir a aquests, pot determinar-se el tractament òptim.

3.7.4.- Medicina basada en l'evidència.

Un enfocament que ha guanyat gran reputació en els últims anys és la denominada Medicina basada en l'evidència (MBE), que consisteix en la utilització conscient, explícita i judiciosa, de la millor evidència científica clínica disponible per a prendre decisions sobre les cures dels pacients individuals³⁶.

La pràctica de la MBE significa la integració del mestratge clínic individual amb les millors evidències clíniques disponibles, a partir de la investigació sistemàtica. És un procés de millora contínua a través de l'aprenentatge autodirigit i permanent, en el qual la cura dels propis pacients

crea la necessitat d'informació clínicament important sobre els diferents aspectes del procés assistencial. Finalment, els "resultats" fan referència als assoliments, tant en matèria de salut, com quant a resultats econòmics o de valoració pel pacient i el professional del que s'arriba a després d'una prestació sanitària determinada³¹.

L'avaluació i monitoratge de resultats presenten múltiples dificultats, especialment per l'escassa informació disponible en la pràctica sobre els resultats quan aquests no són òptims, per la intrínseca dificultat de mesurar la "salut" i per la insuficient informació sobre resultats psicosocials³⁷.

3.7.5. Satisfacció

Caldria considerar que no només es mesuren resultats tècnics. També és important saber si el pacient queda satisfet³⁷. L'atenció mèdica ha de prestar-se de forma tal que procuri no només el benestar del pacient, sinó que sigui compatible amb les seves preferències i expectatives.

La satisfacció és un concepte multidimensional que inclou: l'empatia dels professionals en el seu tracte amb els pacients, tipus i quantitat d'informació que se li presta al pacient i familiars, competència tècnica del personal sanitari, confort de les instal·lacions, facilitats d'accés, complexitat burocràtica del sistema, continuïtat de les cures, resultat percebut de l'assistència i, quan escaigui segons el tipus de sistema d'assegurament o centre, una valoració per part del pacient del cost del tractament³⁸.

Des de les diferents perspectives s'ha intentat definir la qualitat, recurrent normalment per a això a l'anàlisi dels seus diferents components. Palmer³⁹, considera que els elements de la qualitat assistencial són els següents:

- Qualitat científico-tècnica: competència del professional per a utilitzar de forma idònia els més avançats coneixements i els recursos al seu abast per a produir salut i satisfacció en la població atesa. S'ha de considerar tant en el seu aspecte estricte d'habilitat tècnica, com en el de la relació interpersonal establerta entre el professional i el pacient.

- Accessibilitat: facilitat amb la qual els serveis sanitaris poden ser obtinguts de manera equitativa per la població, en relació amb les dificultats organitzatives, econòmiques, culturals, etc...

- Satisfacció o acceptabilitat: grau amb que l'atenció prestada satisfà les expectatives.

- Efectivitat: grau amb que l'atenció sanitària aconsegueix produir una millora del nivell de salut del pacient o de la població, en condicions d'aplicació reals.

- Eficiència: grau amb el qual s'assoleix obtenir el més alt nivell de qualitat possible amb uns recursos determinats.

En l'actualitat es troba quatre tipus d'enfocament possible a l'hora d'abordar l'avaluació i la millora de la qualitat en l'assistència sanitària.

El primer enfocament té l'origen en l'homologació i normalització del sector industrial i que va donar origen a una sèrie de normes conegudes com normes ISO (UNEIX a Espanya) de recent aplicació en el nostre mitjà.

En segon lloc, més tradicional en el sector sanitari, es basa en l'acreditació de centres i hospitals. El seu màxim nivell de complexitat i desenvolupament ho trobem en l'acreditació que atorga la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO)¹¹.

El tercer enfocament, basat en l'autoavaluació de l'organització utilitzant el model EFQM²⁸ que, a poc a poc, es va obrint camí en el sector sanitari dels països de l'Europa Central i a Espanya.

En quart lloc, l'enfocament eclèctic, que segueix moltes institucions sanitàries i que bàsicament consisteix a combinar diferents perspectives dels models a dalt enunciats, de tal manera que, poc a poc, la millora de la qualitat

es va tornant una realitat en les mateixes.

L'estructura organitzativa, procediments, processos i recursos necessaris per a implantar la gestió de la qualitat en una organització, es coneix com Sistema de la Qualitat⁴⁰. Els objectius fonamentals pels quals s'engega un sistema d'aquest tipus varia en funció del tipus d'organització, de la seva estructura, mitjos i de les metes que persegueix.

S'entén per Homologació⁴¹, l'aprovació final d'un producte, procés o servei, realitzada per un organisme que té aquesta facultat per disposició reglamentària; mentre que Certificació és l'activitat consistent en l'emissió de documents que demostren que un producte o servei s'ajusta a normes tècniques determinades. Les normes ISO permeten certificar un procés o un conjunt de processos d'una organització. En essència, les normes ajuden a una empresa a organitzar-se per a obtenir un resultat acceptable en els seus productes i serveis, de tal manera que aquests es corresponguin amb el que l'empresa diu que va a oferir. Conforme a les normes ISO 9000, es classifiquen les empreses en 4 grups:

1. Empreses amb disseny, producció, subministrament i servei postvenda (per a qui és d'aplicació la norma ISO 9001).
2. Empreses que produeixen, subministren i donen servei postvenda (per a qui és d'aplicació la norma ISO 9002).
3. Empreses amb capacitat per a detectar i controlar fallades del producte en inspeccions i assajos finals (per a qui és d'aplicació la norma ISO 9003).
4. En el cas de les empreses del sector serveis (com la sanitària) seria d'aplicació la norma ISO 9004-2, on es contempen accions per a millorar la prestació del servei i augmentar la satisfacció del client, millorar la productivitat, l'eficàcia, reduir costos i a sobre, com millorar el seu mercat.

Per a cadascun dels 20 punts que conté la norma, que pateix de manera regular sensibles variacions, l'organització que desitja obtenir un certificat de qualitat ha d'acreditar que està prou bé organitzada com per a garantir que

aquestes normes mínimes de bon fer es compleixen i, a més, queda constància documental que així és. Cadascun dels punts de la norma ha de recollir-se en formats i registres de qualitat dissenyats amb tal propòsit.

L'enfocament estructural com mètode d'avaluació de qualitat assistencial es remunta al treball de Flexner⁴², que va analitzar la formació dels metges defensant la necessitat de normalitzar d'ingrés en les facultats de Medicina, els plans d'estudi, l'especialització i la formació continuada.

El control de qualitat mitjançant l'anàlisi estructural va quedar normalitzat en EUA per JCAHO que va establir les condicions mínimes que havien de complir els hospitals, evolucionant posteriorment fins a avaluar la provisió de l'assistència. L'acreditació com mètode d'anàlisi s'empra una vegada establert el grau de qualitat que han de tenir les prestacions d'un centre o unitat, per a comprovar si compleix les característiques adequades per a arribar a els nivells especificats en quant a estructura física, equips, organització, mètodes i procediments, personal, etc. El model defineix l'estructura òptima, d'acord amb el nivell de qualitat del servei considerat com a mínim acceptable. Encara que la conformitat amb les normes estructurals no assegura l'excel·lència del procés i del resultat³⁹, si que estableix les condicions prèvies necessàries per a prestar una atenció adequada.

Amb aquesta filosofia d'assegurar que els recursos i processos estiguin pensats per a complir amb la missió de cada organització, van sorgir els sistemes d'acreditació de la JCAHO, on incorpora explícitament avaluacions respecte a estratègies de lideratge, claredat de la missió, definició de prioritats, gestió de recursos humans, disseny i mètodes de millora de processos i enfocament centrat en el pacient, entre altres novetats.

L'hospital que desitja acreditar-se per la JCAHO és visitat i ha de demostrar un compliment global dels estàndards que fixa aquesta organització. Es basa en el principi de "fer bé les coses correctes" i inspecciona, cada tres anys, els centres sanitaris sobre la base de: informació verbal, auditories específiques i revisant els documents del propi hospital. Aquestes inspeccions es realitzen també quan existeixen canvis significatius (titularitat, canvi

estructura, etc...) i, existeix la possibilitat de realitzar inspeccions a l'atzar no anunciades prèviament.

Els aspectes avaluats són: funcions centrades en el pacient, drets del pacient i ètica de l'organització, avaluació clínica dels pacients, assistència als pacients, educació sanitària del pacient i els seus familiars, continuïtat de l'assistència, funcions de l'organització, millores en l'actuació de l'organització, lideratge, gestió de l'entorn de l'assistència, gestió dels recursos humans, gestió de la informació, vigilància, prevenció i control de la infecció, descripció i definició de les funcions de les estructures amb funcions de govern, adreça, quadre mèdic i infermeria.

3.7.6. Autoavaluació

El model de la EFQM²⁸ es basa en la següent premissa: la satisfacció del client, la satisfacció dels empleats i un impacte positiu en la societat s'aconsegueixen mitjançant el lideratge en política i estratègia, una encertada gestió de personal, l'ús eficient dels recursos i una adequada definició dels processos, el que condueix finalment a l'excel·lència dels resultats empresarials.

Aquest model es basa en l'autoavaluació i, per a aquelles empreses que desitgen optar al premi europeu a la qualitat, en una auditoria externa. L'autoavaluació és entesa com un examen global i sistemàtic de les activitats i resultats d'una organització que es compara amb un model d'excel·lència empresarial. Al mateix temps, permet a les organitzacions destriar clarament els seus punts forts i àrees de millora, i culmina en accions de millora planificades i en el seguiment del procés realitzat. D'aquesta manera, s'obté un enfocament rigorós i estructurat per la millora, amb una avaluació basada en els fets i no en opinions personals, així com un mitjà per aconseguir la coherència amb la direcció assolint un consens sobre el que han de fer tots els empleats de l'organització que comparteixen els mateixos conceptes.

En el marc dels països de la Unió Europea, l'Organització Mundial de la Salut (OMS)²² estableix, en l'objectiu 31, que tots els estats membres han de crear unes comissions eficaces que assegurin la qualitat de les atencions als malalts en l'àmbit dels seus sistemes de prestacions sanitàries. Per aquest motiu, suggereix establir mètodes de vigilància, contínua i sistemàtica, convertint les activitats d'avaluació i control en una preocupació constant de les activitats habituals dels professionals sanitaris i impartint a tot el personal sanitari una formació que assegurï i amplii els seus coneixements.

En el nostre país, la pròpia Llei General de Sanitat (Llei 14/1986, de 25 d'abril) afirma que "les Administracions Públiques a través dels Serveis de Salut i dels òrgans competents en cada cas, desenvoluparan el control i millora de la qualitat assistencial sanitària en tots els seus nivells". L'avaluació de la qualitat de l'assistència prestada ha de ser un procés continuat que informi de totes les activitats del personal de salut i dels serveis sanitaris del Sistema Nacional de Salut. Com part d'aquest procés, l'Administració Sanitària té previst desenvolupar sistemes d'avaluació de la qualitat assistencial conjuntament amb les societats científiques sanitàries.

En el cas de les Comunitats Autònomes amb competències transferides en matèria de sanitat, aquesta responsabilitat recau en les autoritats sanitàries autonòmiques i on no s'hagin produït les transferències sanitàries recau en el INSALUD. D'una o altra forma, els diferents reglaments sobre l'estructura, organització i funcionament dels hospitals de les comunitats autònomes inclouen, com una de les funcions de les comissions de direcció, establir mesures per a millorar la qualitat de l'assistència.

Les normes suggereixen que cada hospital ha de desenvolupar la seva política i els seus objectius de qualitat, recolzant-se en alguna Unitat de Gestió Integral de la Qualitat amb les següents funcions: assessorar a la direcció en matèria de qualitat; donar suport i avaluar totes les accions relatives a la millora de la qualitat, tant de la qualitat assistencial, com de gestió i administració de serveis i unitats; coordinar les comissions, comitès clínics i altres grups de treball que realitzin activitats per a millorar la qualitat dels serveis; i elaborar

informes. Actualment, el nivell de desenvolupament de la cultura de la qualitat en les institucions sanitàries és dispar. Mentre que en algunes zones geogràfiques existeix una metodologia i tradició de millora sostinguda en dades, en altres llocs s'està en un moment incipient. La realitat és que cada institució sanitària ha anat obrint la seva pròpia senda cap a la qualitat total. En alguns casos, existeix un departament o servei responsable de la qualitat, en uns altres, un tècnic o facultatiu dedicat a temps complet o parcial i, en uns altres, encara no s'ha arribat a adoptar un criteri definitiu.

Però alguna cosa està ja fora de tota dubte: que cap hospital que tingui vocació de perviure (i no diguem si pretén competir i projectar-se al futur) pot seguir funcionant sense un pla estratègic on es reculli, com una de les seves principals línies mestres inajornables i obligades, la incorporació i desenvolupament d'un Sistema de Qualitat periòdic.

L'alta direcció del centre estableix la política de qualitat amb els seus principis i valors, assignant els recursos necessaris pel seu desenvolupament. Aquesta filosofia es fa operativa amb l'elaboració d'un pla de qualitat, entès com el conjunt d'activitats organitzades que permeten, tant el compliment dels requeriments legals establerts per la societat mitjançant les disposicions promulgades pels seus representats escollits democràticament, com l'avaluació dels nivells de qualitat oferts en base a la monitorització periòdica dels diferents indicadors. La configuració d'aquest pla de qualitat ha de facilitar i permetre la representació directa o indirecta, dels principals agents i grups d'interès del procés assistencial hospitalari: els malalts, els professionals, els gestors responsables i l'administració sanitària.

Fent esment al "Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud" editat pel Ministeri de Sanitat, per assolir el màxim grau de qualitat destaca els següents punts que el sistema ha de proporcionar:

- Protecció i promoció de la salut.
- Prevenció de la malaltia.
- Fomentar la equitat.

- Recolzar la planificació i el desenvolupament dels recursos humans en salut.
- Fomentar la excel·lència clínica.

En quan a les estratègies que s'han de seguir per assolir aquesta excel·lència destaca una referida a la seguretat i una altra dedicada en exclusiva als EAs.

3.8 Seguretat a l'àrea quirúrgica

Safe Surgery Saves Lives⁴³, es una iniciativa de l'Aliança Mundial per la Seguretat dels pacients que forma part de la OMS, canalitza els seus esforços per reduir el nombre de morts quirúrgiques en tot el mon.

L'objectiu d'aquesta iniciativa es aprofitar el compromís polític i clínic de la direcció en quan als importants problemes de seguretat que pateix el malalt, inclosa la no seguretat en algunes pràctiques d'anestèsia, la infecció quirúrgica i la mala comunicació entre l'equip quirúrgic. Aquests problemes han demostrat ser comuns, previsibles i mortals en tots els països del món.

L'aliança, consultant cirurgians, anestesiològs, infermeres, experts en seguretat dels pacients i pacients, de diferents llocs del món, han identificat un conjunt de controls de seguretat que poden realitzar-se en qualsevol quiròfan. L'objectiu de la OMS, es que el resultat de la seguretat quirúrgica reforci practiques de seguretat acceptades i fomenti una millor comunicació i el treball en equip entre diferents disciplines clíniques. El "checklist" no es un dispositiu regulador, si no que es concebuda com una eina per l'ús de professionals de la salut interessats en millorar la seguretat de les seves operacions i en reduir complicacions i morts innecessàries. (veieu Annex 1).

En aquest manual l'equip operatiu s'entén com el format pels cirurgians, els professionals de l'anestesia, infermeres, tècnics i altres professionals que participen directament en la cirurgia. El funcionament de l'equip ha de garantir

la seguretat i l'èxit d'una intervenció quirúrgica.

S'entén, que cada organització adaptarà la llista a les seves pròpies circumstàncies. Les proves i els experts ens donen a entendre que, si es segueix el checklist, es reduirà la probabilitat d'un dany quirúrgic evitable, de la mateixa manera que no suposa un cost elevat. La llista es curta i senzilla. Moltes de les mesures ja son acceptades com una pràctica habitual en nombroses instal·lacions de tot el món, encara que en comptades ocasions es segueix en la seva totalitat .

Es considera que per aplicar la llista, una sola persona ha de ser la responsable del checklist, moltes vegades serà la infermera circulant, però pot ser-ho el cirurgià i l'anestèsista que participi en la intervenció quirúrgica.

Com hem vist la llista de verificació es divideix en tres fases, cada una d'elles corresponents a un determinat període de temps en el flux normal d'un procediment, el període abans de la inducció anestèsica, "sign in" (inici procediment abans de la inducció anestèsica), "time out" (abans d'iniciar la cirurgia), i "sign out" (final del procediment). A cada fase, la persona responsable ha de verificar que tots els membres de l'equip han complert les seves tasques. Tots els equips han de ser capaços d'incorporar l'ús del checklist en les seves tasques diàries, amb la màxima eficàcia i mínima interrupció, amb la fita de complir les mesures de manera eficaç.

La persona encarregada del checklist comprovarà el compliment de totes les fases del procés. El fet d'haver una sola persona que porta la llista del procés, garanteix el seu èxit. En el complex món dels quiròfans, cap de les mesures pot ser passada per alt durant el ràpid ritme del preoperatori, intraoperatori i postoperatori. Designar una sola persona per confirmar cada pas de la llista pot garantir que les mesures de seguretat estan complertes i que no s'ha omès cap pas per poder continuar endavant amb la següent fase. Una possible desavantatge de tenir una sola persona per portar la llista de verificació, es la relació antagonica que tenen alguns membres de l'equip. La persona encarregada de la llista de verificació pot i ha d'impedir que l'equip avanci a la següent fase de la IQ fins que cada pas es satisfactori, de la

mateixa manera, fer-ho pot irritar algun membre de l'equip. Per tant, es important que els hospitals considerin amb molta cura el professional mes adequat per aquesta funció.

Les mesures de seguretat han d'inspirar eficaçment el canvi que portarà l'equip operatiu a complir amb cada un dels elements de la llista.

Aquestes llistes estan sotmeses a canvis i variacions, cada institució l'ha d'adaptar a les seves característiques de treball, fins i tot poden introduir-se mesures addicionals locals i específiques.

L'èxit de l'aplicació del checklist requereix la seva adaptació a les rutines locals i a les expectatives que es tinguin, això no serà possible sense el compromís del cos directiu de la institució. Per tenir èxit, els caps de cirurgia, anesthesiologia i infermeria, hauran d'assumir públicament la creença de que la seguretat es una prioritat i que l'ús del checklist de la OMS per la seguretat del pacient quirúrgic pot ajudar a fer-la realitat.

El Departament de Sanitat i Seguretat Social ha creat el Consell Assessor de Qualitat Assistencial, adscrit a la Direcció General de Recursos Sanitaris, amb la intenció de impulsar noves polítiques de qualitat assistencial en els centres sanitaris de Catalunya. El Consell desenvolupa un nou model de qualitat i acreditació que s'estendrà a tots els centres sanitaris públics i privats. La regulació de l'acreditació dels centres es fa a Catalunya des de l'any 1981, amb una ordre -pionera a l'estat- que va ser modificada l'any 1983 i es va desenvolupar novament l'any 1991, mitjançant una nova ordre. En aquests documents s'establia un sistema d'acreditació basada en estàndards de qualitat d'estructura física i dels processos assistencials, i era de compliment obligat, per als hospitals concertats amb el sistema sanitari públic, i voluntari per als altres.

El nou model de qualitat i acreditació assistencial que elabora el Consell complementa el sistema actual, amb l'anàlisi dels resultats de satisfacció del client i dels professionals, el resultat de l'impacte social i de la seva sostenibilitat econòmica. El nou model d'acreditació s'estendrà als hospitals d'aguts, centres socio-sanitaris, centres de salut mental, oficines de farmàcia i

altres centres de la xarxa pública i privada de Catalunya.

La creació del Consell Assessor de Qualitat Assistencial respon a la necessitat de millorar els indicadors per mesurar la qualitat de l'activitat assistencial i els seus resultats, així com el desenvolupament d'eines que permetin avaluar de forma objectiva i comparable l'efectivitat, la seguretat, el cost i l'aplicació de les noves tecnologies.

El Consell Assessor de Qualitat Assistencial hi participen les principals institucions, els professionals sanitaris i els usuaris. El nou organisme estudia, avalua i promou la implantació d'indicadors, eines i tècniques que permeten la millora de la qualitat assistencial que reben els usuaris del sistema sanitari.

3.9 Situació actual a dos hospitals de nivell III

A principi de l'any 2009, el Consorci Sanitari Clínic i l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau ambdós de la ciutat de Barcelona, varen esser convidats per l'OMS a participar al projecte Safe Surgery Saves Lives. Aquests dos centres des de l'abril d'aquest mateix any, han iniciat la introducció del checklist en la seva pràctica diària, recolzat per la Generalitat de Catalunya. (veieu Annex 2).

No son els únics hospitals en participar en aquest projecte, ja que hi han diferents països europeus amb diferents hospitals, on la introducció d'aquesta eina s'ha fet en alguns llocs imprescindible per assegurar la qualitat de la nostra atenció als pacients. Dades d'altres països⁴⁴, han portat a les següents conclusions:

	Abans del checklist	Després del checklist	
Mortalitat	1.5%	0.8%	(p=0.003)
Morbilitat	11%	0.7%	(p<0.001)
Infecció quirúrgica	6.2%	3.4%	(p<0.001)
Reintervencions	2.4%	1.8%	(p= 0.047)

En aquests moments estan integrats en el programa Safe Surgery Saves Lives 250 hospitals des del mes de gener de l'any 2009 i s'hi afegiran 2500 hospitals més l'any 2010, intentant incorporar hospitals que arribin a un quart de la població mundial l'any 2009, i que representin la meitat de la població l'any 2010, disposant així d'estadístiques quirúrgiques a cada regió de cada país inclòs a la OMS l'any 2010. (veieu la figura 4)

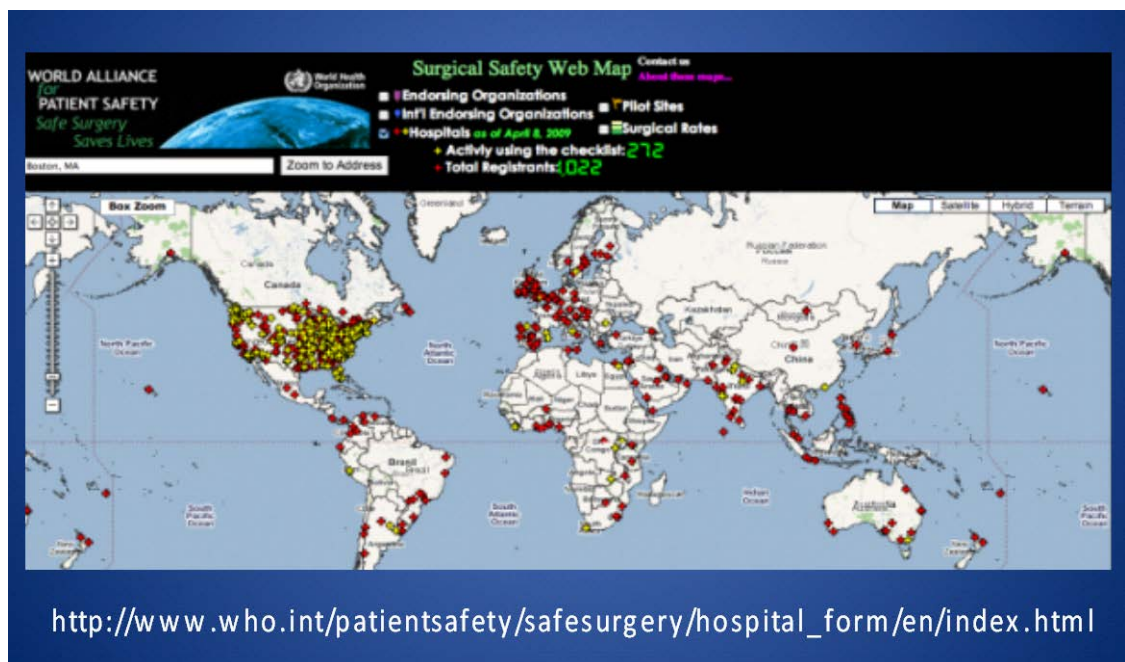


Figura 4

4.- HIPÒTESIS

La gestió dels EAs augmenta la qualitat assistencial a l'AQ.

5. METODOLOGIA

5.1. Disseny de l'estudi

Estudi quantitatiu, de tipus descriptiu i transversal.

5.2 Població

La població objecte d'estudi son els pacients sotmesos a un procediment quirúrgic, ja sigui programat o urgent, en dos hospitals de Nivell III de la ciutat de Barcelona.

5.3 Tècnica de mostreig

La tècnica de mostreig utilitzada és de tipus no probabilístic intencional. A l'Hospital A, s'escull l'activitat quirúrgica de 5 quiròfans de cirurgia programada de dilluns a divendres i 1 quiròfan d'urgències els caps de setmana en horari diürn.

A l'Hospital B, s'escull l'activitat quirúrgica dels 19 quiròfans que componen l'àrea quirúrgica, 17 quiròfans dels quals son de cirurgia programada de dilluns a divendres i 2 quiròfans d'urgències de dilluns a diumenge, en horari diürn.

Ambdós Hospitals es registren els procediments quirúrgics durant la segona quinzena del mes d'abril de l'any 2009.

5.4 Mostra

La mostra obtinguda ha estat d'un total de 212 pacients, essent 57 pacients de l'Hospital A, i 155 de l'Hospital B.

5.5 Variables

Les variables estudiades són les següents:

La **variable independent** és la gestió dels EAs; el registre, l'anàlisi i l'avaluació.

La **variable dependent** és la qualitat assistencial.

Les **variables intervinents** es classifiquen de la següent manera:

Variables referents al professional d'infermeria:

- Personals:
 - Edat del professional
- Laborals:
 - Temps treballat a l'àrea quirúrgica (anys)
 - Coneixement dels protocols del centre
 - Dia de la setmana
 - Solapament d'horari, canvi de torn
- Formatives:
 - Possessió de postgrau en infermeria quirúrgica

Variables referents al centre sanitari /àrea quirúrgica:

- Ubicació:
 - Centre sanitari
- Quirúrgica:
 - Torn horari
 - Procediment quirúrgic
 - Quiròfan
 - Especialitat quirúrgica
 - Combinació d'equips quirúrgics
 - Hora d'arribada del pacient a l'àrea quirúrgica
 - Hora d'entrada del pacient al quiròfan
 - Hora sortida pacient del quiròfan
 - Existència de canvi de procediment quirúrgic
 - Suspensió intervenció quirúrgica:
 - Problemes del pacient
 - Problemes d'organització
 - Problemes programa quirúrgic
 - Avís a la Unitat de Reanimació
 - Intervenció quirúrgica realitzada en horari previst

Variables referents al pacient:

- Identificació del pacient
- Portador d'història clínica
- Nivell consciència
- Informació sobre el procediment quirúrgic
- Informació sobre el consentiment anestèsic
- Signatura del consentiment informat
- Signatura del consentiment anestèsic
- Caducitat preoperatori

- Manca proves preoperatòries
- Classificació A.S.A
- Dejuni
- Higiene
- Trasquilar
- Portador d'objectes personals
- Tipus d'objecte personal
- Al·lèrgies
- Tipus d'al·lèrgia
- Ressaltament de l'al·lèrgia a la història clínica
- Prescripció d'algun fàrmac contraindicat
- Reserva de sang cursada
- En cas transfusió sanguínia;
 - Comprovació grup sanguini
 - Comprovació bossa amb identificació pacient
 - Existència de reacció transfussional
- Seguretat del pacient:
 - Checklist d'anestèsia al quiròfan (veieu Annex 3)
 - Recompte de gasses
 - Caducitat instrumental quirúrgic
 - Virar controls químics instrumental quirúrgic
 - Condicions òptimes envasat material quirúrgic
 - Lesió al cos en finalitzar IQ
 - Identificació sortida quiròfan
 - Portador documentació sortida quiròfan

5.6 Instrument

La recollida de dades s'ha realitzat mitjançant un qüestionari elaborat pel propi investigador, validat per un sistema de jutges i dirigit a les infermeres quirúrgiques de la mostra, les quals, rebran el pacient i estaran durant el procediment quirúrgic. (veieu Annex 4).

El qüestionari consta de 3 fulls, dividit en 3 apartats que son els següents per ordre d'aparició:

- Dades del professional d'infermeria
- Dades del centre/àrea quirúrgica
- Dades del pacient

L'últim apartat, les dades del pacient, aquest s'ha desglossat en tres apartats :

- Acollida del pacient
- Cures intraoperatòries
- Sortida del pacient de quiròfan.

D'altra banda, es va enviar un qüestionari on-line als Caps d'Infermeria de l'Àrea Quirúrgica dels dos hospitals en estudi, per avaluar el seu coneixement de la gestió de la seguretat dels processos assistencials a l'àrea quirúrgica. (veieu Annex 5).

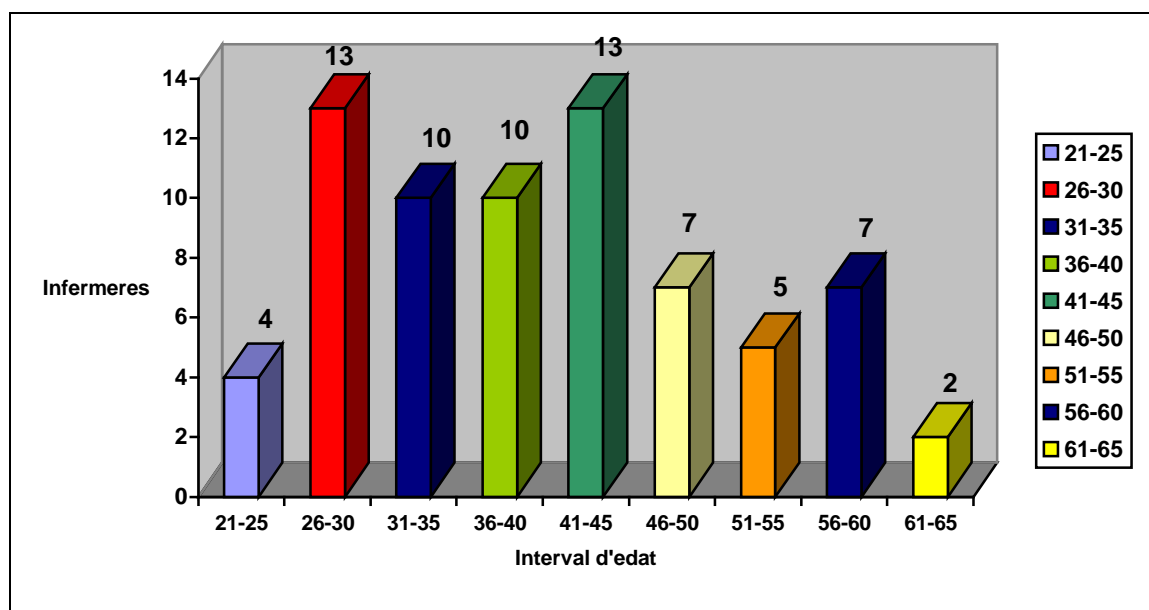
6.- RESULTATS

Els resultats obtinguts son d'un total de 212 qüestionaris. Per a l'anàlisi de la informació recollida s'ha utilitzat el paquet estadístic SPSS (Statistical Package for Socials Sciences), implicant tant estratègies d'anàlisi descriptiu com inferencial.

Per a una millor comprensió dels resultats, s'ha organitzat la seva presentació atenent a l'ordre establert segons el propi qüestionari. En primer lloc, s'atén a la caracterització de la mostra, per centrar posteriorment l'atenció als creuaments d'interès per la investigació.

El qüestionari es dividia en tres apartats. En primer lloc, esmentem els resultats obtinguts del primer apartat, que son les **dades del professional d'infermeria** que registra el qüestionari.

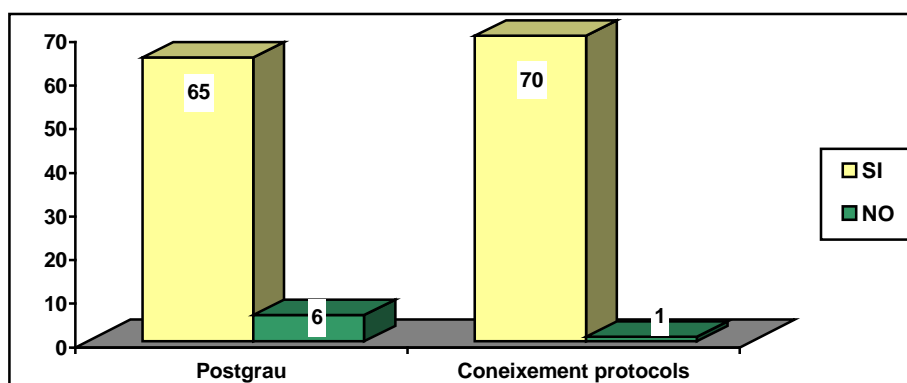
La **edad** mitja del grup d'anàlisi es de 40,32 anys, amb un valor mínim de 23 i un màxim de 62, i una desviació de 10,43 anys.



Gràfic 1.- Piràmide edat infermeres

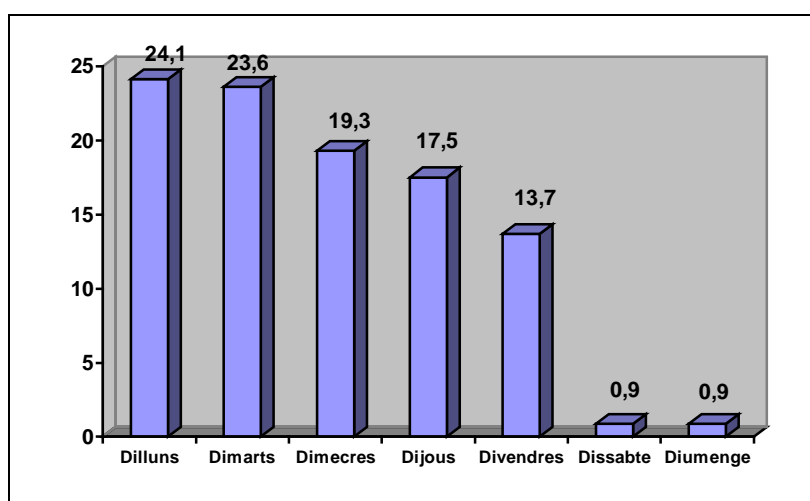
El promig del **temps treballat a l'àrea quirúrgica** del grup d'anàlisi es de 15,57 anys.

La formació en **postgrau en infermeria quirúrgica** del grup d'anàlisi és del 91,5%, i el no **coneixement dels protocols del centre** només és d'1,4%.



Gràfic 2.- Representació d'infermeres en relació al postgrau d'infermeria i coneixement de protocols

El **dia de la setmana** en que s'ha registrat més qüestionaris ha estat el dilluns, en un 24,1%, seguit de forma decreixent la resta de dies de la setmana.



Gràfic 3.- Distribució dia de la setmana

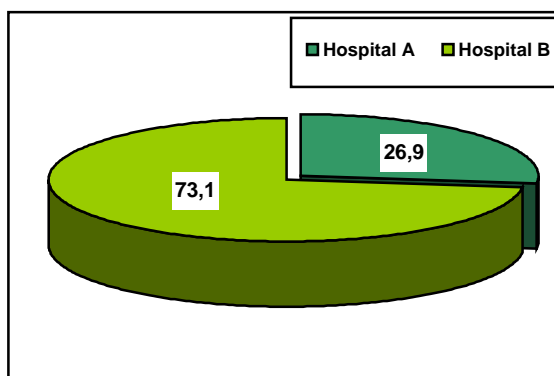
El **solapament d'horari**, és a dir, l'existència de canvi de torn mati/tarda dels professionals d'infermeria, s'ha registrat en un 7,1% del total, essent l'especialitat quirúrgica més solapada Cirurgia Cardíaca i Neurocirurgia. En el següent quadre es mostra el percentatge de les cinc especialitats quirúrgiques que han estat solapades.

Especialitat quirúrgica solapada	%
Cirurgia Cardíaca	46,7
Neurocirurgia	26,7
Cirurgia General	13,3
Cirurgia Plàstica - Maxil·lofacial	6,7
Cirurgia Ortopèdica - Traumatològica	6,7

Dels 15 casos de solapament horari, en 11 casos han precisat recompte de gasses i en 4 casos no. El tipus de recompte ha estat correcte en 9 casos i en 2 no s'ha registrat.

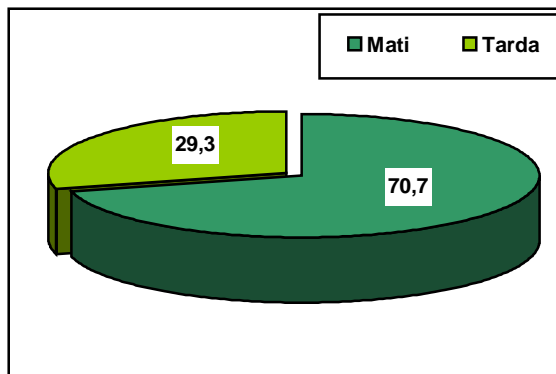
En segon lloc, les dades referents al **centre sanitari/àrea quirúrgica** són les següents:

La **ubicació** de la mostra, és d'un 26,9% de l'Hospital A i un 73,1% de l'Hospital B.



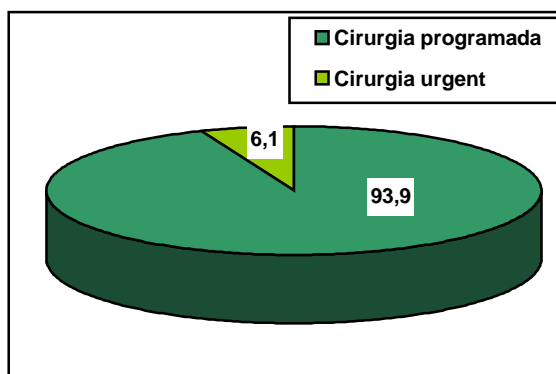
Gràfic 4.- **Distribució centre sanitari**

El **torn horari** es distribueix de forma majoritària pel mati en un 70,7% i un 29,3% de tarda.



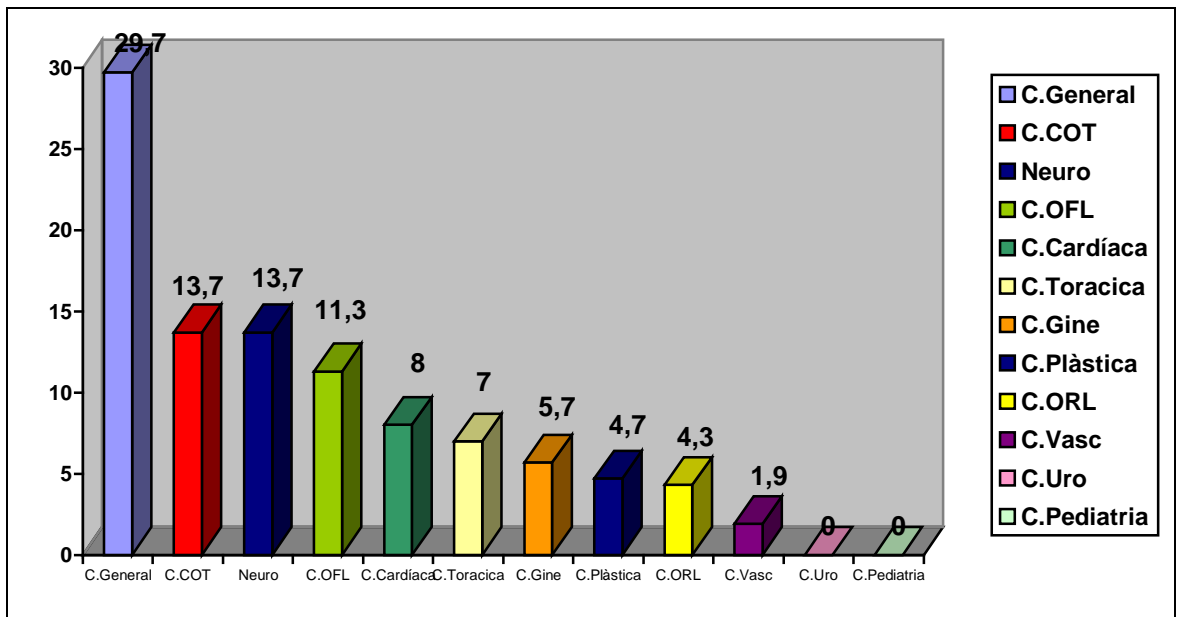
Gràfic 5.- Torn horari

El **tipus de quiròfan**, majoritàriament en un 93,9% en cirurgia programada, i un 6,1% en cirurgia urgent.



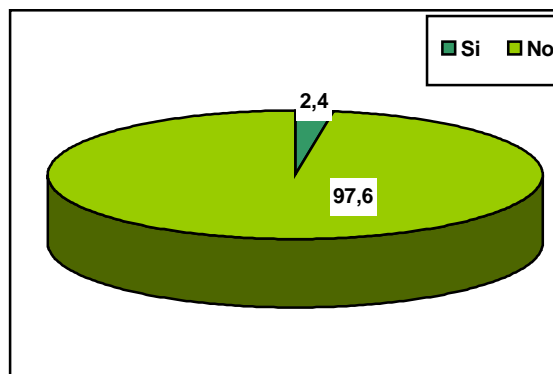
Gràfic 6.- Tipus de quiròfan

L'**especialitat quirúrgica**, en un 29,7% s'han registrat intervencions de Cirurgia General, seguit d'un 13,7% per l'especialitat de Cirurgia Traumatològica i Neurocirurgia. En un 11,3% han estat de Cirurgia Oftalmològica, 8% Cirurgia Cardíaca, 7% Cirurgia Toràcica, 5,7% Cirurgia Ginecològica i 4,7% Cirurgia Plàstica. L'especialitat quirúrgica menys registrada ha estat la de Cirurgia Vascular en un 1,9%. Les especialitats d'Urologia i Cirurgia Pediàtrica han estat del 0%.



Gràfic 7.- Especialitat quirúrgica

La **participació de més d'una especialitat quirúrgica** en el procediment quirúrgic ha estat d'un 2,4%, essent combinades les especialitats quirúrgiques de Cirurgia General, Toràcica i Neurocirurgia amb altres especialitats.



Gràfic 8.- Més d'una especialitat quirúrgica

En procediments quirúrgics que participa més d'una especialitat quirúrgica, quan es realitza recompte de gasses surt correcte. La comprovació de la caducitat de l'instrumental quirúrgic i el viratge dels controls químics, es realitza amb tots els casos en quan participa més d'una especialitat quirúrgica.

L'existència de canvi en el procediment quirúrgic ha esdevingut en un 8% dels casos del total, en un 3,4% ha existit canvi en el procediment quirúrgic i no s'han realitzat en horari previst.

El 78,4% dels procediments quirúrgics s'han realitzat tal i com estaven planificats, sense cap canvi i en horari previst.

L'especialitat quirúrgica que més canvis ha tingut en el procediment quirúrgic ha estat la de Cirurgia General en un 2,4%.

En un 18% dels casos **no s'ha realitzat la intervenció quirúrgica en horari previst**. En el següent quadre es pot observar el motiu amb el % corresponent:

Motius no realització IQ en horari previst	%
Manca llit UCI	0,5
Manca lliterers	0,5
Problemes propis del pacient	1,4
Manca lloc a URPA/ UCIP	1,4
Retard inici IQ anterior	5,7
Altres	8,5

Fent referència al 8,5% dels casos en que s'ha registrat el motiu "altres", pregunta oberta al qüestionari, en el següent quadre, s'indica els motius registrats amb el % corresponent:

Altres motius	%
Èxitus pacient anterior	0,5
Retard trasllats	0,5
Retard manca lliterers	0,5
Canvi indicació terapèutica	0,5
Complicacions IQ	0,5
Manca llits hospital	0,5
Allargament IQ	0,9
Allargament programa quirúrgic	0,9
Canvi procediment quirúrgic	0,9
Altres	0,9
Retard facultatiu	1,9

S'han registrat un total de 198 **procediments quirúrgics**, dels quals 74 procediments han estat repetits, és a dir, 124 procediments quirúrgics realitzats. La facoemulsificació amb lent ha estat el procediment quirúrgic més registrat, juntament amb la cirurgia de colecistectomia per laparoscòpia.

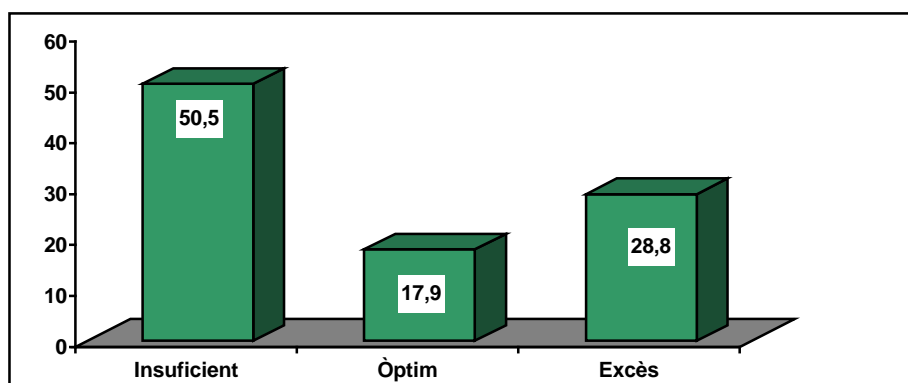
La **suspensió quirúrgica** ha estat d'un 1,4% del total de la mostra, essent la causa per problemes del pacient; el 0,9% problemes físics inesperats: febre, infart i el 0,5%, és a dir, en un únic cas, el pacient ha rebutjat la intervenció quirúrgica per motius religiosos i per la seva negativa a rebre transfusions homòlogues de derivats sanguinis, s'havia d'intervenir d'una craniectomia per exèresis de tumor.

No s'han suspès procediments quirúrgics per problemes d'organització ni problemes en el programa quirúrgic.

El 79,2 % dels casos avisen a la **unitat de Reanimació** un cop surt el pacient de quiròfan.

El **temps de preanestèsia**, és a dir, la diferència de temps en l'hora d'arribada del pacient a l'AQ i l'hora d'entrada al quiròfan, s'ha desglossat en tres rangs; en primer lloc, es considera temps insuficient el temps comprès entre 1 i 15 minuts. En segon lloc, el temps òptim, és entre 16 i 25 minuts i en tercer lloc, un excés de temps a partir de 26 minuts.

El 97,2% del qüestionaris s'ha omplert la variable temps, el 50,5% dels casos han esdevingut temps insuficient, el 17,9% temps òptim i el 28,8% en excés de temps.



Gràfic 9.- Temps preanestèsia

L'especialitat quirúrgica que ressaltava més pacients en un temps òptim de preanestèsia era la Cirurgia Plàstica - Maxil·lofacial.

En tercer lloc, les **dades referents al pacient** son les següents:

Els **pacients han vingut identificats** en un 87,7% dels casos totals, un 11,3% no venien identificats, i el 0,9% han esdevingut casos en blanc.

En la següent taula es pot contemplar les especialitats quirúrgiques amb el percentatge de pacients que no venien identificats.

Especialitat quirúrgica no identificació pacient	%
Cirurgia General	6,7
Cirurgia Cardíaca	1,9
Cirurgia Ortopèdica Traumatològica	1
Cirurgia Toràcica	1
Cirurgia Ginecològica	0,5
Neurocirurgia	0,5

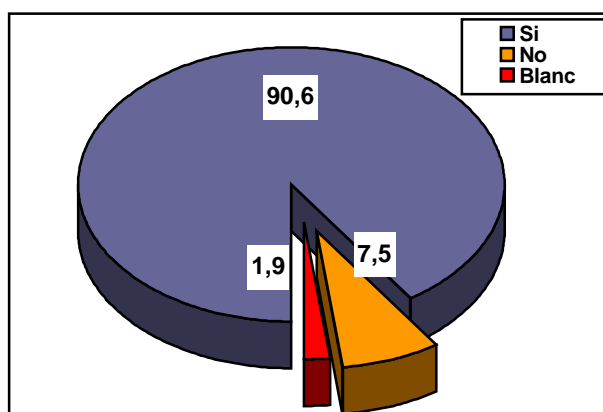
Relacionant el nivell de consciència amb la no identificació del pacient, es registra 5 casos en que els pacients venien conscients i desorientats. D'aquests 5 casos, 3 casos venien identificats i 2 casos que no, essent un cas de Cirurgia general i l'altre de Neurocirurgia.

Relacionant el centre sanitari amb la no identificació del pacient, el 35,1% dels casos eren de l'Hospital A i el 2,6% de l'Hospital B.

En 4 especialitats quirúrgiques els pacients han vingut identificats el 100%, aquestes son les següents: Cirurgia Vasculard, Cirurgia Plàstica, Cirurgia Otorrinolaringologia i Cirurgia Oftalmològica.

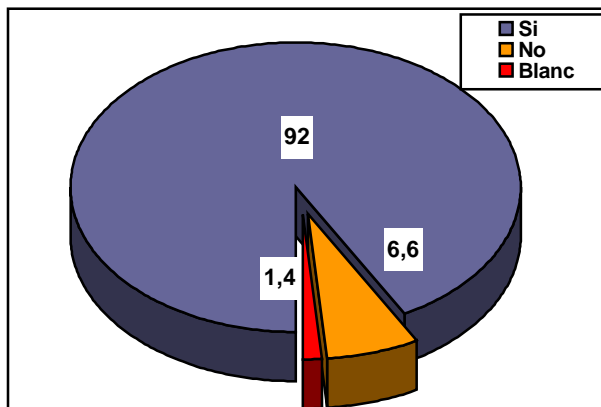
Els pacients son portadors d'**història clínica** en 209 casos de la mostra, essent en 1 únic cas que no era portador i es va realitzar el procediment quirúrgic, no es combinava en més d'una especialitat quirúrgica.

La **informació sobre el procediment quirúrgic**, un 90,6% dels casos estaven informats, 7,5% no estaven informats sobre el procediment, i 1,9% resultats en blanc.



Gràfic 10.- **Informació procediment quirúrgic**

El **consentiment informat quirúrgic** estava signat en un 92% de casos, d'un 14% que no el tenien signat i 1,4% en blanc.



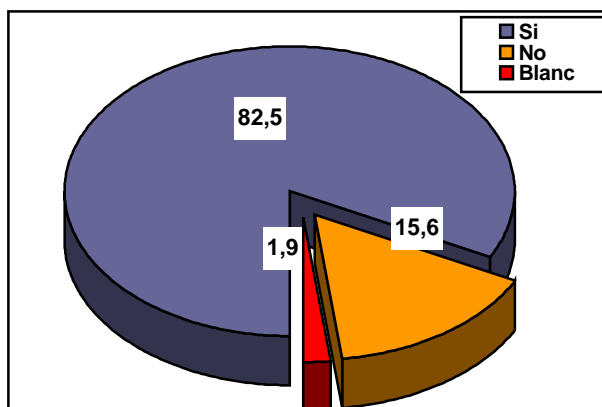
Gràfic 11.- **Consentiment quirúrgic signat**

El 87% dels pacients estaven informats sobre el procediment quirúrgic i tenien el consentiment quirúrgic signat.

El 5,8% dels pacients estaven informats sobre el procediment quirúrgic però no tenien el consentiment quirúrgic signat.

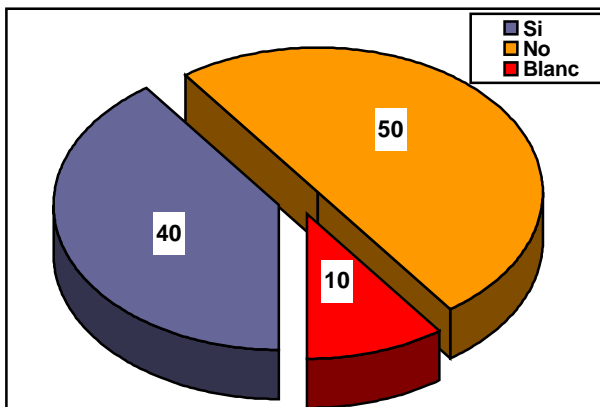
L'1% dels pacients no estaven informats sobre el procediment quirúrgic ni tenien el consentiment quirúrgic signat, no es tractava de casos de cirurgia urgent.

La **informació sobre el procediment d'anestèsia**, majoritàriament, els individus saben el tipus d'anestèsia a rebre en un 82,5%, en un 15,6% no estaven informats i un 1,9% eren casos en blanc.



Gràfic 12.- **Informació procediment anestèsia**

El **consentiment informat anestèsic** no estava signat en un 50% dels casos, d'un 40% que si i 10% de casos en blanc.



Gràfic 13.- **Consentiment anestèsic signat**

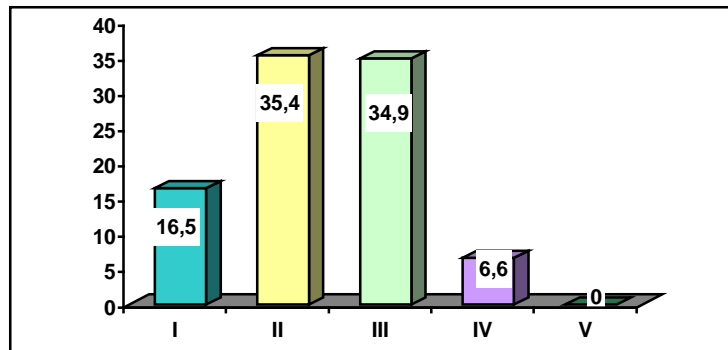
El 41,8% estaven informats del tipus d'anestèsia i tenien el consentiment anestèsic signat.

L'11,6% dels pacients no estaven informats del tipus d'anestèsia i no tenien el consentiment anestèsic signat.

El **preoperatori inferior o igual als 6 mesos** era correcte en un 88,2% dels casos, un 4,7% estaven caducats d'un total de 92,9% de registres contestats.

La **manca de probes preoperatories** era d'un 4,7% d'un total registrat de 94,3%, és a dir, en 10 casos mancaven probes, 6 dels quals mancava la Rx, 3 casos l'analítica i 3 casos l'ECG.

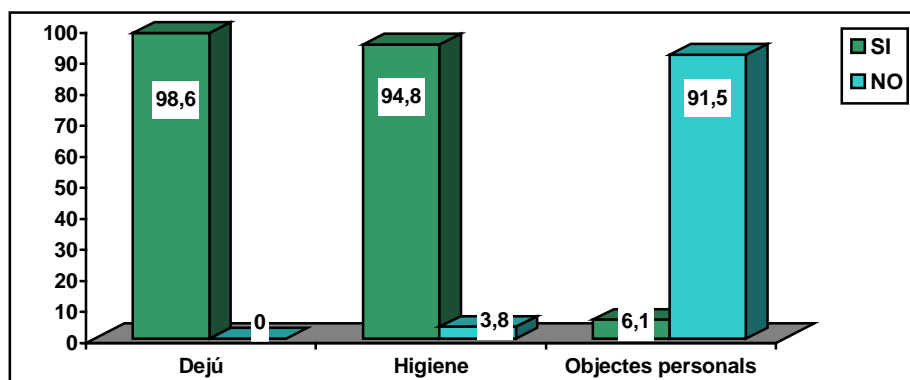
El **tipus d'ASA** del pacient era tipus I en un 16,5%, tipus II un 35,4%, tipus III 34,9%, tipus IV un 6,6% i tipus V del 0%, d'un total de 93,4% de casos registrats.



Gràfic 14.- Tipus d'ASA

Les condicions en que arriba el pacient respecte al **dejú**, la **higiene** i els **objectes personals** són les següents:

Condicions arriba pacient	SI	NO
Dejuni	98,6	0
Higiene	94,8	3,8
Objectes personals	6,1	91,5



Gràfic 15.- Condicions arriba pacient

Els pacients que eren portadors d'objectes personals, en 3 casos eren portadors de pròtesis dental, seguit de 2 casos que portaven joies i 1 cas d'ulleres. L'opció altres objectes la mes freqüent ha estat en 2 casos els audífons.

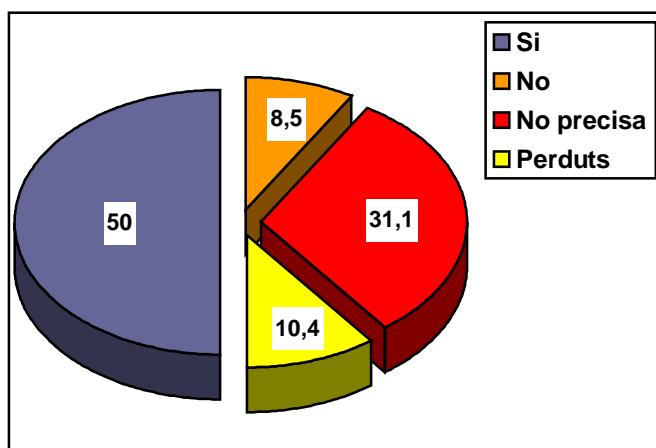
El **trasquilat** era d'un 34,9% que venien trasquilats, un 13,7% que no venien i un 50% dels casos que no precisava. Els pacients que no venien trasquilats, d'un total de 29 casos, 22 eren de cirurgia programada i 7 de cirurgia urgent.

El trasquilat ha sigut d'un 32,5% adequat, i d'un 0,9% inadequat.

El 15,1% dels pacients registrats presenten **al·lèrgia**, essent un 11,3% a fàrmacs, el més freqüent la penicil·lina. El 0,5%, és a dir, un cas, presenta al·lèrgia al làtex, el 0,5 % a metalls i el 2,8% a altres. D'aquest últim se'n deriva sis tipus diferents, pol·len, pols, esparadrap de roba entre d'altres.

Dels 32 pacients registrats que presenten al·lèrgia, un 21,9%, és a dir, en 7 casos no estava **suficientment ressaltada**. En un cas s'ha **prescrit un fàrmac contraindicat per l'al·lèrgia** i estava suficientment ressaltada l'al·lèrgia a la història clínica.

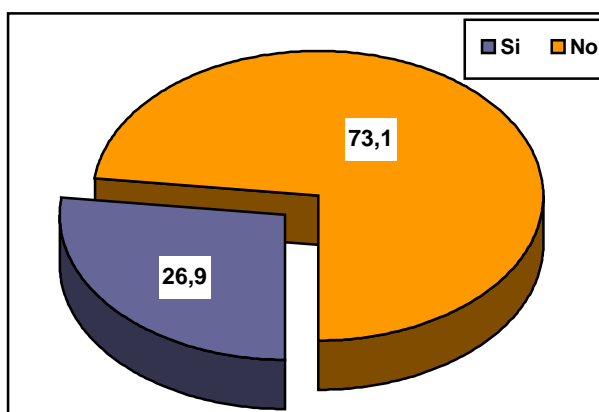
La reserva **de sang cursada** s'ha complimentat en un 89,6% dels casos, dels quals tenien reserva de sang un 50%, 8,5% no en tenien i un 31,1% no precisaven. Un 10,4% dels casos van ser perduts pel sistema, no es van registrar i se'n desconeix els motius.



Gràfic 16.- Reserva de sang

Dels 26 casos que han precisat **transfusió sanguínia**, 2 casos no tenien reserva de sang als següents procediments quirúrgics; recol·locació de pròtesis cervical per via anterior i en una microdissectomia lumbar. Del total de transfusions, totes han tingut **comprovació de la bossa amb identificació del pacient** i no han tingut **reacció transfusional**.

El **checklist d'anestèsia al quiròfan** s'ha realitzat en un 26,9% del total, referent a la totalitat de l'hospital A realitzant-se abans d'entrar el pacient a quiròfan i un 73,1% no es realitza checklist a l'hospital B.



Gràfic 17.- Checklist anestèsia al quiròfan

L'oblit del professional, el desconeixement del check list, la sobrecàrrega de treball i la urgència en l'entrada a quiròfan no han estat motius per la no realització del check list a l'hospital A.

En un 2,8% dels casos ha mancat algun material anestèsic del check list, en la següent taula s'adjunta la relació del material que ha mancat amb el % corresponent.

Material anestèsic ha mancat del check list	%
Medicació	0,9
Pala curta laringoscop	0,9
Manca aparatatge del quiròfan	0,5
Manca aparell BIS	0,5

El **recompte de gasses** del procediment quirúrgic s'ha registrat en un 99,1%, dels quals la meitat han precisat recompte de l'altra meitat que no. Dels procediments quirúrgics que han precisat recompte de gasses el 40,1% ha estat correcte, d'un 9,4% que no s'ha registrat per motius desconeguts. No hi ha hagut cap cas de recompte de gasses incorrecte, ni que s'hagi realitzat una Rx de comprovació.

La **comprovació de la caducitat de l'instrumental quirúrgic** s'ha registrat en un 98,1%, dels quals el 0,5% no han comprovat la caducitat de la resta que si ho han fet. Aquest cas, el professional no tenia possessió del postgrau amb infermeria quirúrgica, i portava 3 mesos treballant al centre.

Els **controls químics de l'instrumental quirúrgic** han virat en un 96,2% del total registrat d'un 97,2%, és a dir, en un 1% dels casos no han virat. Aquests dos casos la seva detecció va ser precoç i no es va substituir el material quirúrgic, ja que es va comunicar l'incident a la central d'esterilització i es va confirmar el procés d'esterilització.

L'**envasat en condicions òptimes del material quirúrgic** s'ha registrat en un 96,7%, un 2,4% no estava en condicions òptimes. D'aquests 5 casos, 3 s'han pogut substituir el material quirúrgic i 2 casos s'ha tornat a esterilitzar.

La presentació d'alguna **lesió al cos del pacient en sortir de quiròfan** s'ha registrat en un 98,1%, existint el 0,9% de lesió. Aquests dos casos han estat pels següents motius; un per deformitat en alguna de les extremitats i l'altre per envermelliment d'alguna zona per manca de protecció. Les cremades per la placa de bisturí i les lesions corneals han estat inexistents.

A la sortida del pacient del quiròfan es va registrar **la identificació del pacient**, i portador de la **documentació**, esmentats els resultats al següent quadre:

Sortida pacient del quiròfan	SI	NO
Identificació pacient	87,3	11,8
Documentació sortida quiròfan	98,6	-

Els qüestionaris on-line que es van enviar als Caps d'Infermeria de les Àrees Quirúrgiques dels dos hospitals en estudi, es van obtenir els següents resultats;

1.- Són coneixedors de les polítiques de seguretat de les àrees quirúrgiques, en les quals son responsables i les identifiquen com a part de les seves responsabilitats i competències.

2.- Participen activament en el desenvolupament de projectes relacionats amb el pacient quirúrgic i col·laboren en la consecució dels objectius marcats.

3.- Identifiquen la seguretat del pacient com una fita i un repte per l'equip i la institució.

4.- Són coneixedors de com es gestiona un EA a l'AQ. Als dos hospitals en estudi, s'està realitzant una prova pilot de declaració voluntària d'incidents via intranet en alguns serveis de l'hospital, per fer-ho extensiu a tot el centre a finals de l'any 2009. A l'Hospital B, també s'està dissenyant un registre d'EAs per posar en marxa a finals de Juliol, que està relacionat amb el seguiment dels següents indicadors actius:

- Recompte incorrecte de gasses
- Recompte incorrecte de material quirúrgic

- Compliment en la profilaxi antibiòtica
- Nombre de professionals adequat per realitzar la cirurgia.

5.- L'existència de procediments establerts de com actuar davant un EA a l'Hospital A no hi és, però si hi ha dinàmiques per analitzar les conseqüències que ha produït. A l'Hospital B, hi ha un procediment establert en quan als EAs relacionats amb el recompte de gasses i material quirúrgic.

7.- CONCLUSIONS

Disposar d'un sistema de notificació i registre dels EAs constitueix una estratègia clau per aprendre dels errors i evitar la recurrència. Son l'eina que permet actuar sobre la millora de la cultura de la seguretat, la qual està afectada per la seva totalitat dels factors ambientals que l'envolten. Registrar els incidents en el mateix moment en que es produeixen no només ens permet actuar sobre el propi incident per que no es porti a terme, si no que ens posa en alerta dels possibles "forats" que pot tenir el nostre sistema.

Manca, una terminologia comú que permeti establir definicions comuns per als elements metodològics i d'investigació que facilitin la millora de la seguretat en l'àmbit internacional. Existeixen taxonomies per classificar aquests elements, malgrat tot, cada organització te les seves i no estan difoses de manera general per tots els àmbits de la atenció sanitària.

L'abordatge dels EAs requereix una participació multidisciplinària, sense estudis epidemiològics i sense la comprensió psicològica i sociològica, l'anàlisi del problema manca de sentit. De la mateixa manera, l'anàlisi dels desajustos en les relacions metge-pacient des dels litigis, sense la col·laboració dels líders socials, les associacions de pacients i sobre tot de la magistratura, no facilitarà el necessari canvi de la cultura punitiva a la cultura proactiva.

Aquests canvis de cultura, han d'estar avalats des de la direcció de cada centre, els comandaments han de tenir-ho integrat a la seva practica seguint un model de gestió sanitària que ha d'estar encaminat a difondre facilitant la seva adequació, involucrant als professionals i fent-lo participatiu, afavorint el seu ensenyament i aprenentatge de manera bidireccional.

La introducció de les guies i trajectòries clíniques, pot ser i es en els casos en que existeix, una eina valuosa per evitar possibles esdeveniments. El fet d'agrupar els pacients en grups relacionats amb el diagnòstic, amb semblances demogràfiques, diagnòstiques i de procediment fa que la normalització de les nostres actuacions eviti els oblots i per que no, les repeticions, creiem que mentre mes estandarditzats estiguin les actuacions

mèdiques i d'infermeria, millor serem capaços d'atendre els nostres pacients. Proposem, per tant, ampliar els àmbits de les trajectòries a moltes més especialitats i procediments, sense oblidar, per suposat la individualització de cada pacient, però evitant la seva variabilitat.

En el nostre estudi es corrobora que la gestió dels EAs augmenta la qualitat assistencial a l'AQ, en primer lloc detecta la incidència, analitza les causes i posteriorment verifica la incidència dels EAs per implantar projectes de millora.

La detecció dels EAs mitjançant el qüestionari ha estat participativa pel grup de professionals d'infermeria de les àrees quirúrgiques estudiades, ja que registrar els errors culturalment és de culpabilitat i no està integrat avui dia en les institucions. L'anonimat del registre ha estat clau pel seu compliment.

Del qüestionari passat als dos hospitals en estudi s'extreu que:

La formació en postgrau d'infermeria quirúrgica dels professionals d'infermeria ha estat rellevant en l'estudi, ja que la formació específica i la capacitat per un determinat àmbit específic ha estat elevada.

El desconeixement dels protocols del centre no ha estat significatiu. Majoritàriament els professionals coneixen perfectament els protocols consensuats del centre per la seva pràctica diària segura. Considerem altament significatiu que tan els professionals amb experiència com els novells són coneixedors dels protocols, per tant els dos centres realitzen bones polítiques d'acollida als nous professionals i realitzen estratègies de difusió de procediments normalitzats

El solapament d'horari amb canvi de professionals és una de les possibles causes d'error a l'AQ, ja que la continuació d'un procediment quirúrgic, tractant-se d'un sistema complexa, podria estimular la possibilitat d'errors en la comunicació dels professionals. No s'han detectat EAs en els canvis de torn.

La gran majoria de procediments quirúrgics han estat ben planificats, establint el procediment quirúrgic adequat al diagnòstic i ajustat a l'horari previst. És cert, que hi han hagut més canvis de procediment en l'especialitat quirúrgica de Cirurgia General, ja que aquesta era l'especialitat més registrada.

El nombre de suspensions quirúrgiques ha sigut relativament baix, amb el qual, afirmem que els pacients estant ben preparats, i han seguit els circuits estandarditzats del centre i les preparacions clíniques preoperatòries adequades.

El temps preanestèsic òptim s'ha registrat en un 17,9%, un resultat negatiu i inesperat, amb el qual, s'hauria de fer una revisió exhaustiva dels circuits del centre. La disminució de temps preanestèsic afavoreix la existència d'errors, ja sigui per manca d'espai físic o per la pressió assistencial. Pensem que seria un indicador a revisar.

Referent a la identificació dels pacients, cal ressaltar, que tot i el 87,7% de grau de compliment d'identificació, aquest indicador hauria de ser d'obligat compliment del 100%. A remarcar que dos pacients no venien identificats estant conscients i desorientats, la qual cosa ens pot dur a una situació de risc imminent.

El procés de verificació de la identitat del pacient amb la història clínica és un dels identificadors consensuats per a la confirmació d'identitat, a nivell anecdòtic, hi ha hagut un cas que s'ha registrat que arribava a l'AQ sense història clínica. En desconeixem el motiu, però no es tractava d'un cas de cirurgia urgent.

En quant a la informació sobre el procediment quirúrgic caldria ressaltar que un 7,5% dels pacients no estaven informats, percentatge elevat ja que situa al pacient en una posició d'indefensió i provoca un acte paternalista per part del professional, la qual cosa no respecte el principi d'autonomia. Tot i que caldria veure el nivell de comprensió del pacient i com se'l va informar, es proposa una possible línia de millora en quan a la divulgació dels coneixements a practicar.

La informació sobre el procediment anestèsic també seria un ítem compartit amb la informació sobre el procediment quirúrgic.

Els consentiments informats quirúrgics i anestèsics son d'obligat compliment. Posa en evidència que un 14% dels pacients venien sense el consentiment quirúrgic, se'n desconeix els motius, s'ha perdut? no es va signar? per oblit es signa al mateix moment de l'acte quirúrgic? Seria una possible línia a millorar, identificar i analitzar el perquè de la seva no existència. Referent al consentiment informat anestèsic, val a dir, que l' Hospital B iniciava la seva implementació, per tant, una part dels casos identificats que no el tenien signat ens pot conduir a un biaix al estudi .

El preoperatori dels pacients estaven una gran majoria dins del temps clàssics, amb només un 4,7% fora dels rangs establerts, igual que la manca d'alguna prova preoperatòria. Existeixen diferents estudis actuals que simplifiquen tant el temps com la quantitat de probes depenent de l'ASA i el procediment quirúrgic a realitzar, es posaria en evidència quina es la bona praxis fins l'actualitat, inclòs també la preparació preoperatòria. Cada especialitat té la seva guia de pràctica clínica per a cada procediment, actualment hi ha molts estudis experimentals que posen en dubte la praxis del dejuni de 6 hores, disminuint-la per afavorir l'aport de nutrients essencials per evitar la deshidratació i com a profilaxis de la hipoglicèmia. Hi han especialitats quirúrgiques, sobretot les digestives que promulguen la ingesta de preparats hiperproteïcs fins a poques hores abans dels procediments quirúrgics i accepten la ingesta hídrica fins a dos hores aproximadament del procediment. Independentment de la pràctica clínica establerta, s'ha aplicat en un 100% dels casos.

El trasquilat és una tècnica amb una certa controvèrsia, no exempta de discussió. Cada centre té el seu model, fins i tot dins del mateix centre s'apliquen protocols diferents per cada especialitat quirúrgica.

Un pacient que ha d'estar sotmès a un procediment quirúrgic, no ha de ser portador de cap tipus d'objecte personal. El fet d'arribar a l'àrea quirúrgica amb elements personals, en primer lloc, pot conduir a la pèrdua dels mateixos,

posant l'exemple dels audíofons, tot i que seria discutible per algun tipus de procediment quirúrgic en que el pacient estigués despert o bé per la necessitat de la seva col·laboració activa, la desconnexió amb el medi seria una barrera. La pròtesis dental en el nostre estudi ha esdevingut en tres pacients que eren portadors, fet important i d'obligat compliment que aquest ítem havia de ser del 0%. El risc que podia conduir a la no identificació d'aquest tipus d'objecte podria provocar un EAs greu durant l'anestèsia. Cal a remarcar, que es va identificar previ a l'entrada del pacient, al temps preanestèsic i es va procedir a la seva retirada.

La identificació de les al·lèrgies és un ítem d'obligat compliment, ja que una no identificació podria posar en risc la vida del pacient. En 7 casos no han estat suficientment ressaltada l'al·lèrgia a la història clínica, seria una proposta a millorar, establint identificacions o altres maneres de consens al centre per a que es compleixi de manera adequada. En un únic cas es va prescriure un fàrmac que estava contraindicat per l'al·lèrgia, només va ser prescripció, però la detecció a temps va fer que no es produís un EAs en quan a l'administració del fàrmac.

Un dels indicadors de qualitat a l'AQ és el nombre de professionals adequat per la intervenció quirúrgica a realitzar. La participació de més d'una especialitat en un acte quirúrgic ha estat baixa, tot i que no s'han produït EAs, amb el qual, no es pot concloure que l'elevat nombre de persones en un acte quirúrgic disminueixi el nombre d'errors per oblit, distraccions o errors en la comunicació. És directament proporcional que a l'augment d'individus, augmenta el nombre d'errors actius.

El recompte de gasses es un indicador de qualitat a l'àrea quirúrgica per prevenir la incidència posterior de cossos estranys. No s'ha registrat cap tipus de recompte incorrecte en l'estudi.

La caducitat, els controls químics i l'envasat del material quirúrgic s'ha comprovat en la totalitat dels casos, i s'ha posat mesures en els casos que venien inadequats. L'existència de la traçabilitat del material quirúrgic posa en evidència que es tracta d'un sistema eficaç pel seguiment del procés.

Els pacients han estat ben instal·lats a la taula quirúrgica i s'han seguit tots els procediments de protecció i acomodació a la taula quirúrgica per prevenir lesions en la integritat de la pell del pacient.

La cirurgia errònia és l'EAs sentinella més freqüent, tractant-se d'un error altament evitable amb una correcta actuació. El llistat de comprovació de mesures preventives (checklist) es la opció més acceptada. A l'Hospital A és el centre que tenen implantat el checklist d'anestèsia al quiròfan, i ha sigut d'un compliment del 100% a diferència del l'Hospital B que no el tenien. El checklist dona es la opció més acceptada donat l'ampli ventall d'avantatges que ofereix entre les quals cal destacar la seva utilitat com a recordatori de les activitats a realitzar, disminuint així la dependència de la memòria (lapsus). Permet deixar constància escrita de les comprovacions realitzades, facilita la sistematització i estandardització de la pràctica (minimitzant els riscos evitables d'aparició) i fomenta la comunicació entre els diferents professionals.

La seva perfecta adequació a la cultura de cada país on aquest s'introdueixi, i la creació de comitès de seguiment es en definitiva una eina eficient per evitar els incidents en la nostra atenció. Ben es cert que la seva introducció als nostres hospitals, que esperem cada dia siguin mes, requereix una introducció consensuada amb implicació de tots els professionals que participen en la atenció al pacient, ha d'estar ben difosa i ha de tenir un seguiment avaluador.

Es pretén oferir una atenció sanitària de qualitat amb la recerca d'eines útils per fer-la cada dia millor. Amb el compromís de tots i cada un dels professionals que hi participen, buscant el canvi en:

Fer-ho quasi sempre bé, en quasi tots els pacients, en quasi tots els moments per...

Fer-ho sempre bé, en tots els pacients i en tot moment de la atenció sanitària.

8.- PROPOSTES DE MILLORA

Per tal que el temps d'espera preanestèsic arribes a ser l'òptim, creiem que es un punt difícil, malgrat tot, poder adequar sobre els recursos humans del trasllat dels pacients afavoriria a millorar-lo. Definir quin es el moment adequat per sol·licitar el següent pacient i que per tots fos el mateix també milloraria, malgrat tot tenim una gran variabilitat en aquest cas i això ens augmenta la dificultat de normalitzar-ho.

La correcta identificació del pacient quirúrgic es fonamental per a la prevenció del risc d'aparició d'EAs en l'àmbit quirúrgic, relacionats amb la realització d'una atenció diagnòstica terapèutica en el pacient equivocat. Els dos hospitals analitzats a l'estudi estan adherits al programa de l'Aliança per la Seguretat dels pacients, una pràctica recomanada relacionada amb la correcta identificació del pacient, procediment, lloc a intervenir i detecció d'errors potencials. Per aquest motiu no proposem línies de millora ja que es tracta d'un projecte d'actual d'incorporació que està pendent de resultats i d'establir noves accions al respecte.

Una bona informació del procediment quirúrgic i anestèsic disminueix la angoixa i millora els resultats postoperatoris, el desconeixement del " que em passarà i on serè i quan de temps" fa que el pacient no arribi a l'AQ en les condicions físiques, clíniques i emocionals òptimes. Des de principis d'any, s'està realitzant a l'Hospital A la visita preanestèsica d'infermeria, la infermera desenvolupa el seu rol autònom i col·labora en el procés quirúrgic-anestèsic.

Actualment, ens els dos hospitals d'estudi i des de fa poc temps s'ha introduït la utilització del checklist que proposa la OMS, la Aliança per la Seguretat del pacient i avalat per la FAD (Fundació Avedis Donnabedian). Aquest ítem no ha estat avaluat degut a la joventut d'aquest projecte. Ben es cert que molts dels ítems que si s'han registrat en el nostre estudi son molts

dels que estan destacats en aquesta eina practica, senzilla i que com hem vist en les conclusions, de manera habitual es fa a tots els centres, amb la diferencia de que implica a tots els professionals que participen en el acte anestèsic i quirúrgic i no es fa de manera intuïtiva si no normalitzada.

Em de donar-hi transcendència a l'ítem de les al·lèrgies degut a la seva importància com a indicador de qualitat. Com sabem, l'error en la administració de la medicació no només es important a nivell de la qualitat, si no, com bé sabem, per la seva repercussió mediàtica i de percepció per part dels usuaris. La qualitat percebuda es tan important com la qualitat administrada. S'estan establint ja línies de millora en aquest sentit amb la introducció de la recepta electrònica, en que des de l'atenció primària la historia del pacient te continuïtat en els centres de hospitalització, que creuen les intoleràncies i al·lèrgies conegudes amb els protocols a aplicar als centres hospitalaris, evitant la administració de fàrmacs contraindicats.

9.- NOVES LÍNEES D'INVESTIGACIÓ

La influència dels EAs en les estàncies hospitalàries i la seva repercussió social.

L'anàlisi dels medis de comunicació en quan la difusió dels errors sanitaris.

La influència de la informatització en sistemes de notificació i registre en la gestió d'EAs

“Equivocar-se es humà, ocultar els errors es una estupidesa, no aprendre d'ells imperdonable.”

L. Donaldson.

Aliança Mundial per la Seguretat dels pacients

BIBLIOGRAFIA

- (1) Khol LT, et al (eds.) To Err is Human. Washington: National Academy Press, 1999.
- (2) Brennan TA, Leape LI, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalised patients. N Engl J Med 1991;324:370-6.
- (3) Sistemas de Registro y Notificación de incidentes y eventos. Planificación Sanitaria. Calidad y evaluación sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
- (4) Hofer TP, Kerr, Hayward RA. What is an error? Eff Clin Pract 2000;3:1-10.
- (5) Medallo-Muñiz J, Pujol-Robinat A, Arimany-Manso J. Aspectos médico-legales de la responsabilidad profesional médica. Med Clin (Barc) 2006;126(4):152-6.
- (6) Brandariz Garcia JA, Faraldo Cabana P, et al Responsabilidad penal del personal sanitario. Editorial NETBIBLO, 2002
- (7) Reason J. Human Error. Regne Unit: Cambridge University Press, 1990.
- (8) Bates DW, Cullen DJ, Laird N, et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. ADE prevention study group. JAMA 1995 274:29-34.
- (9) Heinrich HW. Industrial accident prevention: a scientific approach. New York and London:McGraw-Hill; 1941.

- (10) Reason JT. Understanding adverse events: human factors. En: Vincent CA, editor. Clinical risk management: enhancing patient safety. London: BMJ; 2001. p. 9-30.
- (11) The Joint Commission. Performance Measurement Initiatives. Disponible www.jointcomission.org
- (12) National Patient Safety Agency (NHS). Root Cause Analysis, Tool Kit. Disponible www.npsa.nhs.uk
- (13) Van den Heede K, Sermeus W, Diya L, et al. Adverse outcomes in Belgian acute hospitals: retrospective analysis of the national hospital discharge dataset. *Int J Qual Health Care* 2006;18:221-19
- (14) Murff H J, Foerster AJ, Peterson JF, et al. Electronically Screening Discharge Summaries for Adverse Medical Events *J Am Med Inform Assoc* 2003;10:339-49
- (15) Díaz-Navarraz MT, Seguí-Gómez M. Commentary on Armitage G. Drug errors, qualitative research and some reflections on ethics. *J Clin Nurs* 2006;15:1208-08.
- (16) Cohen MR. Why error reporting systems should be voluntary: they provide better information for reducing errors. *BMJ* 2000;320 (7237): 728-9
- (17) Fischhoff B. Hindsight (does not equal) foresight: the effect of outcome knowledge on judgment under uncertainty. *J Exp Psicol: Hum Perc Perform.* 1975;1 (3):288-99.

- (18) Billings CE. NASA aviation safety reporting system: lessons learned from voluntary incident reporting. In: Enhancing patient safety and reducing errors. Chicago Ill: National Safety Foundation; 1999: 97-100
- (19) Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización ENEAS 2005. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe. Febrero 2006.
- (20) Aranaz JM, Vitaller J. y Grupo de Estudio del Proyecto IDEA: Identificación de Efectos Adversos. De las complicaciones y efectos adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria. Estudios para la salud, nº13. Generalitat Valenciana. Valencia, 2004.
- (21) <http://www.dsp.umh.es/proyectos/idea/index.html>. [Accés el 12/05/2009]
- (22) <http://www.who.int/patientsafety/en/> [Accés el 12/05/2008]
- (23) López Camps,J; Gadea Carrera,A. Servir al ciudadano. Ed 1995.
- (24) Maqueda i Llaguno. Marketing estratégico para empresas de servicios. Ed Diaz de Santos, 1995.
- (25) Grönroos. A Service Quality Model and its Marketing Implications. European Journal of Marketing, 1984.
- (26) <http://www.ibe.unesco.org/publications/ThinkersPdf/nightins.PDF> [Accés el 12/02/2008]
- (27) Codman, E. The product of hospitals. Surg Gynecol Obstet, 8, 491-4. 1914

- (28) European Foundation for Quality Management. (1996). Autoevaluación: Directrices para el Sector Público. 1997; E.F.Q.M., Bruselas (Traducido por el Club Gestión de Calidad, Madrid)
- (29) Juran, JM. (1989). Juran on planning for quality. Juran Institute. (traducido al castellano. Juran y la planificación para la calidad. Díaz de Santos: Madrid, 1990)
- (30) Ishikawa K. (1986). ¿Qué es control Total de Calidad? La modalidad japonesa. Bogotá: Norma
- (31) Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quartely*, 44, 166-203.1966
- (32) Mira, J;Lorenzo, S;Rodriguez- Marin, J ; Buil, J A. Concepto y modelos de calidad. Hacia una definición de calidad asistencial. Papeles del psicólogo. Nº 74. 1999
- (33) Lorenzo, S., Arcelay, A., Bacigalupe, M., Ignacio, E., Mira, JJ., Palacio, F. y Vitaller, J. An adaptation of the EFQM model to the Spanish health care setting. 16 th International Conference on Quality in Health Care. Melbourne, Australia.1999
- (34) Saura, J. Construcción y evaluación de protocolos o guías para la práctica. En: J. Saturno, J.J. Gascón, P Parra (Eds.). Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Tomo I. Madrid: Du Pont Pharma.1997.
- (35) Sackett, DL., Richardson, WS., Rosenberg, W. y Haynes RB. Evidence-based Medicine. How to Practice and Teach EBM. Pearson Professional Limited.1997

- (36) Sackett, Rosenberg, Gary, Haynes i Richardson, Evidence based medicine: what it is and what it isn't BMJ 1996; 312:71-72
- (37) Mira, JJ; Lorenzo, S; Rodríguez-Marín, J; Buil ,J A. Concepto y modelos de calidad. hacia una definición de calidad asistencial. 1999.
- (38) Dickens, P. Quality and excellence in human services. Chichester: Wiley 1994
- (39) Palmer, HR. Ambulatory health care evaluation: principles and practice. American Hospital Publishing. 1983
- (40) Senlle i Stoll 1996, Senlle i Vilar 1996 Senlle, A. y Stoll, G. (1996a). ISO 9000 calidad total y normalización. Barcelona: Gestión 2000
- (41) Senlle, A. y Vilar, J. (1996b). ISO 9000 en empresas de servicios. Barcelona: Gestión 2000.
- (42) Flexner, A. Medical education in United States and Canada: Report to Carnegie foundation for Advancement of teaching. New York, DP Updike, The Merrymount Press. En: Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Capítulo 10: El control de calidad de la asistencia sanitaria. Madrid: Díaz de Santos. 1994
- (43) <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/> [Accés el 12/02/2008]
- (44) http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/hospital_form/en/index.html [Accés el 12/04/2009]

Annex 2

Campaña de la OMS *La cirugía segura salva vidas* (SSSL)
Hospital Clínic de Barcelona

Etiqueta identificativa

**Antes (*Sign in*)
(Registro entrada de quirófano)**

Fecha (dd/mm/aa)
 Hora:
 Procedimiento previsto
 Lateralidad D / I / no procede

Consentimiento anestésico si / no
 Consentimiento quirúrgico si / no
 Ejecutado chequeo material si / no

Alergias si / no
 VAD si / no
 Equipamiento disponible si / no
 Riesgo aspiración si / no
 Aspirador disponible si / no

Riesgo hemorrágico si / no
 Confirma reserva sangre si / no
 Dificultad canulación venosa si / no
 Pulsioximetría %

Firma:

**Al inicio (*Time out*)
(Registro previo inicio cirugía)**

Identificación miembros del equipo quirúrgico si / no

Confirmación paciente si / no
 Confirmación procedimiento si / no
 Confirmación lateralidad si /no/ no procede

Advertencias cirujano sobre la cirugía, duración, hemorragia, maniobras específicas: si /no

Advertencias anestesiólogo: Factores de riesgo específicos si / no

Advertencias enfermería: Disponibilidad material necesario si / no

Esterilidad OK si / no

Profilaxis ATB administrada en la inducción anestésica: si/no/ no procede

RX, TAC disponibles: si / no / no procede

Firma:

**Después (*Sign out*)
(Registro salida de quirófano)**

Nombre de la Intervención realizada anotado si / no

Recuento de material realizado si / no / no aplicable

Muestras patológicas etiquetadas si / no / no procede

Problemas con el equipamiento si / no

Transfusión realizada si / no
 Bolsas en nevera si / no

Planificación recuperación
 CMA
 URPA
 Intermedios
 UCI
 Otros

Firma:

Nota: Cualquier otra incidencia relevante debe ser anotada al dorso de esta hoja. Gracias por su colaboración.

Annex 3

Cuestionario sobre la Revisión y Comprobación del Material Anestésico

Quirófano: _____

Fecha: _____

Verificación del respirador

Modelo: _____

AUTOCHEQUEO AUTOMÁTICO funciona correctamente: SI NO

- Encendido eléctrico
- Conexiones gases
- Funcionamiento sistema manual
- Funcionamiento en controlada
- Revisión alarmas de presión, volumen...
- Aspiración gases
- Estado de la cal (en caso de sistemas de circuito cerrado)
- Revisión y llenado vaporizador

¿Ha fallado algo?: _____

Verificación del monitor

- Encendido eléctrico
- Calibración cadnógrafo
- Revisión alarmas
- Módulos monitor

¿Ha fallado algo?: _____

Comprobación material vía aérea

Comprobación laringoscopio (luz, pala accesoria...)

Verificación de la presencia de:

- Ambú
- Tubo de mayo
- Mascarilla 3
- Mascarilla 4
- Tubo endotraqueal 7
- Tubo endotraqueal 7,5
- Tubo endotraqueal 8
- Jeringa para pneumo
- Comprobación pneumo
- Guía TET
- Fibroscopio PREVISTO a punto

¿Ha fallado algo?: _____

Otros

- Comprobación fármacos
- Comprobación de aspirador de pared
- Bombas de perfusión (nº:)
- Batería mesa de quirófano OK
- Accesorios
- Movilidad
- Hot line
- Manta calentadora

¿Ha fallado algo?: _____

FIRMA Enfermera Anestesia
Matrícula:

FIRMA AnestesiólogoNº
Nº Matrícula:

La gestió dels esdeveniments adversos a l'àrea quirúrgica

Omplir per pacient

1 Dia de la setmana

Dades del professional d'infermeria

2. Edat: anys
3. Temps treballat a l'àrea quirúrgica: anys
4. Vostè posseeix un postgrau en infermeria quirúrgica? 1 Si 2 No
5. Coneix els protocols del centre on treballa? 1 Si 2 No

Les caselles de la 6 a la 9 s'ompliran en cas de canvi de professional per canvi de torn:

Dades del professional d'infermeria

6. Edat: anys
7. Temps treballat a l'àrea quirúrgica: anys
8. Vostè posseeix un postgrau en infermeria quirúrgica? 1 Si 1 No
9. Coneix els protocols del centre on treballa? 1 Si 2 No

Dades del centre / àrea quirúrgica

10. Centre sanitari: 1 Corporació Sanitària Clínic 2 Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
11. Torn horari: 1 Matí 2 Tarda
12. Procediment quirúrgic:
(extret del programa quirúrgic)
13. Quiròfan: 1 Cirurgia programada 2 Cirurgia urgent
14. Especialitat quirúrgica:
- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Cirurgia General | 7 <input type="checkbox"/> Cirurgia Ortopèdica i Traumatològica |
| 2 <input type="checkbox"/> Cirurgia Vascular | 8 <input type="checkbox"/> Cirurgia Oftalmològica |
| 3 <input type="checkbox"/> Cirurgia Plàstica - Maxilofacial | 9 <input type="checkbox"/> Cirurgia Ginecològica |
| 4 <input type="checkbox"/> Cirurgia Cardíaca | 10 <input type="checkbox"/> Cirurgia Urològica |
| 5 <input type="checkbox"/> Cirurgia Otorrinolaringologia | 11 <input type="checkbox"/> Cirurgia pediàtrica |
| 6 <input type="checkbox"/> Cirurgia Toràcia | 12 <input type="checkbox"/> Neurocirurgia |
15. Participa més d'una especialitat en la intervenció quirúrgica? 1 Si 2 No
16. Hora d'arribada del pacient a l'àrea quirúrgica:
17. Hora d'entrada del pacient al quiròfan:

Dades del pacient

Acollida pacient

18. El pacient va identificat? (segons model del Centre) 1 Si 2 No
19. Es portador d'història clínica? 1 Si 2 No
20. Nivell de consciència:
- 1 conscient i orientat
- 2 conscient i desorientat
- 3 inconscient
21. El pacient està informat sobre el procediment quirúrgic? 1 Si 2 No
22. El pacient està informat sobre el tipus d'anestèsia? 1 Si 2 No
23. El pacient té el consentiment informat quirúrgic signat? 1 Si 2 No
24. El pacient té el consentiment informat anestèsic signat? 1 Si 2 No
25. En cirurgia programada el preoperatori és ≤ 6 mesos? 1 Si 2 No
26. Manca probes preoperatories? 1 Si 2 No

En cas **afirmatiu** indica quina:

- 26.1 Rx 1 Si 2 No
- 26.2 Analítica 1 Si 2 No
- 26.3 ECG 1 Si 2 No

Acollida pacient

27. Tipus ASA pacient: 1 I 2 II 3 III 4 IV 5 V
28. El pacient ve amb dejú? 1 Si 2 No
29. El pacient ve dutxat? 1 Si 2 No
30. El pacient ve rasurat? 1 Si 2 No 3 No precisa
- 30.1 En cas **afirmatiu** es: 1 Adequat 2 No adequat
31. El pacient es portador d'objectes personals? 1 Si 2 No
- En cas **afirmatiu** indica quin:
- 31.1 Ulleres 1 Si 2 No 31.4 Joies 1 Si 2 No
- 31.2 Pròtesi dental 1 Si 2 No 31.5 Altres _____
- 31.3 Relloge 1 Si 2 No
32. El pacient té alguna al·lèrgia? 1 Si 2 No
- En cas **afirmatiu** respon;
- 32.1 Fàrmacs 1 Si 2 No Quin? _____
- 32.2 Làtex 1 Si 2 No
- 32.3 Metalls 1 Si 2 No
- 32.4 Altres _____
33. Està l'al·lèrgia suficientment ressaltada a la història clínica? 1 Si 2 No
34. Està prescrit algun fàrmac contraindicat per l'al·lèrgia? 1 Si 2 No
35. El pacient té cursada reserva de sang? 1 Si 2 No 3 No precisa

Intraoperatori

36. Es realitza Cheklist d'anestèsia al quiròfan? 1 Si 2 No
- En cas **afirmatiu**, respon;
- 36.1 S'ha realitzat abans d'entrar el pacient a quiròfan? 1 Si 2 No
- 36.2 En cas de no poder realitzar-se cheklist, indica motiu:
- 36.2.1 Oblid del professional 1 Si 2 No
- 36.2.2 Desconeixement del Cheklist 1 Si 2 No
- 36.2.3 Sobrecàrrega de treball 1 Si 2 No
- 36.2.4 Urgència en l'entrada a quiròfan 1 Si 2 No
- 36.2.5 Altres _____
- 36.3 Ha mancat algun material anestèsic del Cheklist? 1 Si 2 No
- 36.3.1 En cas **afirmatiu**, indica motiu: _____
37. La intervenció quirúrgica precisa recompte de gasses? 1 Si 2 No
- En cas **afirmatiu**, respon;
- 37.1 Com ha sortit el recompte de gasses? 1 Correcte 2 Incorrecte
- 37.2 En cas recompte incorrecte, es realitza Rx comprovació? 1 Si 2 No
38. S'ha comprovat la caducitat de l'instrumental quirúrgic? 1 Si 2 No
39. Els controls químics de l'instrumental quirúrgic estan virats? 1 Si 2 No
- En cas **negatiu**, respon;
- 39.1 La detecció ha sigut precoç? 1 Si 2 No
- 39.2 S'ha substituït el material quirúrgic? 1 Si 2 No
40. L'envasat del material quirúrgic està en condicions òptimes? 1 Si 2 No
- 40.1 S'ha pogut substituir? 1 Si 2 No
- 40.2 S'ha tornat a esterilitzar? 1 Si 2 No
41. Hi ha canvi en el procediment quirúrgic? 1 Si 2 No
42. Si transfusió sanguínia es comproba grup sanguini? 1 Si 2 No
43. Si transfusió sanguínia es comproba bossa amb identificació pacient? 1 Si 2 No
44. Si transfusió sanguínia ha sofert reacció transfussional? 1 Si 2 No

Intraoperatori

45. Es suspèn la Intervenció quirúrgica? 1 Si 2 No

En cas **afirmatiu**, registra la causa:

Problemes del pacient

- 45.1 Canvi indicació terapèutica 1 Si 2 No
45.2 Problemes físics inesperats: febre, infart 1 Si 2 No
45.3 Pacient rebutja intervenció quirúrgica 1 Si 2 No
45.4 Pacient no es presenta 1 Si 2 No
45.5 Manca preparació: colon, antiagregants... 1 Si 2 No
45.6 Manca reserva de sang 1 Si 2 No
45.7 No dejú 1 Si 2 No
45.8 Manca documentació clínica 1 Si 2 No
45.9 Exitus a la unitat d'hospitalització 1 Si 2 No

Problemes d'organització

- 45.10 Manca material quirúrgic fungible 1 Si 2 No
45.11 Manca instrumental quirúrgic 1 Si 2 No
45.12 Manca instrumental quirúrgic de trànsit 1 Si 2 No
45.13 Manca material protèsic implantable en stock 1 Si 2 No
45.14 Manca material protèsic en trànsit 1 Si 2 No
45.15 Manca RRHH 1 Si 2 No
45.16 Contaminació quiròfan 1 Si 2 No
45.17 Manca llits hospital 1 Si 2 No

Problemes programa quirúrgic

- 45.18 Retard Intervenció quirúrgica anterior 1 Si 2 No
45.19 Intervenció quirúrgica programada condicional 1 Si 2 No
45.20 Canvi per programa quirúrgic urgent 1 Si 2 No
45.21 Manca de temps 1 Si 2 No

Sortida pacient del quiròfan

46. Pacient presenta alguna lesió al cos? 1 Si 2 No

En cas **afirmatiu**, indica motiu:

- 46.1 Cremada per la placa de bisturí 1 Si 2 No
46.2 Deformatat en alguna extremitat degut a la posició 1 Si 2 No
46.3 Envermelliment d'alguna zona per manca de protecció 1 Si 2 No
46.4 Lesió cornial 1 Si 2 No

47. El pacient surt del quiròfan identificat? 1 Si 2 No

48. S'ha avisat la Unitat de Reanimació? 1 Si 2 No

49. El pacient surt del quiròfan amb la seva documentació? 1 Si 2 No

50. S'ha realitzat la intervenció quirúrgica en horari previst? 1 Si 2 No

En cas **negatiu**, indica motiu:

- 50.1 Retard inici intervenció anterior 1 Si 2 No
50.2 Manca lloc a la URPA / UCIPO 1 Si 2 No
50.3 Manca llit UCI 1 Si 2 No
50.4 Manca lliterers 1 Si 2 No
50.5 Problemes propis del pacient 1 Si 2 No
50.6 Altres _____

51. Hora de sortida del pacient de quiròfan:

ITEMS	UNIVOCITAT		PERTINÈNCIA		IMPORTÀNCIA				
	SI	NO	SI	NO	1	2	3	4	5
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
25.1									
26									
27									
27.1									
27.2									
27.3									
27.3.1									
27.4									
27.4.1									
27.5									
27.5.1									
27.6									
28									
28.1									
28.1.1									
28.1.1.2									
28.1.2.									
28.1.2.1									
29									
29.1.1									
29.1.1.2									
30									

ITEMS	UNIVOCITAT		PERTINÈNCIA		IMPORTÀNCIA				
	SI	NO	SI	NO	1	2	3	4	5
31									
31.1									
31.1.1									
31.1.2									
31.1.3									
32									
32.1									
33									
34									
35									
36									
36.2.1									
37									

**MOLTÍSSIMES GRÀCIES PER LA SEVA VALUOSA
CONTRIBUCIÓ**

Master en Gestió i Administració en Cures d'Infermeria (2007/2009)

Projecte: La gestió dels esdeveniments adversos a l'àrea quirúrgica

Autors: Armora, M; Miranda, J; Salas, H

- ✓ Qüestionari dirigit a professionals amb tasques de responsabilitat dins de l'hospital i amb relació directa o indirecta amb l'Àrea Quirúrgica.

Professional Entrevistat:

Categoria Professional:

Càrrec que ocupa a la institució:

Qüestionari:

1. Es coneixedor de polítiques de seguretat en les Àrees quirúrgiques?
2. Coneix el projecte de seguretat (si hi es) de l'AQ del seu hospital?
Quants projectes i persones que el lideren o professionals que el lideren?
3. Quina relació i de quina manera participa en el desenvolupament de la seguretat en l'AQ?
 - a. Quins indicadors tenen a l'AQ en relació a la seguretat del pacient.
4. Coneix des del seu nivell de responsabilitat com es gestiona un esdeveniment advers a l'AQ.
 - a. **Hi ha declaració voluntària d'incident etc...**
5. Hi ha procediments establerts de com actuar davant un esdeveniment advers o incident.

FITXA DEL TREBALL DE RECERCA

LA GESTIÓ DELS ESDEVENIMENTS ADVERSOS EN LA PRÀCTICA D'INFERMERIA A L'ÀREA QUIRÚRGICA

AUTORS:

Miriam ARMORA VERDÚ. Infermera quirúrgica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. c/Sant Antoni M. Claret, 167 - 08025 Barcelona

Josep MIRANDA SALMERÓN. Infermer quirúrgic. Corporació Sanitària Clínic. c/ Villarroel 169-171 - 08036 Barcelona

Helena SALAS MARCO Infermera quirúrgica. Corporació Sanitària Clínic. c/ Villarroel 169-171 - 08036 Barcelona

DURADA

18 mesos

DATA LLIURAMENT

22 de Juliol 2009

EXTENSIÓ

81 pp + annexes

PARAULES CLAU

Human Factor, Hospital Care, Quality control

sensibilització respecte el problema dels EAs, perquè manca uniformitat en la metodologia per identificar-los i establir mesures d'avaluació. Preocupa de forma innecessària la violació confidencial de les dades, exigint al professional responsabilitats sobre l'error.

Segueix essent limitada la comprensió i el coneixement de la epidemiologia dels EAs, com també la seva freqüència, de quina manera es produeixen i les repercussions que impliquen en l'evolució dels pacients.

Dins l'àrea quirúrgica, volem fer un anàlisi del tipus d'EAs que es produeixen per tal d'establir línies d'actuació, per a la detecció i la millora.

La creació d'una comissió encarregada d'identificar, analitzar i avaluar sistemàticament els EAs, facilitarà la conversió d'aquesta informació en coneixements útils per als professionals sanitaris.

Considerem que tenir una eina de control dels EAs, conèixer el seu origen amb les seves repercussions, i que les organitzacions treballin per la seva correcció, pot ser un bon mecanisme per proporcionar seguretat al pacient, i a l'equip assistencial, la qual cosa incrementarà la qualitat de l'atenció que ofereixen els serveis sanitaris, així com més satisfacció entre els professionals.

2.- Objectius de la recerca

L'objectiu general del nostre estudi és el següent:

- Avaluar la gestió dels EAs.

Els objectius específics que se'n deriven són:

- Detectar la incidència dels EAs a l'àrea quirúrgica (AQ).
- Analitzar les causes dels EAs.
- Verificar la incidència dels EAs sobre la qualitat assistencial.

3.- Estructura temàtica de l' estudi teòric

Concepte d'EA, Error sanitari, Negligència i Mala praxis

Teoria de l'error

Monitorització dels EAs

- Indicadors
- Revisió de la història clínica
- Observació directa
- Sessions clíniques de morbi-mortalitat
- Notificació dels incidents

Sistemes de registre i notificació d'incidents

- Estudis internacionals
- Estudis nacionals

Gestió dels EAs

Qualitat total

- Acreditació.
- Procés
- Guies de pràctica clínica
- Medicina basada en l'evidència
- Satisfacció
- Autoavaluació

Seguretat a l'àrea quirúrgica

Situació actual a dos hospitals de nivell III

4.- Disseny de l' estudi empíric

Estudi quantitatiu, de tipus descriptiu i transversal.

La **població** objecte d'estudi son els pacients sotmesos a un procediment quirúrgic, ja sigui programat o urgent, en dos hospitals de Nivell III de la ciutat de Barcelona.

La **tècnica de mostreig** utilitzada és de tipus no probabilístic intencional. A l'**hospital A**, s'escull l'activitat quirúrgica de 5 quiròfans de cirurgia programada de dilluns a divendres i 1 quiròfan d'urgències els caps de setmana en horari diürn.

A l'**hospital B**, s'escull l'activitat quirúrgica dels 19 quiròfans que componen l'àrea quirúrgica, 17 quiròfans dels quals son de cirurgia programada de dilluns a divendres i 2 quiròfans d'urgències de dilluns a diumenge, en horari diürn.

Ambdós Hospitals es registren els procediments quirúrgics durant la segona quinzena del mes d'abril de l'any 2009

La **mostra** obtinguda ha estat d'un total de 212 pacients, essent 57 pacients de l'hospital A, i 155 de l'hospital B.

Les **variables** estudiades són les següents:

La **variable independent** és la gestió dels EAs; el registre, l'anàlisi i l'avaluació.

La **variable dependent** és la qualitat assistencial.

Les **variables intervinents** es classifiquen de forma següent: referents al professional d'infermeria, al centre sanitari /àrea quirúrgica i al pacient.

L'**instrument** utilitzat per la recollida de dades es un qüestionari elaborat pels propis investigadors, validat per un sistema de jutges i dirigit a les infermeres quirúrgiques de la mostra, les quals, rebran el pacient i estaran durant el procediment quirúrgic.

D'altra banda, es va enviar un qüestionari on-line als Caps d'infermeria de l'àrea Quirúrgica dels dos hospitals en estudi, per avaluar el seu coneixement de la gestió de la seguretat dels processos assistencials a l'àrea quirúrgica

5- Resultats de l' estudi empí ric:

Els resultats obtinguts son d'un total de 212 qüestionaris. Per a l'anàlisi de la informació recollida s'ha utilitzat el paquet estadístic SPSS (Statistical Package for Socials Sciences), implicant tant estratègies d'anàlisi descriptiu com inferencial.

Dades del professional d'infermeria

La edat mitja del grup d'anàlisi es de 40,32 anys, amb un valor mínim de 23 i un màxim de 62, i una desviació de 10,43 anys.

El promig del temps treballat a l'àrea quirúrgica del grup d'anàlisi es de 15,57 anys.

La formació en postgrau en infermeria quirúrgica del grup d'anàlisi és del 91,5%, i el no coneixement dels protocols del centre només és d'1,4%.

Centre sanitari/àrea quirúrgica :

La ubicació de la mostra, és d'un 26,9% de l'Hospital A i un 73,1% de l'Hospital B.

El tipus de quiròfan, majoritàriament en un 93,9% en cirurgia programada, i un 6,1% en cirurgia urgent.

L'especialitat quirúrgica més registrada ha sigut Cirurgia General en un 29.7%

L'existència de canvi en el procediment quirúrgic ha esdevingut en un 8% dels casos del total, en un 3,4% ha existit canvi en el procediment quirúrgic i no s'han realitzat en horari previst. El 78,4% dels procediments quirúrgics s'han realitzat tal i com estaven planificats, sense cap canvi i en horari previst.

L'especialitat quirúrgica que més canvis ha tingut en el procediment quirúrgic ha estat la de Cirurgia General en un 2,4%.

En un 18% dels casos no s'ha realitzat la intervenció quirúrgica en horari previst, essent en un 8,5% per altres motius.

La suspensió quirúrgica ha estat d'un 1,4% del total de la mostra.

No s'han suspès procediments quirúrgics per problemes d'organització ni problemes en el programa quirúrgic.

El 79,2 % dels casos avisen a la unitat de Reanimació un cop surt el pacient de quiròfan.

El 97,2% dels qüestionaris han omplert la variable temps, el 50,5% dels casos han esdevingut temps insuficient, el 17,9% temps òptim i el 28,8% en excés de temps.

Dades referents al pacient:

Els pacients han vingut identificats en un 87,7% dels casos totals, un 11,3% no venien identificats, i el 0,9% han esdevingut casos perduts.

Relacionant el nivell de consciència amb la no identificació del pacient, es registra 5 casos en que els pacients venien conscients i desorientats. D'aquests 5 casos, 3 casos venien identificats i 2 casos que no, essent un cas de Cirurgia general i l'altre de Neurocirurgia.

Relacionant el centre sanitari amb la no identificació el 35,1% dels casos eren de l'Hospital A i el 2,6% eren de l'Hospital B.

En 4 especialitats quirúrgiques els pacients han vingut identificats el 100%, aquestes son les següents: Cirurgia Vasculard, Cirurgia Plàstica, Cirurgia Otorrinolaringològica i Cirurgia Oftalmològica.

Els pacients son portadors d'història clínicad en 209 casos de la mostra, essent en 1 únic cas que no era portador i es va realitzar el procediment quirúrgic, que no es combinava amb més d'una especialitat quirúrgica.

La informació sobre el procediment quirúrgic, el 90,6% dels casos estaven informats, 7,5% no estaven informats sobre el procediment, i 1,9% resultats en blanc.

La informació sobre el procediment d'anestèsia, majoritàriament, els individus sabien el tipus d'anestèsia a rebre en un 82,5%, en un 15,6% no estaven informats i un 1,9% eren casos en blanc.

El consentiment informat quirúrgic estava signat en un 92% de casos, d'un 14% que no el tenien signat i 1,4% en blanc.

El consentiment informat anestèsic no estava signat en un 50% dels casos, d'un 40% que si i 10% de casos en blanc.

Els pacients que eren portadors d'objectes personals en 3 casos eren portador de pròtesis dental, seguit de 2 casos que portaven joies i 1 cas ulleres. L'opció altres objectes la mes freqüent ha estat en 2 casos els audiófons.

Dels 32 pacients registrats que presenten al·lèrgia, un 21,9%, és a dir, en 7 casos no estava suficientment ressaltada. En un cas s'ha prescrit un fàrmac contraindicat per l'al·lèrgia i estava suficientment ressaltada l'al·lèrgia a la història clínicad.

Del total de transfusions, totes han tingut comprovació de la bossa amb identificació del pacient i i no han tingut reacció transfusional.

No hi ha hagut cap cas de recompte de gasses incorrecte, ni que s'hagi realitzat una Rx de comprovació.

El professional d'infermeria ha comprovat la caducitat, verificat els controls químics i l'envasat en condicions òptimes del material quirúrgic.

6.- Conclusions generals de la recerca

Disposar d'un sistema de notificació i registre dels EAs constitueix una estratègia clau per aprendre dels errors i evitar la recurrència. Son l'eina que permet actuar sobre la millora de la cultura de la seguretat, la qual està afectada per la seva totalitat dels factors ambientals que l'envolten. Registrar els incidents en el mateix moment en que es produeix no només ens permet actuar sobre el propi incident per que aquest no es porti a terme, si no que en posa en alerta dels possibles "forats" que pot tenir el nostre sistema..

L'abordatge dels EAs requereix una participació multidisciplinària, sense estudis epidemiològics i sense la comprensió psicològica i sociològica, l'anàlisi del problema manca de sentit.

Aquests canvis de cultura, han d'estar avalats des de la direcció de cada centre, els comandaments han de tenir-ho integrat a la seva practica seguint un model de gestió sanitària que ha d'estar encaminat a difondre facilitant la seva adequació, involucrant als professionals i fent-lo participatiu, afavorint el seu ensenyament i aprenentatge de manera bidireccional.

La introducció de les guies i trajectòries clíniques, pot ser i es en els casos en que existeix, una eina valuosa per evitar possibles esdeveniments. En el nostre estudi es corrobora que la gestió dels EAs augmenta la qualitat assistencial a l'AQ, en primer lloc detecta la incidència, analitza les causes i

posteriorment verifica la incidència dels EAs per implantar projectes de millora.

La detecció dels EAs mitjançant el qüestionari ha estat participativa pel grup de professionals d'infermeria de les àrees quirúrgiques estudiades, ja que registrar els errors culturalment és de culpabilitat i no està integrat avui dia en les institucions. L'anonimat del registre ha estat clau per el seu compliment.

La formació en postgrau d'infermeria quirúrgica dels professionals d'infermeria ha estat rellevant en l'estudi, ja que la formació específica i la capacitat per un determinat àmbit específic ha estat elevada.

El desconeixement dels protocols del centre no ha estat significatiu. Majoritàriament els professionals coneixen perfectament els protocols consensuats del centre per la seva pràctica diària segura.

La gran majoria de procediments quirúrgics han estat ben planificats, establint el procediment quirúrgic adequat al diagnòstic i ajustat a l'horari previst.

El nombre de suspensions quirúrgiques ha sigut relativament baix, amb el qual, afirmem que els pacients estant ben preparats, i han seguit els circuits estandarditzats del centre i les preparacions clíniques preoperatòries adequades.

El temps preanestèsic òptim s'ha registrat en un 17,9%, un resultat negatiu i inesperat, amb el qual, s'hauria de fer una revisió exhaustiva dels circuits del centre. La disminució de temps preanestèsic afavoreix la existència d'errors, ja sigui per manca d'espai físic o per la pressió assistencial. Pensem que seria un indicador a revisar.

Referent a la identificació dels pacients, cal ressaltar, que tot i el 87,7% de grau de compliment d'identificació, aquest indicador hauria de ser d'obligat

compliment del 100%. A remarcar que dos pacients no venien identificats estant conscients i desorientats, la qual cosa ens pot dur a una situació de risc imminent.

En quant a la informació sobre el procediment quirúrgic caldria ressaltar que un 7,5% dels pacients no estaven informats, percentatge elevat ja que situa al pacient en una posició d'indefensió i provoca un acte paternalista per part del professional, la qual cosa no respecte el principi d'autonomia. La informació sobre el procediment anestèsic també seria un ítem compartit amb la informació sobre el procediment quirúrgic.

Els consentiments informats quirúrgics i anestèsics son d'obligat compliment. Posa en evidència que un 14% dels pacients venien sense el consentiment quirúrgic, se'n desconeix els motius, s'ha perdut? no es va signar? per oblit es signa al mateix moment de l'acte quirúrgic? Seria una possible línia a millorar, identificar i analitzar el perquè de la seva no existència. Referent al consentiment informat anestèsic, val a dir, que l' Hospital B iniciava la seva implementació, per tant, una part dels casos identificats que no el tenien signat ens pot conduir a un biaix al estudi .

Un pacient que ha d'estar sotmès a un procediment quirúrgic, no ha de ser portador de cap tipus d'objecte personal. La pròtesis dental en el nostre estudi ha esdevingut en tres pacients que eren portadors, fet important i d'obligat compliment que aquest ítem havia de ser del 0%. El risc que podia conduir a la no identificació d'aquest tipus d'objecte podria provocar un EAs greu durant l'anestèsia. Cal a remarcar, que es va identificar previ a l'entrada del pacient, al temps preanestèsic i es va procedir a la seva retirada.

La identificació de les al·lèrgies és un ítem d'obligat compliment, ja que

una no identificació podria posar en risc la vida del pacient. En 7 casos no han estat suficientment ressaltada l'al·lèrgia a la història clínica. En un únic cas es va prescriure un fàrmac que estava contraindicat per l'al·lèrgia, només va ser prescripció, però la detecció a temps va fer que no es produís un EAs en quan a l'administració del fàrmac.

El recompte de gasses es un indicador de qualitat a l'àrea quirúrgica per prevenir la incidència posterior de cossos estranys. No s'ha registrat cap tipus de recompte incorrecte en l'estudi.

Els pacients han estat ben instal·lats a la taula quirúrgica i s'han seguit tots els procediments de protecció i acomodació a la taula quirúrgica per prevenir lesions en la integritat de la pell del pacient.

La cirurgia errònia és l'EAs sentinella més freqüent, tractant-se d'un error altament evitable amb una correcta actuació. El llistat de comprovació de mesures preventives (checklist) es la opció més acceptada. A l'Hospital A és el centre que tenen implantat el checklist d'anestèsia, i ha sigut d'un compliment del 100% a diferència del l'Hospital B que no el tenien.

7.- Propostes de la recerca

Per tal que el temps d'espera pre-anèstèsic arribes a ser l'òptim, creiem que es un punt difícil, malgrat tot, poder adequar els recursos humans del trasllat dels pacients afavoriria millorar-lo. Definir quin es el moment adequat per sol·licitar el següent pacient i que per tots fos el mateix també milloraria , malgrat tot tenim una gran variabilitat en aquest cas i això ens augmenta la dificultat de normalitzar-ho.

La correcta identificació del pacient quirúrgic es fonamental per a la

prevenció del risc d'aparició d'EAs en l'àmbit quirúrgic, relacionats amb la realització d'una atenció diagnòstica terapèutica en el pacient equivocat

Els dos hospitals analitzats a l'estudi estan adherits al programa de l'Aliança per la seguretat dels pacients, una pràctica recomanada relacionada amb la correcta identificació del pacient, procediment, lloc a intervenir i detecció d'errors potencials. Per aquest motiu no proposem línies de millora ja que es tracta d'un projecte d'actual incorporació que està pendent de resultats i d'establir noves accions al respecte

Una bona informació del procediment quirúrgic i anestèsic disminueix la ansietat i millora els resultats postoperatoris, el desconeixement del " que em passarà i on seré i quan de temps" fa que el pacient no arribi al area quirúrgica en les condicions físiques, clíniques i emocionals òptimes. Des de principis d'any s'està realitzant al hospital A la visita pre-anestèsica d'infermeria, la infermera desenvolupa el seu rol autònom i col·labora en el procés quirúrgic-anestèsic.

Actualment, ens els dos hospitals a estudi i des de fa poc temps s'ha introduït la utilització del Checklist que proposa la OMS, la Aliança per la seguretat del pacient i avalat per la FAD (Fundació Avedis Donnabedian). Aquest ítem no ha estat avaluat degut a la joventut d'aquest projecte. Ben es cert que molts dels ítems que si s'han registrat en el nostre estudi son molts dels que estan destacats en aquesta eina practica, senzilla i que com hem vist en les conclusions, de manera habitual es fa a tots els centres, amb la diferencia de que implica a tots els professionals que participen en el acte anestèsic i quirúrgic i no es fa de manera intuïtiva si no normalitzada.

Em de donar-hi transcendència al ítem de les al·lèrgies degut a la seva

importància com a indicador de qualitat. Com sabem l'error en la administració de la medicació no només és important a nivell de la qualitat, sinó, com bé sabem, per la seva repercussió mèdica i de percepció per part dels usuaris. La qualitat percebuda és tan important com la qualitat administrada. S'estan establint ja línies de millora en aquest sentit amb la introducció de la recepta electrònica, en que des de l'atenció primària la història del pacient té continuïtat en els centres de hospitalització, que creuen les intoleràncies i al·lèrgies conegudes amb els protocols a aplicar als centres hospitalaris, evitant la administració de fàrmacs contraindicats.

8 – Noves línies d'investigació

La influència dels EAs en les estàncies hospitalàries i la seva repercussió social.

L'Anàlisi dels medis de comunicació en quan a la difusió dels errors sanitaris.

La influència de la informatització en sistemes de notificació i registre en la gestió d'EAs.

“Equivocar-se és humà, ocultar els errors és una estupidesa, no aprendre d'ells imperdonable.”

L Donaldson.

Aliança mundial per la seguretat dels pacients