

Estratègia per millorar la seguretat del pacient en un servei de neonatologia

M. Teresa Esqué, Glòria Moretones, C. Martínez, L. Ligeró, J.M. Rodríguez-Miguélez, L. Giraldo, J. Figueras

Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia. Hospital Clínic (seu Maternitat). Barcelona

RESUM

Fonament. La pràctica de la medicina, cada vegada més complexa, augmenta el risc d'un esdeveniment no desitjat. La seguretat del pacient en l'atenció sanitària exigeix que estigui lliure de tot mal evitable.

Objectiu. Analitzar els errors assistencials detectats en un servei de neonatologia.

Mètode. Es realitza un pla d'estudi que consisteix en:

- 1) Sessió clínica informativa sobre errors assistencials.
- 2) Creació d'un sistema de notificació d'errors anònim.
- 3) Període de reflexió per analitzar els errors declarats de manera retrospectiva, per sensibilitzar a tot el personal.
- 4) Creació d'un grup d'estudi (dos metges i dos diplomats en infermeria) per analitzar de forma prospectiva els errors declarats i establir les estratègies necessàries per a la seva prevenció.

Resultats. Durant el període de reflexió (15 dies) es recullen 28 errors agrupats en: errors de pràctica assistencial (19), secundaris a factors humans (7) i atribuïbles al sistema (2).

Durant els tres primers mesos de l'estudi prospectiu es notifiquen 25 errors de: tractament (9), comunicació (2), en determinacions analítiques (1), en l'alimentació (2), d'asèpsia (1), de procediment (7) i d'identificació i informació (3).

S'analitzen les causes que poden haver-los produït, entre les quals destaquen la manca de comunicació, la sobrecàrrega assistencial i la manca d'atenció i rutina en el treball diari.

Conclusions. Hem de ser conscients de evitar l'error és a les nostres mans. La notificació anònima de l'error i l'anàlisi posterior permeten endegar mesures preventives, que repercutiran en una millor qualitat de l'assistència i la seguretat dels nostres pacients.

Paraules clau: Seguretat del pacient. Errors assistencials. Errors mèdics. Esdeveniments adversos. Neonatologia.

Presentat a la 15 Reunió Anual de la Societat Catalana de Berga, 2007. Guardonat amb el Premi a la millor comunicació oral.

Correspondència:

M.T. Esqué
C/ Sabino de Arana, 1
08028 Barcelona

Treball rebut: 19.03.2009. Treball acceptat: 20.09.2009.

Esqué MT, Moretones MG, Martínez C, Ligeró L, Rodríguez-Miguélez JM, Giraldo L, Figueras J.
Estratègia per millorar la seguretat del pacient en un servei de neonatologia.
Pediatr Catalana 2009; 69: 234-238.

ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

Fundamento. La práctica de la medicina, cada vez más compleja, aumenta el riesgo de acontecimientos adversos. La seguridad del paciente en la atención sanitaria exige que esté libre de cualquier mal evitable.

Objetivo. Analizar los errores detectados en un servicio de neonatología.

Método. Se realiza un plan de estudio consistente en:

- 1) Sesión clínica informativa sobre los errores asistenciales.
- 2) Creación de un sistema de notificación de errores anónimo.
- 3) Período de reflexión para analizar los errores declarados de manera retrospectiva, con la finalidad de sensibilizar a todo el personal.
- 4) Creación de un grupo de estudio (dos médicos y dos diplomados en enfermería) para analizar de forma prospectiva los errores declarados y establecer las estrategias necesarias para su prevención.

Resultados. Durante el período de reflexión (15 días) se recogen 28 errores agrupados en: errores de práctica asistencial (19), secundarios a factores humanos (7) y atribuibles al sistema (2).

Durante los tres primeros meses del estudio prospectivo se notifican 25 errores: de tratamiento (9), de comunicación (2), en determinaciones analíticas (1), en la alimentación (2), de asepsia (1), de procedimientos (7) y de identificación e información (3).

Se analizan las causas que pueden producirlos, entre las cuales destacan la falta de comunicación, la sobrecarga asistencial y la falta de atención y rutina en el trabajo diario.

Conclusiones. Debemos ser conscientes de que evitar el error está en nuestras manos. La notificación anónima del error y su análisis permite poner en marcha medidas preventivas que repercutirán en una mejor calidad de la asistencia y seguridad de nuestros pacientes.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Errores asistenciales. Errores médicos. Acontecimientos adversos. Neonatología.

STRATEGIES TO IMPROVE PATIENT SAFETY IN A NEONATOLOGY SERVICE

Background. The increasingly complex practice of medicine augments the risk of adverse events. The principles of patient safety in health care demand that the patient be spared of all avoidable harm.

Objectives. To analyze the medical errors detected in a neonatology service.

Methods. The following initiatives were implemented: 1) Training seminar on medical errors; 2) Implementation of a system for anonymous reporting of medical errors; 3) Review period to analyze and discuss the reported medical errors with the ultimate goal of raising awareness among the personnel; 4) Establishment of a study team (two physicians and two nurses) to analyze prospectively medical errors and to develop the necessary preventive strategies.

Results. Twenty-eight medical errors were recorded during the retrospective review period (15 days). The errors were grouped into the following categories: treatment errors (19), errors secondary to human factors (7), and factors attributable to the system (2). During the first three months of the prospective evaluation phase, 25 errors were recorded, which corresponded to treatment (9), communication (2), laboratory errors (1), nutrition (2), antisepsis (1), procedures (7), and identification and information (3). The potential causes for the errors were analyzed; among them were lack of communication, patient care overload, lack of attention, and daily routines.

Conclusions. We must be aware that avoiding medical errors is in our hands. The anonymous reporting and its analysis allow for the implementation of preventive measures that will lead to an improvement in patient care and patient safety.

Key words: Patient safety. Medical errors. Health care errors. Adverse events. Neonatology.

Introducció

Entenem per seguretat del pacient la característica de l'atenció sanitària que vol dir que aquesta està lliure de tot mal evitable. És un tema prioritari dins l'assistència sanitària. La pràctica de la medicina és cada vegada més complexa i això augmenta el risc d'un esdeveniment no desitjat, també anomenat error mèdic, error sanitari, error assistencial, error clínic, o esdeveniment advers¹⁻⁴.

Amb l'objectiu d'augmentar la seguretat de l'assistència dels nostres pacients, ens hem proposat analitzar els errors mèdics a la pràctica diària del Servei de Neonatologia de l'Hospital Clínic seu Maternitat, amb la finalitat de conèixer-los, analitzar-los i poder evitar-los.

Pacients

La nostra unitat consta de 35 llits, dels quals 7 són d'UCI, 6 de semi-UCI i 22 de cures intermèdies.

Els pacients d'UCI són els nadons crítics o que necessiten suport respiratori i hemodinàmic. Representen un total de 337 infants/any.

El conjunt de pacients de semi-UCI està format per grans immadurs, estables hemodinàmicament, que necessiten CPAP i/o nutrició parenteral.

Els pacients de cures intermèdies són infants donats d'alta d'UCI o semi-UCI pendents de guanyar pes, de finalitzar el tractament o d'exploracions complementàries i infants que ingressen per patologia neonatal sense compromís ventilatori o hemodinàmic.

Hem fet extensiu l'estudi a la sala de parts i el niu.

Mètode

L'estudi es pot considerar dividit en dos períodes ben diferenciats en el temps: un de retrospectiu o de preparació i sensibilització, i un de prospectiu o de declaració i anàlisi.

1. El període retrospectiu està constituït per:
 - Realització d'una sessió clínica informativa sobre els esdeveniments adversos i la seguretat del pacient per a tot el personal sanitari.
 - Creació d'un sistema de notificació d'esdeveniments adversos, en format paper, voluntari, no punitiu i confidencial (Taula I).
 - Un període de reflexió de 15 dies per sensibilitzar el personal assistencial, durant el qual aquest, de manera voluntària i anònima, declara els errors mèdics recordats de manera retrospectiva.
 - Creació d'un grup d'estudi, format per dos metges i dos diplomats d'infermeria del Servei mateix, per analitzar els fets declarats i establir mesures de prevenció.

2. El període prospectiu, iniciat el 28 de febrer de 2008, i de tres mesos de durada, consisteix en:
 - Declaració voluntària i anònima, mitjançant un formulari en suport paper, en què es recull la descripció de l'acció, el lloc on succeeix, l'efecte sobre el pacient o sobre el personal, les possibles causes segons qui declara, l'antiguitat de la persona involucrada, el dia i l'hora. La declaració es diposita en una bústia localitzada al Servei, de fàcil accés per a tothom, però en un lloc apartat del circuit de circulació de visites. L'efecte sobre el pacient s'avalua en 7 graus de gravetat segons Hartwig (vegeu la Taula I)⁵.
 - Una vegada al mes, reunió del grup d'estudi per recollir els errors declarats, estudiar-los i prendre les mesures adients per evitar-los. Els esdeveniments adversos declarats es classifiquen sempre dins un o més dels grups següents: errors de diagnòstic i de tractament, errors en relació amb proves diagnòstiques i determinacions analítiques, errors en l'alimentació, errors d'asèpsia, errors de procediment, errors d'identificació/informació. S'intenta esbrinar també si l'error és degut a problemes de comunicació i manca de treball en equip, falta de formació, manca de seguiment dels protocols, factors individuals professionals, distracció, rutina, manca de recursos humans, problemes d'infraestructura, emergència o imprevist, etc.

Resultats

Els esdeveniments adversos declarats durant el període de reflexió es resumeixen en 28, dels quals 19 són errors de pràctica assistencial (1 de diagnòstic i 18 de tractament), 7 errors secundaris a factors humans, i dos atribuïbles al sistema.

Durant el període prospectiu es declaren 25 esdeveniments adversos, distribuïts de la manera següent:

1. Segons la classificació:
 - Errors de tractament (prescripció i administració): 9
 - Errors d'identificació/informació: 3
 - Errors de comunicació: 2
 - Errors en determinacions analítiques: 1
 - Errors en l'alimentació: 2
 - Errors en l'asèpsia: 1
 - Errors de procediment: 7
2. Segons el lloc on succeeix l'incident:
 - UCI: 12
 - Semi-UCI: 1
 - Cures intermèdies: 10
 - Niu: 2
3. Segons l'antiguitat de les persones implicades:
 - menys de 5 anys: 1

TAULA I

Full de notificació d'errors o esdeveniments adversos a Neonatologia

Servei de Neonatologia. Institut de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia
Hospital Clínic seu Maternitat

Anotar si es desitja, de manera anònima, sense nom del pacient ni del personal sanitari implicat, els errors de prescripció, dosificació, preparació, administració de fàrmacs o de qualsevol altre element que formi part dels tractaments i cures del nadó, així com qualsevol altra incidència que suposi un perill potencial per als nostres pacients.

Deixar els fulls a la bústia destinada a aquest efecte (Seguretat assistencial), situada a la Sala de Reunions del Servei.

Incidència: _____ Data: _____ Hora: _____

Sala de Parts / UCI / Semi-UCI / Cures intermèdies / Niu / Consultes externes / Laboratoris / Altres.....

Descripció de la incidència:

Antiguitat aproximada (experiència) del professional al qual li ha passat la incidència:
 < 5 anys 5-10 anys >10 anys

Repercussió per al pacient (*especificar nivell de gravetat de 0 a 6*).

Nivells de gravetat:
 0: No s'ha arribat a produir l'error. S'inclouen les prescripcions interceptades.
 1: Produït, però sense lesió per al pacient.
 2: L'error provoca un increment en el monitoratge del pacient.
 3: Canvi en les constants vitals o necessitat d'extraccions addicionals per a determinacions analítiques.
 4: Error que requereix l'administració d'un altre medicament o allarga l'estada a l'hospital.
 5: Error que provoca una lesió permanent.
 6: Error que contribueix a la mort del pacient.

Suggeriments per a la prevenció:

- de 5 a 10 anys: 1
- més de 10 anys: 11
- no consta: 12

4. Segons la repercussió per al malalt:

- Allarga l'estada a l'hospital o requereix tractament: 4
- Canvi de constants vitals o necessitat de determinacions analítiques: 7
- Augment del monitoratge del pacient: 1
- Sense lesió per al pacient: 13

Analitzant les declaracions i les possibles causes que s'hi apunten es pot concloure que aquestes són fonamentalment la manca de comunicació, la sobre-

càrrega assistencial i la rutina en el treball diari. Tots són, doncs, accidents evitables.

Discussió

En sentit ampli, l'error mèdic inclou des de negligències individuals fins a incidències com a conseqüència del risc inherent al consum d'un determinat medicament o a l'exercici de la pràctica clínica. Poden ser de diferents tipus: de diagnòstic o imperícia, de dispensació i administració de medicaments, d'adherència als tractaments prescrits, d'errors en els circuits de distribució, en la retroalimentació de les informacions clíniques, per mitjans inadequats, infeccions nosocomials, etc.¹

L'any 2000, l'Institute of Medicine va calcular que cada any moren als Estats Units entre 44.000 i 98.000 persones a causa d'errors mèdics⁶. Un altre estudi de l'Escola de Salut Pública de Harvard (1991) estimava les morts per aquesta causa en 120.000 a l'any. Aquesta xifra representaria 4 vegades més morts que les causades en accidents per vehicles a motor⁷. Altres estudis demostren que l'1% dels malalts pediàtrics hospitalitzats pateixen un esdeveniment advers i que, d'aquests, el 59% es podrien haver evitat⁸. A les UCI pediàtriques la incidència augmenta fins al 5,3%⁹⁻¹¹. A Austràlia la xifra és del 16,6% dels malalts hospitalitzats i les repercussions econòmiques s'estimen entre 6.000 i 29.000 milions de dòlars¹²⁻¹³.

En el conjunt del sistema sanitari hi ha una resistència cultural a acceptar l'existència del propi error i a ocultar els dels altres. Des d'un altre punt de vista, la reacció social davant dels errors sanitaris tendeix al reduccionisme i a la culpabilització personal, i d'altra banda, la progressiva judicialització de les causes condueix a una medicina defensiva de menys qualitat i cost més alt¹⁴⁻¹⁶. S'imposa, per tant, un canvi de llenguatge i, sobretot, de pensament, i parlar de risc i no d'errors, per obtenir una millora en la seguretat del pacient¹⁷⁻¹⁸.

Perquè arribi a tenir lloc un esdeveniment advers és necessari que s'encadenin un seguit de circumstàncies en què el factor humà és una anella més de la cadena (Taula II)¹⁸. És per això que es prefereix parlar de risc assistencial, entenent-ho com qualsevol situació no desitjable relacionada amb l'atenció sanitària rebuda i que pot tenir conseqüències negatives. No és el mateix reclamar seguretat en front del risc, que demanar una compensació pels errors comesos.

Als Estats Units es van començar a emprendre mesures per reduir les dimensions d'aquest problema a finals del segle XX. A Europa, l'any 2004, la 56a Reunió del Comitè Europeu de la Sanitat es va dedicar a la Seguretat del pacient, a establir polítiques sanitàries de cooperació internacional i programes d'ensenyament per al tractament del problema. L'any 2005 es va posar en marxa l'Aliança Mundial per a la Seguretat del Pacient, que unia els esforços de diferents organismes i associacions a tot el món. Els objectius eren múltiples i es poden agrupar de la manera següent:

1. Abordar el problema de les infeccions nosocomials sota el lema «Atenció higiènica és atenció més segura».
2. Identificar i divulgar les pràctiques que s'han demostrat millors i més segures i facilitar-ne l'aprenentatge.
3. Propiciar els sistemes de notificació per facilitar el coneixement de les causes que originen els errors i poder prevenir-los.
4. Afavorir la participació plena dels pacients en el treball de l'aliança (les universitats dels pacients).

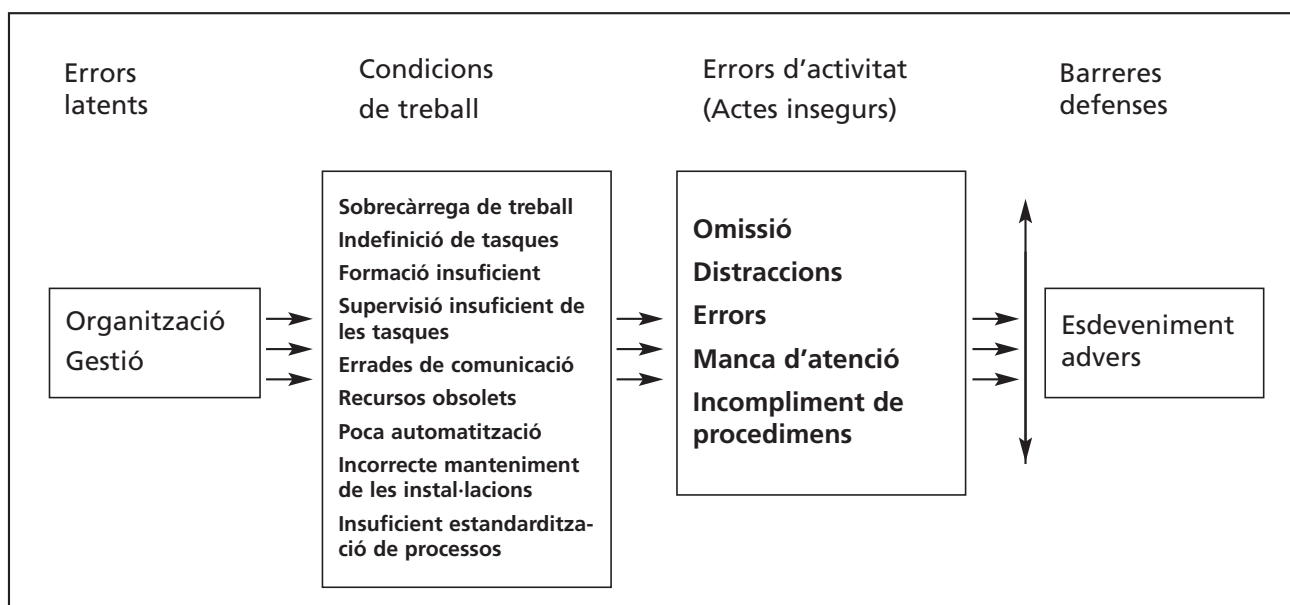
L'any 2007 l'Organització Mundial de la Salut publica *Les nou solucions per a la seguretat del pacient*¹⁹.

Les estratègies per reduir els esdeveniments adversos són múltiples. Una de les propostes a nivell de prevenció primària que s'ha demostrat efectiva en la reducció dels errors més freqüents és la declaració anònima de l'error^{3, 16, 20-24}.

És per aquest motiu, la seva utilitat, i per la senzillesa a l'hora d'aplicar-la, que ha estat la primera actuació

TAULA II

Factors que influeixen en el desenvolupament d'esdeveniments adversos¹⁸



que ha emprès la nostra comissió a la Unitat de Nounats, sempre des del respecte màxim al pacient i als professionals que lluiten per una sanitat millor. A partir d'aquí s'estan establint mesures concretes per tal de prendre consciència del problema de la seguretat del pacient i disminuir els errors declarats més freqüentment, entre les quals cal destacar les següents:

- Sessions informatives.
- Correus electrònics que s'utilitzen com a recordatori de protocols o notes diverses, però mai com a propagació d'esdeveniments adversos declarats.
- Elaboració de pòsters.
- Guies i protocols per a la seguretat del pacient.

Un sistema de notificació d'esdeveniments adversos, a més de ser anònim i confidencial, ha de ser no punitiu, àgil, sensible i amb actuacions orientades cap al sistema. Aquest permet conèixer tant el fet com les possibles causes i fer propostes dirigides a problemes concrets.

En el nostre estudi, les conclusions que s'extreuen de l'anàlisi dels esdeveniments adversos declarats i la reflexió sobre possibles causes són:

- La majoria dels errors són evitables.
- Els professionals de la salut hem de ser conscients que evitar l'error és a les nostres mans.
- La notificació anònima de l'error i l'anàlisi posterior permeten endegar mesures preventives que repercutiran en una millor qualitat de l'assistència i la seguretat dels nostres pacients.

Això és l'inici d'un llarg camí al qual els professionals de la salut ens hem d'acostumar. Una de les primeres dificultats que hem trobat fent aquest treball ha estat la reticència a fer declaracions, per la sensació de «denunciar un fet» que, sense parlar-ne, passa més per alt. D'altra banda, és difícil valorar si els resultats que s'obtenen amb el treball de la comissió i de tots plegats són satisfactoris, fins que aconseguim gairebé el 100% dels errors assistencials declarats.

És important conscienciar-se que equivocar-se és humà, que tots podem cometre errors, que els errors no succeeixen perquè sí, que les persones ben formades també s'equivoquen i que els errors es poden evitar i s'han d'evitar, tot i sabent que a vegades el risc zero no existeix ^{1, 25}.

Bibliografia

1. Estrategia en Seguridad del Paciente. Recomendaciones del taller de expertos. 8-9 de febrer de 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp1.pdf.
2. Aibar C, Aranaz J. ¿Pueden evitarse los sucesos adversos relacionados con la atención hospitalaria? *An Sis Sanit Navar* 2003; 26: 195-209.
3. Garbutt J, Brownstein DR, Klein EJ, Waterman A, Krauss MJ, Marcuse EK, et al. Reporting and disclosing medical errors. *Pediatricians' attitudes and behavior*. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161: 179-185.
4. Gallagher TH, Garbutt JM, Waterman AD, Flum DR, Larson EB, Waterman BM, et al. Choosing your words Carefully. How physicians would disclose harmful medical errors to patients. *Arch Intern Med* 2006; 166: 1.585-1.593.
5. Hartwig SC, Denger SD, Schneider PJ. Severity-indexed, incident report-based medication error-reporting program. *Am J Hosp Pharm* 1991; 48: 2.611-2.616.
6. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To error is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
7. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical practice Study I. *N Engl J Med* 1991; 324: 370-376.
8. Woods D, Thomas E, Holl J, Altman S, Brennan T. Adverse events and preventable adverse events in children. *Pediatrics* 2005; 115: 155-160.
9. Dominguez TE, Chalon R, Costarino AT. The impact of adverse patient occurrences on hospital costs in the pediatric intensive care unit. *Crit Care Med* 2001; 29: 169-174.
10. Kozar E, Scolnik D, Macpherson A, Keays T, Shi K, Luk T, Koren G. Variables associated with medication errors in pediatric emergency medicine. *Pediatrics* 2002; 110: 737-742.
11. Muñoz Labian MC, Pallas Alonso CR, de la Cruz Bertolo J, Lopez Maestro M, Moral Pumarega MT, Belaustegui Cueto A. Errores en las prescripciones médicas en una unidad neonatal. *An Esp Pediatr* 2001; 55: 535-540.
12. Hussey PS, Anderson GF, Osborn R, Feek C, McLaughlin V, Millar J, et al. How does the quality of care compare in five countries? *Health Aff (Millwood)* 2004; 23: 89-99.
13. Gallagher TH, Waterman AD, Garbutt JM, Kapp JM, Chan DK, Dunagan WC, et al. US and Canadian Physicians' Attitudes and experiences regarding disclosing errors to patients. *Arch Intern Med* 2006; 166: 1.605-1.611.
14. Arimany Manso J. La medicina defensiva: un peligroso boomerang. *Humanitas, humanidades médicas*. Tema del mes on-line, 2007; 10-26 www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero12/articulo.pdf.
15. Studdert DM, Mello MM, Phil M, Gawande AA, Gandhi TK, Kachalia A, Yoon C, et al. Claims, errors, and compensation payments in Medical Malpractice Litigation. *N Engl J Med* 2006; 354: 2.024-2.033.
16. Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ, Hewett D, Prior S, Strange P, Tizzard A. How to investigate and analyse clinical incidents: clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. *BMJ* 2000; 320: 777-781.
17. Leonard MS, Cimino M, Shaha S, McDougal S, Pilliod J, Brodsky L. Risk reduction for Adverse Drug Events Through sequential implementation of patient safety initiatives in a Children's Hospital. *Pediatrics* 2006; 118; e1124-e1129.
18. Taylor-Adams S, Vincent C. Systems analysis of clinical incidents: the London protocol. *CLINICAL RISK* 2004; 10: 211-220.
19. OMS. La OMS lanza "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" a fin de salvar vidas y evitar daños. www.who.int/media-centre/news/releases/2007/pr22/es/index.html-21k.
20. Committee on Pediatric Emergency Medicine. Patient safety in the Pediatric emergency care setting. *Pediatrics* 2007; 120: 1.367-1.375.
21. Sharek PJ, Horbar JD, Masson W, Bisarya H, Thurm CW, Suresh G, et al. Adverse events in the Neonatal Intensive Care Unit: Development, testing, and findings of an NICU-Focused Trigger Tool to Identify Harm in North American NICUs. *Pediatrics* 2006; 118: 1.332-1.340.
22. Schwappach DLB, Koeck CM. What makes an error unacceptable? A factorial survey on the disclosure of medical errors. *International Journal for Quality in Health Care* 2004; 16: 317-326.
23. Resar RK, Rozich JD, Classen D. Methodology and rationale for the measurement of harm with trigger tools. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 39-45.
24. Balaguer Santamaria JA, Fernandez Ballart JD, Escribano Subias J. Utilidad de una aplicación informática para disminuir errores de tratamiento en neonatología. *An Esp Pediatr* 2001; 55: 541-545.
25. Sharek PJ, Classen D. Incidencia de episodios adversos y de errores médicos en pediatría. *Clínicas Pediátricas de Norteamérica (edición española)* 2006; 53: 1.067-1.077.