



DIPUTACIÓN DE PALENCIA



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

**Escuela de Enfermería de Palencia
“Dr. Dacio Crespo”**

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico (2019-20)

Trabajo fin de grado

**Seguridad del paciente en unidades de
cuidados intensivos. Notificación de
incidentes sin daño**

Estudio de investigación

Estudiante: Julia Cano Pérez

Tutor: Dr. Juan Bautista López Messa

Cotutora: Dña. Juana Gutiérrez González

Mayo, 2020

ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN.....	4
JUSTIFICACIÓN.....	8
HIPÓTESIS.....	9
OBJETIVOS.....	10
MATERIAL Y MÉTODOS.....	11
RESULTADOS.....	13
DISCUSIÓN.....	23
CONCLUSIONES.....	29
BIBLIOGRAFÍA.....	30
ANEXOS.....	33

RESUMEN

Introducción

La seguridad del paciente ha ido adquiriendo en las últimas décadas una importancia cada vez mayor. Esto ha dado lugar al estudio de los eventos adversos, los cuales presentan un daño potencial de gran prevalencia en el ámbito sanitario. Este interés ha motivado la creación de los llamados Sistemas de Notificación. En ellos se registran los eventos adversos que tienen lugar y los factores contribuyentes. Atendiendo al especial interés que esta cuestión tiene para la enfermería en las unidades de cuidados intensivos, se ha realizado un estudio sobre la notificación de incidentes sin daño en la UCI del Complejo Asistencial Universitario de Palencia, a través del Sistema de Notificación de Incidentes sin daño (SISNOT) implantado desde 2012, con el objetivo de cuantificar las notificaciones realizadas y sus características. Así mismo, se analizó la valoración del sistema por parte de los profesionales que trabajan en la unidad a través de una encuesta.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de las notificaciones registradas hasta el año 2019 y análisis de los resultados de una encuesta de evaluación del SISNOT realizada entre los profesionales del servicio.

Resultados

Se ha obtenido un total de 160 notificaciones que han dado lugar a propuestas útiles que han mejorado el funcionamiento de la unidad. La valoración del sistema de notificación por parte de los profesionales ha sido variada, destacando el sentimiento de culpabilidad como primera causa por la que no se notifica.

Conclusiones

El SISNOT está cumpliendo una función muy importante de cara a mantener la seguridad del paciente y evoluciona progresivamente hacia una mayor toma de conciencia y participación por parte de los profesionales.

Palabras clave: Enfermería, Sistemas de notificación, SISNOT, Eventos adversos, Cuidados intensivos, Encuesta

ABSTRACT

Introduction

Recently, patient's safety has become increasingly important, as it significantly determines health care quality. This has led to the study of adverse effects, which are a prevalent threat in patient's care. Publications regarding this subject have fueled the development of notification systems, where adverse events are registered. Attending to the special interest that this issue has for nursing and intensive care units, where critical patients are treated, we have conducted a study of the notifications of incidents without harm in the Intensive Care Unit at the Complejo Asistencial Universitario de Palencia. In this Unit, a system for declaration of these incidents (Sistema de Notificación de Incidentes sin Daño, SISNOT) was introduced in 2012. The aim of this study was to quantify the reported incidents, their characteristics, and the professionals' valuation of the system.

Material and methods

A descriptive retrospective study of the SISNOT notifications registered until 2019 was conducted, and the results of a survey on the professionals' valuation of the system were analyzed.

Results

A total of 160 notifications were emitted, which have resulted in successful proposals to improve the Unit work. The professional's valuation system were heterogeneous, underlining the feeling of culpability as the first reason for not notifying.

Conclusions

The SISNOT accomplishes a very important function with regard to keep patient safety, and it's evolving towards a greater professionals' awareness and participation.

Key words: Nursing, Notification systems, SISNOT, Adverse events, Intensive care, Survey

1. INTRODUCCIÓN

Los pacientes críticos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) presentan una serie de alteraciones en el organismo que comprometen sus funciones vitales y por tanto también su vida. Estos pacientes requieren una vigilancia exhaustiva y unos cuidados constantes, como la monitorización de signos vitales o la vigilancia del volumen de líquidos, prestando especial atención al aparato respiratorio y circulatorio. Para llevar a cabo estas tareas, es necesario un buen equipo de profesionales sanitarios formados específicamente en el ámbito de los cuidados intensivos, que estén alerta continuamente y que sepan responder con rapidez ante los cambios que pueda sufrir el paciente. Además, se requiere instrumental de alta tecnología capaz de mantener al paciente y que puedan captar cualquier alteración en su estado.

Por otro lado, el sistema sanitario pretende alcanzar una óptima calidad asistencial, que fue definida por primera vez en 1973 por la American Society of Internal Medicine, y que defendía que "La asistencia médica de calidad incorpora un sistema científico para establecer e instaurar la terapia adecuada en la dirección diseñada, con la finalidad de satisfacer las necesidades del paciente".¹ La calidad asistencial debe atender a todos los aspectos que engloban al paciente como persona y por tanto su seguridad durante el cuidado y tratamiento.

La seguridad del paciente es por tanto una cuestión en la que es necesario hacer hincapié al referirse a la calidad asistencial, y va unida a la prevención y detección de los posibles eventos adversos, definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "*evento o circunstancia que ha ocasionado un daño innecesario a un paciente o podría haberlo hecho*"² que se pueden presentar durante todo el proceso asistencial.

Debido a la cultura de culpabilidad que se extiende internacionalmente entre los profesionales del ámbito sanitario, los eventos adversos nunca han recibido la suficiente atención que merecen,³ lo que es aún más preocupante teniendo en cuenta que los profesionales son considerados la segunda víctima.⁴ Este término fue introducido en el año 2000 por Wu⁵ y modificado por Scott et al⁶ que lo definían como "*Todo profesional sanitario que participa en un evento adverso, error médico o lesión inesperada relacionada con el paciente y se convierte en víctima en el sentido de que queda traumatizado por el suceso*".⁶ Por esta razón, se plantea la acogida de la

cultura de seguridad (CS) definida como “*Conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir, de manera que los individuos y la organización están comprometidos con la seguridad del paciente*”⁷

Fue en la segunda mitad del siglo XX cuando profesionales sanitarios comenzaron a mostrar interés por la repercusión que los eventos adversos pueden tener sobre el estado de los pacientes. El documento *To err is human*,⁸ publicado en el año 1999 por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, tuvo un gran impacto al dar a conocer la relevancia de los errores cometidos por los profesionales sobre la seguridad del paciente. Mostraba una nueva visión de los fallos humanos, desde una perspectiva que no implicaba culpabilidad.

En el año 2000 el departamento de salud de Reino Unido publicó “*An organisation with a memory*”,⁹ un informe que planteaba que en Reino Unido cada año el 10% de los pacientes se veían afectados por los eventos adversos ocurridos y, además, 400 personas fallecían o eran gravemente dañadas por la misma razón.

En 2005, el Estudio Nacional sobre los Eventos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS)¹⁰ la consideró un componente esencial de la calidad asistencial. En este estudio, la muestra fue de 1063 pacientes hospitalizados, de los cuales el 8,4% sufrieron eventos adversos, evitables en un 42,8% de los casos. De los 473 eventos adversos detectados, el 37,4% estuvieron relacionados con la medicación y el 31,4% aumentaban la estancia en el hospital.

Además de las publicaciones sobre eventos adversos en el ámbito hospitalario también se han realizado estudios sobre atención primaria. En 2007 se desarrolló el *Estudio de Efectos adversos en atención primaria (APEAS)*¹¹ llevado a cabo en 48 centros de salud del país durante dos semanas. El estudio detectó 1074 eventos adversos sobre una muestra de 96047 visitas, lo que supuso un 11,18% de incidencia.

Con todo ello, en el año 2013 se elaboró la norma UNE179003,¹² que establecía los requisitos necesarios para la buena gestión de los riesgos originados en la asistencia sanitaria.

Dentro del ámbito de los cuidados intensivos, el estudio SYREC¹³ (Seguridad Y Riesgo en el Enfermo Crítico), de incidentes y eventos adversos en medicina

intensiva, llevado a cabo en el año 2007 en el que participaron 79 UCIs de 16 comunidades autónomas del país, con una muestra de 1017 pacientes, dio a conocer que 591 de ellos habían presentado uno o más incidentes. Se consideró que los incidentes sin daño eran evitables en un 90% de las ocasiones y los eventos adversos en un 60%.

Por tanto, conociendo la envergadura del problema que suponen los eventos adversos, se han desarrollado los llamados Sistemas de Notificación, que constituyen una herramienta muy útil de mejora. Estos sistemas, distinguen entre incidente y evento adverso, existiendo lesión en este último caso, pero no en el primero³. Atendiendo a la gran cantidad de factores contribuyentes que participan en la aparición de los eventos adversos e incidentes, la “Joint Commission”, organización especializada para la mejora de la calidad y seguridad sanitarias en Estados Unidos, propuso que, en los sistemas de notificación, deberían ser objeto de estudio los factores humanos, de proceso, ambientales, de equipamiento, de gestión de la información, de liderazgo y de supervisión.¹⁴

En España, se planteó por primera vez la utilización de un sistema de notificación en 2007, y tras años de estudio, en 2010 el SiNASP (Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente)¹⁵ se implantó de manera progresiva en el país. Fue un proyecto creado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. En 2013 se publicó el primer informe que mostraba el resultado de las notificaciones registradas. Se analizaron un total de 2739 notificaciones, que se clasificaron según el tipo de incidente, descubriendo que el 27,7% estaban relacionados con la medicación, el 17,3% con la identificación del paciente y el 14,4% con la gestión organizativa y recursos.

Hoy en día se cuenta con múltiples aplicaciones que permiten la notificación de incidentes a nivel autonómico. En Castilla y León la aplicación utilizada es el llamado SISNOT (Sistema de Notificación de incidentes sin daño), que permite a los profesionales, de manera anónima, comunicar todos aquellos incidentes que se hayan producido sin llegar a provocar daño en el paciente.¹⁶ En el año 2012 esta aplicación se implantó en la UCI del Complejo Asistencial Universitario de Palencia (CAUPA).

El acceso para notificar está abierto a los profesionales del servicio de cualquier categoría, así como a los estudiantes en prácticas, pero cabe destacar la importancia

que tiene el papel de la enfermería. Las enfermeras se encuentran en una posición privilegiada a la hora de detectar los incidentes que puedan producirse en la unidad, ya que son las primeras encargadas de ejecutar los cuidados que los pacientes requieren. La constante presencia de las enfermeras en la UCI y la exhaustiva vigilancia que llevan a cabo, las dota de una gran capacidad para captar los incidentes ocurridos. Un equipo de enfermería bien formado adquirirá un papel muy importante en la mejora de la seguridad del paciente.

La enfermera responsable de cada paciente está presente en todas las actuaciones que se realizan sobre el mismo, siendo testigo de primer orden de los posibles “errores” del sistema sanitario que atentan contra su seguridad. De esta forma la enfermera puede ejercer el papel de líder en la seguridad del paciente.¹⁷

Sin embargo, no se conoce realmente el estado de opinión de los profesionales de enfermería y de otras categorías, sobre el sistema de notificación, sus ventajas e inconvenientes y su grado de implicación, con lo que poder valorar si dichos colectivos asumen la cultura de seguridad del paciente como algo intrínseco a su quehacer diario.²

2. JUSTIFICACIÓN

Tras varios años de utilización del SISNOT en la UCI del CAUPA, se considera de interés dar a conocer los incidentes notificados, tipos y profesionales que los comunican y las mejoras que se han llevado a cabo desde la introducción del sistema en la UCI del CAUPA.

Por otro lado, es también interesante conocer la valoración que hacen los profesionales del SISNOT, las dificultades que han encontrado a la hora de utilizar la aplicación y las medidas planteadas para mejorar su implicación en la seguridad del paciente.

3. HIPÓTESIS

La primera parte del estudio que se presenta tiene un diseño de tipo descriptivo, por lo que no se plantea formalmente una hipótesis,¹⁸ en el sentido de una predicción o explicación provisional entre dos o más variables, sino que es el propio análisis de la información quien podrá sugerir o generar hipótesis que deberán ser constatadas con otros diseños.¹⁹

La segunda parte del estudio, en la que se analizan los resultados de una encuesta realizada a profesionales, presenta una parte puramente descriptiva de las respuestas obtenidas, sin plantear por tanto hipótesis alguna, y por otro la realización de un análisis comparativo entre las respuestas de los profesionales de enfermería y las del resto de colectivos profesionales, con la hipótesis conceptual de que no existen diferencias entre las opiniones y valoraciones de dichos grupos.

4. OBJETIVOS

- Cuantificar las notificaciones de incidentes sin daño que se hayan comunicado en la UCI del CAUPA
- Describir las características de las notificaciones realizadas: categoría profesional, daño potencial y tipo de incidente
- Referir las medidas de mejora implantadas a partir de las notificaciones comunicadas
- Conocer la valoración de los profesionales en relación al sistema de notificación SISNOT

5. MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se llevó a cabo en dos fases. Una primera en la que se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de las notificaciones de incidentes registradas entre el año 2012 y el 2019, en el sistema de notificación SISNOT.

SISNOT es la aplicación de la Gerencia Regional de Salud (GRS) que permite notificar incidentes sin daño ocurridos en relación con la asistencia sanitaria. (Ver Anexo 1) Su objetivo es buscar circunstancias que estén provocando la aparición de problemas de seguridad y poner en marcha mejoras para evitar que se reproduzcan. En el proceso del sistema de notificación se siguen tres etapas:

1 - Notificación

2 - Gestión de las notificaciones

3 - Gestión de las mejoras

Los incidentes que se notifican se pueden incluir en alguna de las siguientes categorías: Cuidados, Diagnóstico y seguimiento clínico, Documentación clínica, Equipos/dispositivos y materiales, Identificación del paciente, Infraestructuras, Medicación, Nutrición, Productos sanguíneos y Pruebas diagnósticas/exploraciones complementarias. (Ver Anexo 1)

Los incidentes se han analizado en función de las siguientes variables: categoría profesional del notificante, daño potencial y tipo de incidente. Además del análisis de los incidentes se han descrito las mejoras que estos hayan supuesto.

Para esta primera fase se han recopilado las memorias del SISNOT en la UCI del CAUPA desde el año 2012 al 2019. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de las distintas variables estudiadas.

La segunda fase consistió en un análisis de los resultados de una encuesta de evaluación, de respuestas cerradas y abiertas que se llevó a cabo en el Servicio de Medicina Intensiva del CAUPA de octubre de 2019 a enero de 2020. Dicha encuesta no ha sido validada externamente. La población a la que se dirigió la encuesta estuvo formada por todo personal adscrito a dicho servicio que desempeñara su actividad en

la UCI del CAUPA. Las categorías profesionales a estudio fueron: Administrativo, Celador, Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), Enfermera y Médico, y las cuestiones planteadas se muestran en el Anexo 2.

Se generó una base de datos para realizar el análisis de las respuestas al cuestionario. Inicialmente se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables del estudio con distribución de frecuencias. Posteriormente se realizó un análisis comparativo mediante un proceso de análisis inferencial de las distintas respuestas de la encuesta en relación al tipo de profesional que respondió. Para ello, se utilizó el test de chi-cuadrado o el test de Fisher para las variables categóricas y el test de la t de Student para la comparación de variables continuas.

Cálculo del tamaño muestral:

Para conseguir una precisión del 3,00% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza asintótico Normal con corrección para poblaciones finitas al 95,00% bilateral, asumiendo que la proporción esperada es del 1,00% y que el tamaño total de la población es de 800, será necesario incluir 41 unidades experimentales de estudio.

El estudio fue evaluado por el Comité Ético de Investigación con medicamentos (CEIm) del Área de Salud de Palencia, emitiendo un dictamen favorable (Anexo 3)

6. RESULTADOS

6.1 RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE NOTIFICACIONES EN SISNOT

Se analizaron las memorias de los informes del SISNOT desde el año 2012 al año 2019. Para conocer la evolución del sistema se estudiaron los resultados por años. El número de notificaciones registradas fue bajo desde el año 2012 al 2016, donde se recogieron un total de 40. A partir del año 2017, las notificaciones aumentaron significativamente, siendo 15 en 2017, 39 en 2018 y 65 en 2019. Todo ello ha sumado un total de 160 notificaciones en ocho años. (Figura 1)

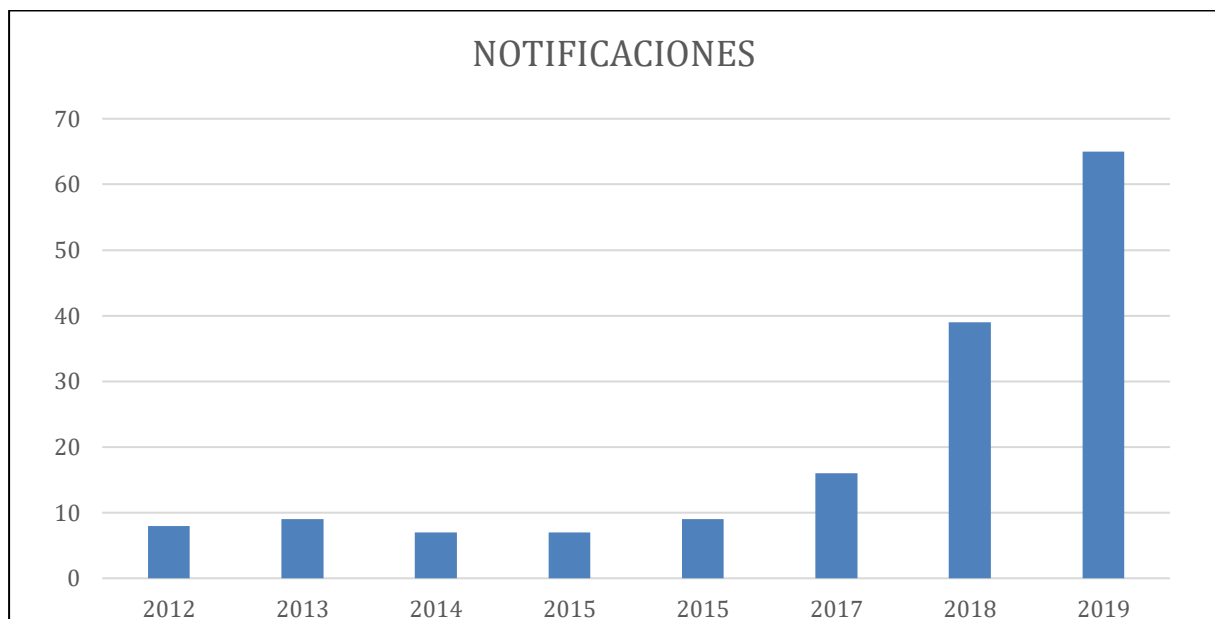


Figura 1.- Evolución del número de incidentes notificados por año

En todo este tiempo, los profesionales que más actividad demostraron a la hora de notificar incidentes sin daño fueron las enfermas (81 notificaciones), seguidas de los médicos (40) y los técnicos de laboratorio (27). (Figura 2)

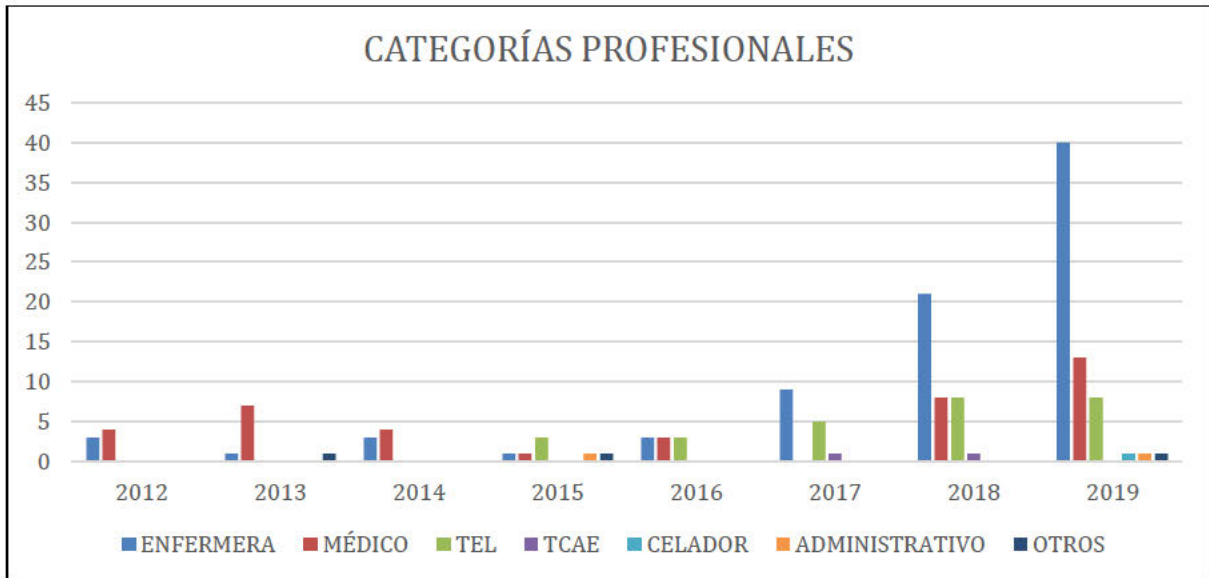


Figura 2.- Número de notificaciones por año y categorías profesionales

Según el daño potencial, se clasificaron los incidentes en: ninguno, leve, moderado y severo. Aquellos con un daño potencial moderado fueron los que se presentaron con más frecuencia (45), seguidos por los que no suponían ningún daño (34), los que tenían un daño potencial leve (33) y, por último, los menos frecuentes fueron aquellos que presentaban un daño potencial severo (21). Además, se cuantificaron 27 incidentes donde no se especificó el daño potencial.

Los incidentes se clasificaron también según su tipo dependiendo del aspecto de la atención sanitaria con la que se relacionaban. En el Anexo 4 se muestran ejemplos de los diferentes tipos de incidentes notificados en SISNOT.

Los resultados, en orden descendente de incidencia fueron: Incidentes relacionados con los cuidados (46), equipos, dispositivos y materiales (36), identificación del paciente (36), medicación (23), documentación (7), infraestructuras (4), pruebas diagnósticas (3), productos sanguíneos (2), cirugía-otros procedimientos (2), diagnóstico-seguimiento (1), nutrición (1), caídas (1). (Figura 3)

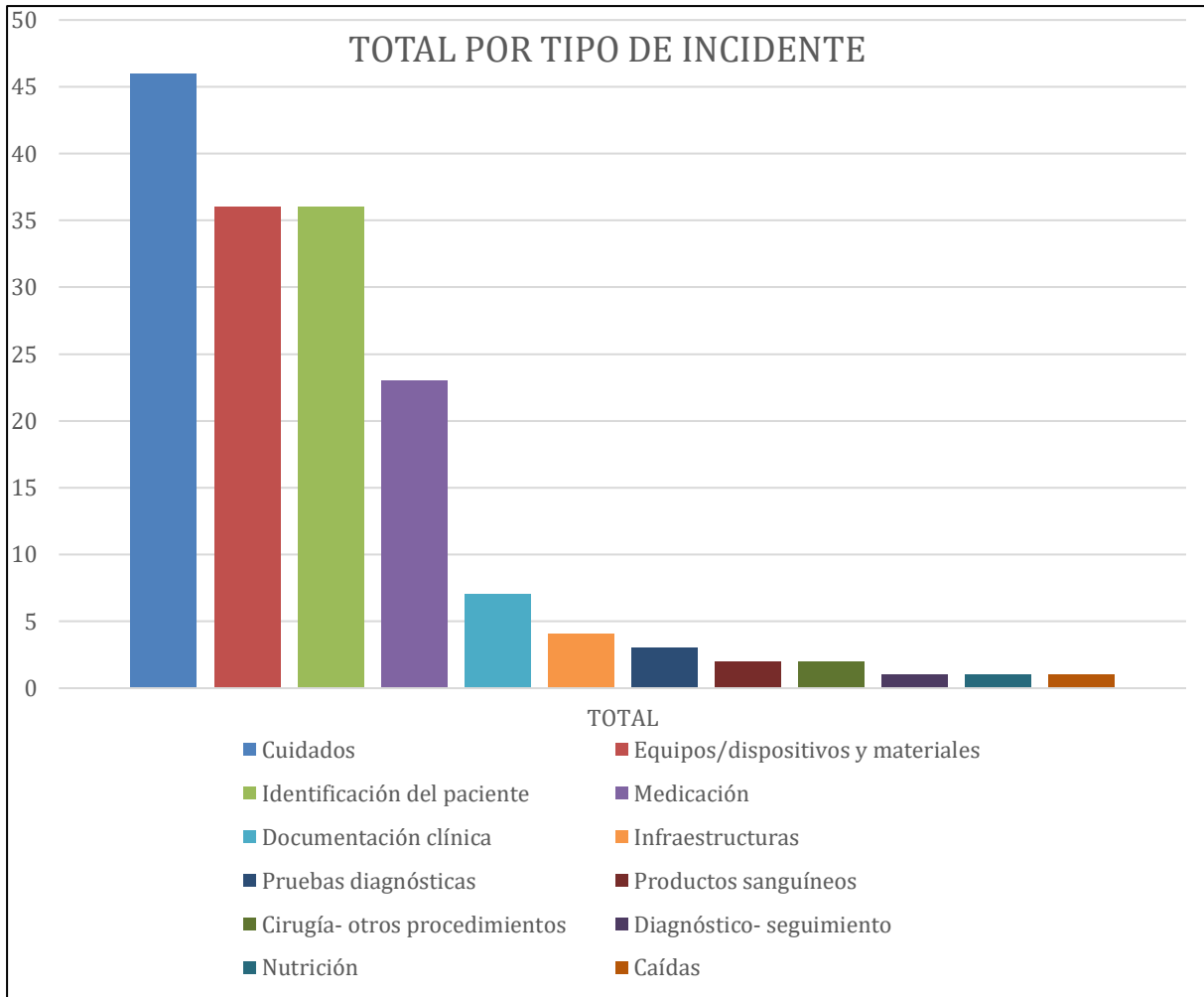


Figura 3.- Número de notificaciones totales por tipo de incidente

Los incidentes relacionados con los cuidados, que fueron los más notificados, se analizaron de forma independiente para conocer su evolución en el tiempo. Las notificaciones relacionadas con este tipo de incidentes aumentaron con el paso de los años desde el 2012 al 2019. (Figura 4)

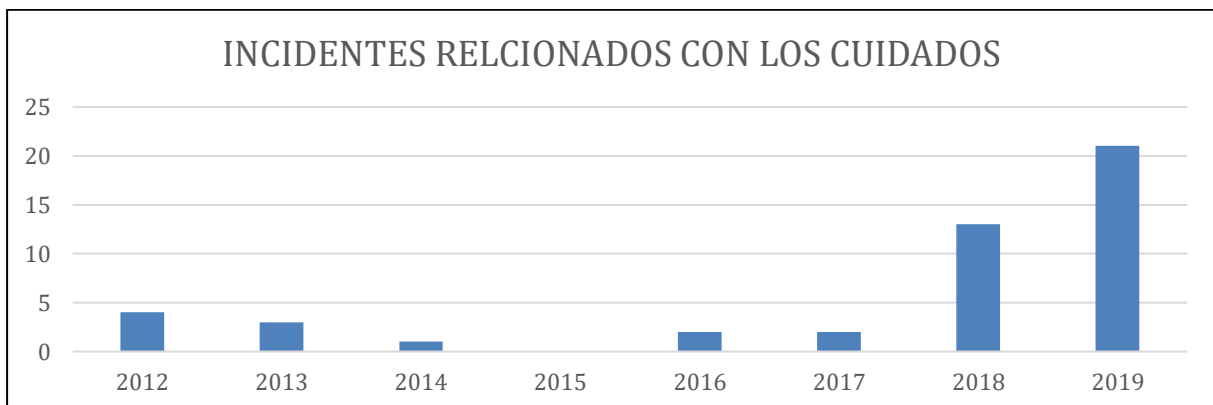


Figura 4: Evolución de los incidentes relacionados con los cuidados

Del año 2012 al 2019 se elaboraron un total de 15 medidas de mejora que se implantaron en la unidad. Se recogen en la Tabla1.

Tabla 1.- Mejoras introducidas en la unidad

Sesiones formativas e informativas
Listados de verificación del “Box vacío” y el “Box ocupado”
Escalas de sedación y dolor
Protocolo de acogida al nuevo trabajador.
Reparación y reposición de material
Comunicaciones al Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos
Recordatorios para identificación correcta de muestras
Comprobación de tratamientos
Fijación adecuada de tubo orotraqueal y catéter venoso central
Pautas para la limpieza y preparación de material
Instrucciones para la ropa de cama
Cuidados y mantenimiento del catéter de diálisis (Shaldon)
Indicaciones sobre mantenimiento de drenajes
Protocolo mantenimiento del cardiocompresor para RCP
Mensaje recordatorio en ventilador para recuperar parámetros respiratorios adecuados

6.2 RESULTADOS DE LA ENCUESTA REALIZADA A PROFESIONALES

Tras realizar la encuesta a los profesionales sobre la valoración del sistema de notificación de efectos adversos sin daño (SISNOT), se analizaron los datos para conocer los resultados. Se entregaron un total de 59 cuestionarios obteniéndose la respuesta finalmente de 41 participantes. La categoría profesional con más encuestas respondidas fue la de enfermeras (44,4 % de los participantes), seguida de TCAEs (25%), médicos (16,7 %) y por último celadores (13,9%). (Tabla2)

Tabla 2.- N° de profesionales por categorías a los que se entregó el cuestionario y los que fueron recogidos

Categoría profesional	Cuestionarios entregados n=59	Cuestionarios recogidos n=41
Médicos	8	6
Enfermeras	27	16
TCAE	17	9
Celadores	6	5
Administrativos	1	0
No especificado		5

Las respuestas a las preguntas cerradas se recogen en la tabla 3. Se presenta el número de respuestas afirmativas con su porcentaje sobre el total de respuestas válidas. De los participantes, el 95% conocían el sistema, mientras que el 5% restante lo ignoraban. En cuanto a la utilidad, el 46,3% lo consideraba útil, el 12,2% muy útil, el 17,1% poco útil; y el 24,4% restante se mostró indiferente.

Tabla 3.- Respuestas a las preguntas cerradas

Conoce SISNOT	38 (95%)
Considera necesario	28 (68,3%)
Conoce las mejoras introducidas tras el SISNOT	16 (47%)
Considera útiles las mejoras	12 (66,7%)
Sabe a quién dirigirse ante las dudas sobre el SISNOT	37 (92,5%)
Ha notificado en los últimos 12 meses	12 (29,3%)

Las razones por las que no se habían realizado notificaciones en los últimos 12 meses se presentan en la Tabla 4.

Tabla 4.- Respuestas sobre causas por las que no se notificó

Dudas sobre el anonimato	17,2%
Falta de tiempo	13,8%
Falta de formación	17,2%
Temor a represalias	6,9%
Sentimiento de culpa/acusación	44,8%
Dificultades del propio sistema	3,4%
Desconocimiento	13,8%

El 70,7% que no lo había realizado indicó las causas, siendo la más frecuente el sentimiento de culpa /acusación (44,8%), seguida de las dudas sobre el anonimato y la falta de formación (17,2% cada una), en tercer puesto se encuentran la falta de tiempo y el desconocimiento (13,8% cada una) y por último las causas menos frecuentes por las que no utilizaron el sistema es el temor a las represalias (6,9%) las dificultades del sistema (3,4%).

Además, dentro de un apartado de respuestas abiertas se registraron 4 contestaciones abiertas, donde se alegaron causas por las que no se había notificado en SISNOT:

- Habérselo comunicado a la gestora del SISNOT para que lo incluyese
- Inercia
- Delegación en otros profesionales
- Por notificar antes otra persona

Los 15 encuestados que sí habían realizado alguna notificación en el sistema, evaluaron de 1 a 5 diferentes parámetros propuestos para valorar la aplicación (Tabla 5),

Tabla 5.- Respuestas sobre valoración (de 1 a 5) del SISNOT.

Media \pm DE. n=15 (36,6%)

Accesibilidad	3,8\pm1,3
Procedimiento a seguir	3,2\pm1,5
Confidencialidad	3,6\pm1,6

El 47,1% de los participantes conocía alguna mejora que había proporcionado el SISNOT, indicando las siguientes:

1. Reparación de mobiliario, carteles.
2. Listado de verificación (Check-list) del cambio de turno.
3. Formato medicamentos, limpieza ruedas carros.
4. Listado verificación box, sesiones de sensibilización.
5. Verificación de analíticas, solicitud de modificación de viales potencialmente confusos.

A la pregunta abierta de por qué se consideran útiles estas mejoras, las respuestas fueron:

- Mejora de la dinámica de trabajo.
- Mejora del funcionamiento unidad y corrección de ciertas actuaciones.
- Mayor calidad asistencial y mejora de la seguridad del paciente.

La pregunta nº 7 trataba de conocer si los participantes sabían a quién debían dirigirse en caso de tener dudas sobre el funcionamiento del sistema. El 92,5% de los encuestados contestó que sabían a quién dirigirse.

En las dos últimas preguntas del cuestionario se ofrecía la oportunidad a los profesionales para exponer lo que considerasen útil para mejorar la participación en SISNOT así como todo aquello que libremente desearan añadir, de lo que se extrajeron las siguientes aportaciones:

-Modificar la aplicación, simplificando los pasos a seguir y garantizando aún más el anonimato al realizar una notificación.

-Realizar sesiones periódicas donde se facilite información sobre las notificaciones realizadas, se comuniquen las medidas de mejoras incluidas y se establezca a partir de ahí un feed-back entre gestores, responsables y resto de profesionales del servicio.

-Establecer líderes por cada colectivo que motiven y dinamicen al mismo.

-Ser selectivos a la hora de notificar, persiguiendo la eficacia.

-Incrementar la cultura de seguridad en el servicio eliminando los temores a la hora de notificar y fomentando la participación como herramienta útil para mejorar la atención que se presta a los pacientes.

El análisis estadístico comparativo relacionando las respuestas de los profesionales de enfermería con las del resto de profesionales, no mostró diferencias significativas salvo la valoración de la utilidad de las mejoras, considerándolas útiles el 37,5% de las enfermeras frente al 90 % del resto de los profesionales. ($p=0,034$) Tablas 6 y 7

Tabla 6.- Comparación de las respuestas entre profesionales de enfermería y resto de profesionales, en referencia a SISNOT

Pregunta	Enfermeras n=16	Resto profesionales n=25	SE (p)
Lo Conoce	16	22	0,354
Es Util/Muy Util	7	21	0,231
Necesario	9	19	0,283
Ha notificado	4	8	0,453
A quién dirigirse	14	23	0,348
Conoce mejoras	7	9	0,524
Considera Útiles mejoras	6	11	0,034

Tabla 7.- Comparación de las respuestas entre profesionales de enfermería y resto de profesionales en referencia a SISNOT. Motivos no notificación y valoración sistema

Pregunta	Enfermera n=16	Resto profesionales n=25	SE (p)
Desconocimiento	2	2	0,556
Dudas anonimato	4	1	0,078
Falta tiempo	2	2	0,556
Falta formación	2	3	0,671
Temor represalias	1	1	0,665
Sentimiento culpa	7	6	0,198
Dificultades sistema	1	0	0,414
Accesibilidad (1 a 5)	3,25±1,70	4,0±1,2	0,341
Procedimiento (1 a 5)	2,5±1,9	3,45±1,3	0,280
Confidencialidad (1 a 5)	3,5±1,9	3,64±1,6	0,782

7. DISCUSIÓN

La notificación de incidentes sin daño ha demostrado ser una herramienta útil para detectar errores frecuentes e implantar técnicas para frenarlos antes de que aparezcan eventos adversos que causen daño sobre el paciente. Gracias a la puesta en común de los incidentes que han tenido lugar en la UCI del CAUPA se han obtenido mejoras notables en la realización de ciertos procedimientos de la unidad.

El SISNOT cumple con las características requeridas para ser un sistema de notificación adecuado, que, según una adaptación de estudios anteriores, este debe ser: no punitivo, confidencial, independiente, analizado a tiempo por expertos, orientado a sistemas, procesos o productos y que ofrezca respuesta a las notificaciones. El anonimato, el fácil acceso, el análisis de las notificaciones y la implantación de mejoras destinadas a perfeccionar el funcionamiento de toda la unidad, demuestra que el SISNOT es un instrumento imprescindible y apropiado para manejar la seguridad del paciente.

En la UCI del CAUPA los incidentes sin daño más notificados entre el año 2012 y 2019 han sido aquellos relacionados con los cuidados. Los gráficos muestran un aumento significativo de este tipo de incidentes, simultáneo al aumento del número de notificaciones totales.

En un estudio realizado en 2015 en la UCI de traumatología del hospital 12 de Octubre²⁰ en el que también se analizaron las notificaciones registradas se observan claras diferencias con nuestros resultados, con una inversión en el orden de los tipos de incidentes más frecuentes. Los incidentes relacionados con la medicación ocupan el primer puesto mientras que aquellos relacionados con los cuidados enfermeros ocupan el quinto puesto, después de los incidentes relacionados con aquellos procedimientos específicos de la UCI de traumatología y con los aparatos y equipos. En los resultados de nuestro estudio, por el contrario, aquellos que encabezan la lista de los incidentes más frecuentes son los relacionados con los cuidados, ya que las enfermeras son las profesionales que más notifican y tienen una gran capacidad para identificar los problemas de seguridad en este ámbito que es específico de su profesión. Han demostrado un gran poder de autocrítica y autocorrección que las han diferenciado de otros grupos de profesionales. Los incidentes relacionados con la

medicación ocupan el cuarto puesto, después de los relacionados con la identificación del paciente y con los equipos, dispositivos y materiales. Estos últimos han coincidido prácticamente en ambos estudios, pues se sitúan entre los tres primeros tipos de incidentes notificados. Esto demuestra la persistencia del componente no humano a la hora de que ocurran los incidentes. De cualquier manera, la medicación, los cuidados y los equipos y materiales han supuesto un gran porcentaje de las notificaciones registradas, lo que parece indicar que son aspectos a los que prestar especial atención durante todo el proceso asistencial.

Atendiendo a la gravedad del daño potencial que presentan los incidentes también se han podido comparar los resultados obtenidos con los del estudio de Murillo-Pérez et al,²⁰ que en este caso analizó el daño ya causado por los eventos adversos. En los dos análisis se ha obtenido un porcentaje bajo de daño severo o muerte mientras que aquellos que presentaban un daño moderado han sido los incidentes más numerosos.

Aunque la comparación con este estudio de la comunidad de Madrid ha resultado útil debido a sus semejanzas y diferencias, se echa en falta un análisis sobre los resultados de las notificaciones de incidentes en otras UCIs del entorno en Castilla y León, y que sería interesante planificar en un futuro. Estudios sobre el funcionamiento del SISNOT en el entorno próximo a Palencia permitirían contextualizar mejor los resultados de este análisis y equiparar el funcionamiento del mismo sistema de notificación en diferentes áreas.

En cuanto a las mejoras propuestas, han resultado ser de calidad, están en funcionamiento, y abarcan una amplia variedad de medidas. Cabe destacar que varias de las medidas implementadas como los listados de verificación, la implantación de escalas o creación de procedimientos y protocolos, son medidas aconsejadas con evidencia científica, como refieren otros autores.^{3,21} Sin embargo conseguir evidencia científica, mediante estudios específicos en el ámbito sanitario, de muchas medidas encaminadas a mejorar la seguridad del paciente, no debería ser siempre indispensable para su aplicación práctica, pudiendo basarse en experiencias de éxito o de su aplicación en otros entornos no sanitarios, si se demuestran prácticas y de escaso riesgo.²²

Otras mejoras persiguen adaptarse a dicha evidencia científica, o a las recomendaciones de sociedades científicas, guías clínicas, protocolos y procedimientos ya existentes, como es el caso de los protocolos de acogida al nuevo trabajador, comunicación al Instituto para el Uso Seguro del Medicamento, o los Cuidados y mantenimiento de catéteres y drenajes, entre otras. Finalmente, otras medidas adaptadas a la forma de trabajar en el servicio son introducidas con el ánimo de mejorar la sistemática de trabajo, como pueden ser las pautas para la limpieza y preparación del material, el protocolo de mantenimiento del cardiocompresor para resucitación cardiopulmonar o las instrucciones para la ropa de cama, por ejemplo. Todas ellas en conjunto pretenden mejorar la calidad y la seguridad de la atención que se presta a los pacientes en el Servicio de Medicina Intensiva del CAUPA.

Mejorar la implantación y desarrollo de una herramienta como el SISNOT, precisa conocer la opinión de los profesionales que pueden utilizarla. En nuestro estudio se llevó a cabo a través de un cuestionario. Respecto a los resultados del mismo, ya de inicio, no deja de ser llamativo que, de las personas encuestadas, sólo el 29,3% hubieran notificado en SISNOT, cuando la mayoría de los profesionales sanitarios han estado presentes en algún error cometido por ellos mismos o sus compañeros. Siendo conscientes de ello, los profesionales suelen optar por aprender de sus propios errores sin compartirlo con los compañeros. Esto coincide con la observación realizada por Edmonson et al²³ en un estudio en el que encontraron que el 93% de las enfermeras preferían reservar sus errores para su propio aprendizaje y solamente el 7% fueron comunicados para el aprendizaje colectivo del equipo asistencial. No obstante, se ha apreciado un incremento en las notificaciones con el paso de los años, lo que parece indicar un aumento en la toma de conciencia de la importancia que tiene la seguridad del paciente, que hasta ahora había pasado desapercibida³ y sin embargo parece ir encaminándose hacia la implantación de una nueva cultura de seguridad.⁷

Es destacable que la causa más frecuente por la que no notificaron los profesionales fue el sentimiento de culpa o acusación, lo que reafirma la necesidad de sustituir la cultura de culpabilidad por una de seguridad. Por ello, el estudio "To err is human"⁸ se convirtió en una buena herramienta para tratar de frenar esta situación, mostrando una perspectiva más humana.

Las barreras presentadas a la hora de notificar que han sido expresadas en las encuestas, como la falta de tiempo y formación, el sentimiento de culpa o la falta de percepción del beneficio, coinciden en parte con aquellas señaladas por Bañeres et al³ en su estudio sobre sistemas de notificación. Se ha dado el mismo caso con las propuestas para mejorar la participación en SISNOT, los profesionales mencionaron la necesidad de simplificar el proceso de notificación, realizar sesiones de información sobre las notificaciones realizadas (feed-back), establecer líderes e incrementar la cultura de seguridad para eliminar temores.³

Por otro lado, el hecho de notificar incidentes que no han llegado a causar daño en el paciente presenta la ventaja de poder estudiarlos desde un punto de vista preventivo, evitando que se produzcan en el futuro. Los incidentes sin daño se presentan con más frecuencia y son de utilidad para el aprendizaje, al seguir la misma secuencia que siguen los eventos adversos que sí ocasionan daño al paciente, y que finalmente son los que se deben evitar.

Otros estudios comparados muestran la dificultad añadida al proceso asistencial cuando el daño ya se ha producido. Una de las barreras más difíciles de traspasar es la comunicación de los errores al paciente o la familia. Martin-Delgado⁴, estudia esta barrera que los profesionales refieren encontrar a la hora de comunicar los eventos adversos, destacando la falta de formación recibida para hacer frente a esta situación. Sólo el 35,9% de los médicos y enfermeras consideran que el paciente es informado de manera adecuada tras un evento adverso, y el 17,4% y el 19,1% respectivamente han recibido formación específica, lo que supone un porcentaje muy bajo. Este proceso de comunicación de errores podría implementarse en fases posteriores a la que actualmente se encuentra la UCI del CAUPA en el manejo de los incidentes y eventos adversos.

La mayoría de los profesionales sanitarios han estado presentes en un evento adverso, pero admiten la dificultad que encuentran al expresarlo. Son la segunda víctima de lo sucedido,⁴ correspondiendo a la definición mencionada anteriormente de *“Todo profesional sanitario que participa en un evento adverso, error médico o lesión inesperada relacionada con el paciente, se convierte en víctima en el sentido que queda traumatizado por el suceso”*.⁶

Al considerar la valoración de los profesionales sobre el sistema, se ha observado que, a la hora de evaluar la utilidad de las mejoras, las profesionales de enfermería se han pronunciado de una manera más exigente que los demás profesionales. Como se ha mencionado con anterioridad, este grupo profesional ha adquirido el papel de líder a la hora de velar por la seguridad del paciente. Para ello, las enfermeras deberían desarrollar una serie de cualidades que les permita gestionar el liderazgo de manera apropiada. Estas cualidades las recogen Ruiz y Carrasco¹⁷ destacando la estabilidad emocional, la amabilidad y benevolencia, la capacidad de reconocer las propias limitaciones, la integridad y búsqueda de justicia en sus actuaciones, la capacidad de delegar e implicar a los profesionales en la toma de decisiones y la coherencia entre sus palabras y acciones. Estas cualidades junto con la facilidad de comunicación, la capacidad de planificación, anticipación y prevención de situaciones y de actuar siempre de acuerdo con los principios de justicia y equidad, harían de las enfermeras unas buenas líderes en materia de seguridad del paciente. Además, las enfermeras son las profesionales que más tiempo invierten “a pie de cama”, lo que las convierte en las mejores testigos para captar todo lo que incide sobre el paciente, aunque por otro lado también las convierte en las profesionales más expuestas a la hora de protagonizar posibles eventos adversos o incidentes sobre el paciente. En este sentido la valoración de las enfermeras en la encuesta de las mejoras propuestas tras el análisis de las notificaciones del SISNOT, podría deberse a distintos factores como, la resistencia a la modificación de la manera de trabajar, el espíritu crítico con su propio estilo de trabajo, por encima de otros colectivos, o en definitiva porque los cambios propuestos iban dirigidos y repercutían fundamentalmente sobre el colectivo de enfermería y no sobre otros profesionales.

Por todo ello, la opinión de las enfermeras presenta una perspectiva muy válida desde la que replantearse los errores que pueda presentar el proceso de notificación de incidentes sin daño.

La utilización del SISNOT está siguiendo un buen curso en su desarrollo como herramienta para la seguridad del paciente. No se queda atrás al compararlo con otros estudios relacionados con el tema. Aún con las debilidades que se presentan en algunos aspectos, típicas de cualquier procedimiento novedoso, sigue una dinámica

en constante evolución hacia la toma de conciencia y el aumento de la participación por parte de los profesionales.

La notificación de incidentes sin daño en SISNOT podría clasificarse de esencial para preservar la seguridad del paciente y cobra una importancia relevante en las unidades de pacientes críticos. Se han presentado los incidentes desde un plano diferente al que se suele hacer y se ha demostrado que constituyen el primer eslabón de una cadena de aprendizaje y prevención imprescindible para alcanzar la máxima seguridad del paciente.

Limitaciones del estudio

Como limitaciones del estudio debemos destacar el sesgo en la distribución y número de notificaciones, al haberse producido unas diferencias importantes en el número de las mismas entre los primeros años y los últimos analizados.

Por otro, la encuesta estuvo realizada a través de un cuestionario de elaboración propia y no validado..

8. CONCLUSIONES

La notificación de incidentes se ha ido incrementando en el tiempo a lo largo de los últimos años, hasta recoger 160 notificaciones. Las más frecuentes han sido aquellas relacionadas con los cuidados, seguidas de las relacionadas con equipos, dispositivos y materiales, identificación del paciente y medicación. El análisis permite objetivar a qué aspectos de la asistencia hospitalaria es preciso prestar especial atención.

Las profesionales más participativas han sido las enfermeras, debido muy probablemente al mayor grado de concienciación como colectivo profesional, de la importancia de realizar las correspondientes notificaciones en SISNOT ante la presencia de incidentes sobre la seguridad de los pacientes.

Las medidas implantadas en la UCI del CAUPA hacen que esta unidad esté buscando mejorar cada día la calidad asistencial y apostando por la seguridad de los pacientes hospitalizados. Un gran porcentaje de los profesionales de esta unidad consideran útil el SISNOT, pero aún está muy presente el sentimiento de culpa a la hora de notificar.

Si la participación de los profesionales en la notificación de incidentes sin daño se sigue desarrollando como en los últimos años, de manera positiva, se profundizará y extenderá una cultura de trabajo que priorizará garantizar la seguridad del paciente.

9. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Negre Nogueras P. Gestión de la calidad en los servicios asistenciales. Fundamentos de la calidad asistencial, 2ª ed. Barcelona: Comtec Quality; 2015 [Consultado 5/3/2020]. Disponible en: <http://comtecquality.com/pdfs/la-gestion-de-la-calidad-en-los-servicios-asistenciales-fundamentos-de-la-calidad-asistencial.pdf>
- 2.- Palacio Lapuente F. La seguridad del paciente: un problema importante y actual. CS Ondarreta Comarca Ekialde Donostia. AMF [Revista en internet]. 2011;7:496-503.
- 3.- Bañeres J, Orrego C, Suñol R, Ureña V; Los sistemas de riesgo y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. Rev Calid Asist. 2005;20:216-222
- 4.- Martín Delgado MC. Seguridad del paciente en Medicina Intensiva. Aspectos bioéticos. Rev de Bioética y Derecho. Perspectivas bioéticas 2020;48:61-69/71-79
- 5.- Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too BMJ. 2000; 320(7237):726-727
- 6.- Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcareprovider “second victim” after adverse patient events. Qual Saf Health Care. 2009;18:325-330
- 7.- Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Rev. Med. Clin Condes 2017;28:785-795
- 8.- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: Building a safer Health System. National Academy Press, Institute of Medicine; 1999
- 9.- Donaldson L. An organisation with a memory. Clin Med (Lond). 2002;2:452-457

- 10.- Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Murillo J, Ruiz-López P, Limón-Ramírez R, Terol-García E; ENEAS work group. Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events. J Epidemiol Community Health. 2008;62:1022-1029

- 11.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [Consultado 5/3/2020]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2008/APEAS.pdf>

- 12.- AENOR. Norma UNE 179003. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente. (2013)

- 13.- Merino P, Álvarez J, Cruz Martín M, Alonso A, Gutiérrez I, SYREC Study Investigators. Adverse events in Spanish intensive care units: The SYREC study. Int J Qual Health Care 2012;24:105-103

- 14.- O'Leary D. Accreditation's role in reducing medical errors. BMJ. 2000;320:727-728.

- 15.- Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente (SiNASP). Primer informe de incidentes de seguridad notificados al sistema año 2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad; 2015.

- 16.- Pérez-Boillos M, Alcalde-Martín M, García-Palomar I, González-Pastrana J, Montero-Alonso M, García-Espinosa P. Sistema de notificación de incidentes sin daño en el sistema de salud de Castilla y León. Revista ORL [Internet]. 2020;8:17-21. Disponible en: <http://revistas.usal.es/index.php/2444-7986/article/view/15423>

- 17.- Ruiz López P, Carrasco González I. Liderazgo en la seguridad del paciente. Rev Calid Asist 2010;25:5-57.

18.- Argimon JM, Jiménez-Villa J. Métodos de investigación. Clínica y epidemiológica. 2 ed.Barcelona: Harcourt, 2000: 232-233.

19.- Icart Isern MT, Canela SJ. El uso de hipótesis en la investigación científica. Aten Primaria 1998;21:172-8.

20.- Murillo-Pérez M.A, García-Iglesias M, Palomino-Sánchez I, Cano Ruiz G, Cuenca Solanas M, Alted López E. Análisis de registro de un sistema de notificación de incidentes en una unidad de cuidados críticos. Enferm Intensiva 2016;27:112-119

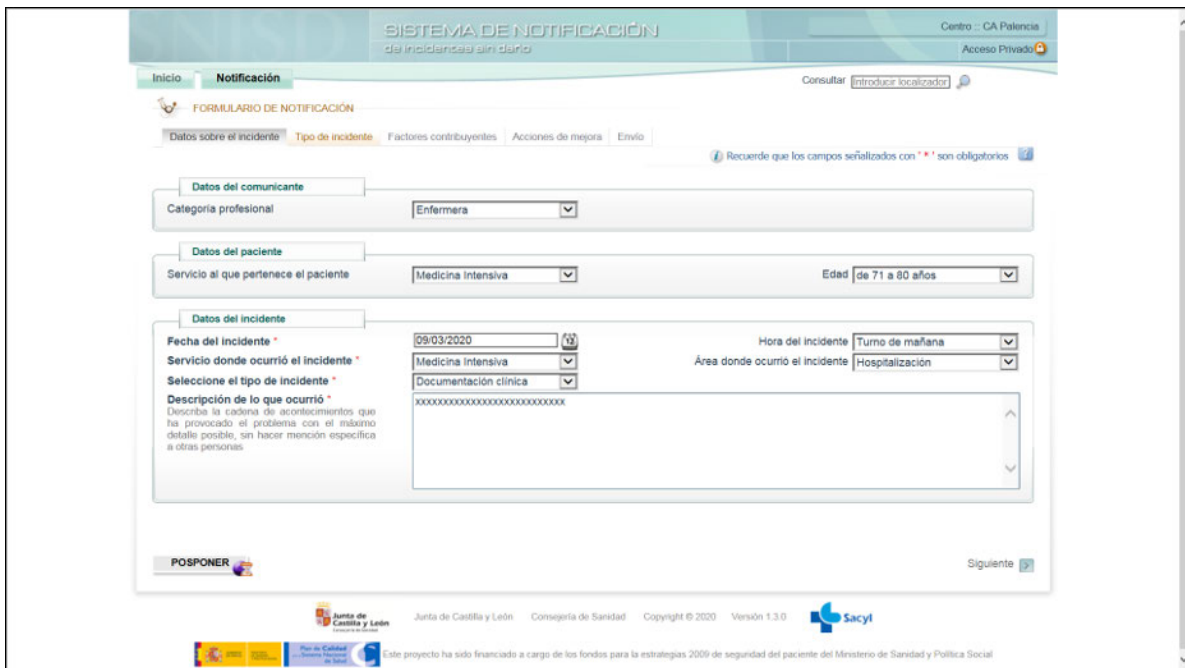
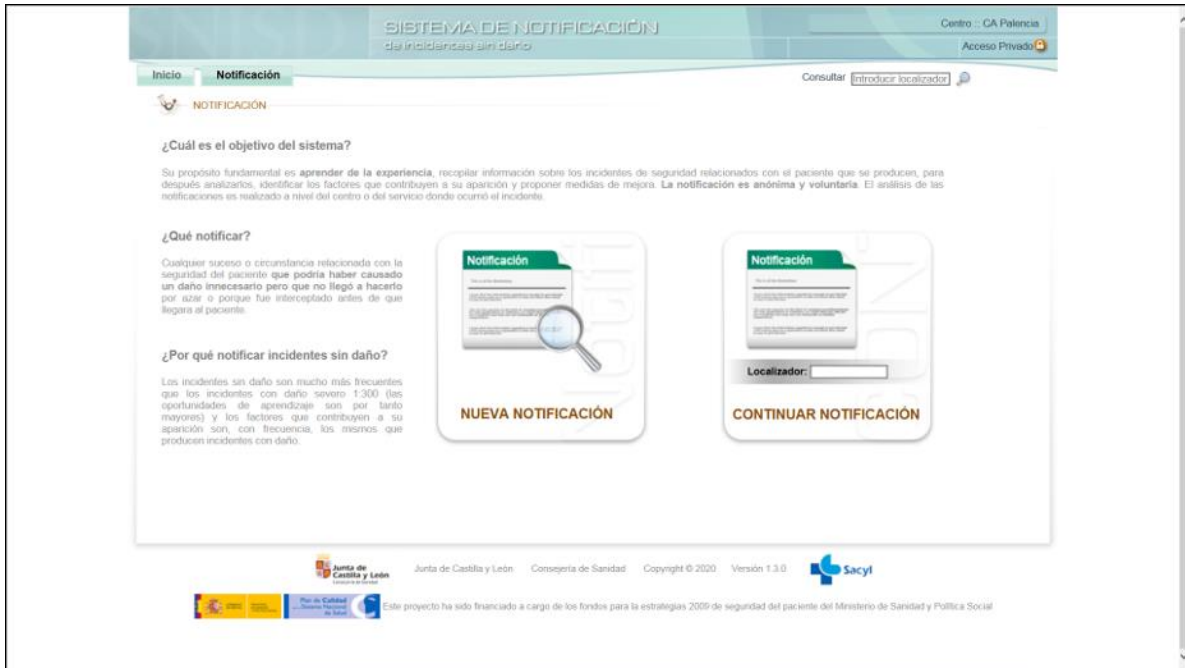
21.- Shojanian KG, Duncan BW, McDonald KM, Wachter RM. Safe but sound. Patient safety meets evidence-based medicine. JAMA 2002;288:508-513

22.- Leape LL, Berwick DM, Bates DW. What practices will most improve safety? Evidence-based medicine meets patient safety. JAMA 2002;288:501-507

23.- Edmonson AC. Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers. Qual Saf Health Care 2004;13:3-9

10. ANEXOS

Anexo 1: Proceso de notificación en la aplicación SISNOT



Funcionamiento SISNOT:

SISNOT es la aplicación de la Gerencia Regional de Salud (GRS) que permite notificar incidentes sin daño ocurridos en relación con la asistencia sanitaria. Su objetivo es buscar circunstancias que están provocando la aparición de problemas de seguridad y poner en marcha mejoras para evitar que se reproduzcan.

Existen cuatro perfiles de usuarios de SISNOT:

-NOTIFICANTE: es el profesional que crea la notificación.

-GESTOR SERVICIO HOSPITALARIO, UNIDAD O CENTRO DE SALUD: es quien gestiona las notificaciones que suceden en su servicio hospitalario, unidad o centro de salud.

-GESTOR UFGR (Unidad Funcional de Gestión de Riesgos): gestiona las incidencias de la gerencia que no son gestionadas por los gestores, porque no haya en esa unidad o porque sobrepasen sus competencias.

-GESTOR BUENAS PRÁCTICAS: Ubicado en la Gerencia Regional de Salud, sólo recibe las notificaciones enviadas por los gestores al banco de buenas prácticas,

que son aquellas mejoras que puedan beneficiar a otros profesionales ya que son aplicables en su práctica diaria.

Se diferencian tres etapas en todo el proceso del sistema de notificación:

- 1º- Notificación,
- 2º- Gestión de las notificaciones y
- 3º- Gestión de las mejoras.

1º- NOTIFICACIÓN: Puede ser realizada por cualquier profesional (médico, enfermera, matrona, fisioterapeuta, TCAE, farmacéutico, técnico de laboratorio, de rayos, de anatomía patológica, administrativo, celador, técnicos de transporte, estudiante...) de forma voluntaria, anónima y a través de un ordenador perteneciente al Servicio de Salud de Castilla y León.

Al acceder a la aplicación se pueden ver cinco pestañas (DATOS SOBRE EL INCIDENTE, TIPO DE INCIDENTE, FACTORES CONTRIBUYENTES, ACCIONES DE MEJORA Y ENVIO) correspondientes a las pantallas que habría que cumplimentar para realizar una notificación completa.

En la primera pantalla, DATOS SOBRE EL INCIDENTE, el notificante debe al menos cumplimentar cuatro campos obligatorios para poder realizar una notificación: Fecha del incidente, Servicio donde ocurrió el incidente, Tipo de incidente y Descripción de lo que ocurrió. Una vez cumplimentados estos cuatro campos, es posible avanzar en la app hasta llegar a la quinta y última pantalla desde donde se realiza el envío de la notificación.

Para realizar una notificación más pormenorizada, el notificante puede avanzar por las otras cuatro pantallas que ofrece la aplicación. La siguiente corresponde a TIPO DE INCIDENTE donde se puede seleccionar uno de estos tipos: Cuidados, Diagnóstico y seguimiento clínico, Documentación clínica, Equipos/dispositivos y materiales, Identificación del paciente, Infraestructuras, Medicación, Nutrición, Productos sanguíneos y Pruebas diagnósticas/exploraciones complementarias. Según el tipo de incidente seleccionado, las características a completar son diferentes.

Avanzando en la app aparece la pestaña FACTORES CONTRIBUYENTES, donde se pueden marcar los diferentes factores que contribuyeron o estuvieron relacionados con el incidente, hasta un máximo de catorce: Relacionados con el paciente, Protocolos y tareas, Comunicación entre profesionales, Información sobre el paciente, Trabajo en equipo, Formación/aprendizaje, Equipos y dispositivos, Fármacos, Recursos humanos, Factores ambientales, Situación de emergencia / imprevisto, Información a los pacientes, Factores individuales de los profesionales, otros. En función de los tipos de factores contribuyentes marcados, aparecerá en la pantalla siguiente cuadros de texto libre para describir los diferentes factores. Todos los detalles que se puedan aportar orientarán sobre las posibles mejoras a realizar.

La siguiente pestaña que ofrece el proceso de notificación es el de ACCIONES DE MEJORA, donde el notificante puede introducir las barreras (lo que evitó que el incidente llegara al paciente o que produjera daño), las mejoras (cómo se podría evitar incidentes en el futuro) y el daño potencial que se hubiese producido en caso de haber ocurrido el incidente.

La última pestaña a la que puede acceder el notificante es ENVÍO, donde aparece un resumen de todos los datos introducidos, siendo posible retroceder a los campos anteriores si se deseara modificar el contenido de alguna de las pantallas. Finalmente, seleccionando “ENVIAR” se concluye la notificación.

2º- GESTIÓN DE NOTIFICACIONES: Realizado por los gestores de cada servicio, unidad o centro de salud accediendo desde la pantalla de inicio (“Acceso privado”) con su usuario y contraseña personales como gestores. Éstos deben revisar frecuentemente las notificaciones recibidas. Los siguientes pasos a dar por los gestores pueden ser: analizar, derivar y/o compartir la notificación y proponer mejoras.

En el ANÁLISIS se pretende descubrir qué, cómo, dónde y por qué se produce el incidente sin daño y cómo se puede evitar. Esta forma de abordar el análisis se conoce como “Enfoque a Sistema”, que defiende que los eventos no están sólo ligados al individuo, sino también al sistema en el que trabaja. No buscar quién, si no por qué.

El gestor puede *DERIVAR / COMPARTIR* la notificación por diversos motivos a tres posibles destinos:

- la UFGR cuando la notificación supere las posibilidades de abordaje dentro del servicio,
- al servicio con competencias sobre el tema, por ejemplo, a Farmacia, Medicina Preventiva, etc. según las características del incidente,
- al servicio al que pertenece el paciente, si se trata de un paciente ectópico.

3º- *GESTIÓN DE LAS MEJORAS*: Una vez analizada la incidencia por el gestor, éste puede PROPONER MEJORAS que se implementarán con el fin de evitar en lo sucesivo los incidentes que las generaron y para garantizar esto es fundamental que exista una retroalimentación de la información dentro del servicio, unidad o centro de salud. Éste es uno de los puntos clave para el éxito del sistema de notificación. Para ello se recomienda establecer un calendario periódico de reuniones para todo el personal donde los gestores presentarán los incidentes notificados en los últimos meses, sus características, y las mejoras propuestas. En estas sesiones los profesionales podrán expresar la valoración que hacen de las medidas planteadas y se consensuará la mejor forma de llevarlas a cabo. Todo ello como medio para garantizar la implicación de los profesionales en la seguridad del paciente y en la consecución de los objetivos del sistema de notificación. Además, si se considera que la mejora propuesta puede ser de utilidad a otros servicios pertenecientes a la GRS, es posible compartirla a través del Banco de Buenas Prácticas, donde será valorada y gestionada por el gestor de buenas prácticas.

Para hacer efectivas las mejoras se debe desarrollar un plan que consta de cuatro etapas:

- Etapa 1: Definir la acción de mejora y priorizarla con los responsables del servicio o con los servicios implicados y la dirección del centro, si fuera preciso.
- Etapa 2: Planificar la mejora, definir sus responsables, el tiempo necesario para realizarla, así como comunicar a la unidad o unidades implicadas.
- Etapa 3: Implantar y hacer seguimiento de su grado de implantación y eficacia, evaluando su efectividad.
- Etapa 4: Cierre de la mejora.

ANEXO 2: Cuestionario realizado por los profesionales participantes

<u>CUESTIONARIO SISNOT</u>		
1 - Categoría profesional (opcional):		
<input type="checkbox"/> Médico o residente	<input type="checkbox"/> T.C.A.E.	<input type="checkbox"/> Administrativo
<input type="checkbox"/> Enfermera	<input type="checkbox"/> Celador	
2 - ¿Conoces el Sistema de Notificación de Incidentes sin Daño del SACYL (SISNOT)? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
3 - Valora el SISNOT en tu lugar de trabajo:		
<input type="checkbox"/> Muy útil.	<input type="checkbox"/> Poco útil.	<input type="checkbox"/> Indiferente.
<input type="checkbox"/> Útil.	<input type="checkbox"/> Nada útil.	
4 - ¿Consideras necesario un Sistema de Incidentes sin Daño en tu servicio?		
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC
5 - ¿Has realizado alguna notificación en SISNOT en los últimos 12 meses?		
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
→ Si tu respuesta, es NO, indica el motivo (puedes señalar varios):		
<input type="checkbox"/> Desconocimiento.	<input type="checkbox"/> Dudas sobre el anonimato.	<input type="checkbox"/> Falta de tiempo.
<input type="checkbox"/> Falta de formación.	<input type="checkbox"/> Temor a represalias.	<input type="checkbox"/> Sentimiento de culpa/acusación.
<input type="checkbox"/> Dificultades planteadas por el propio sistema al notificar.		
<input type="checkbox"/> Otras (especificar).....		
→ Si tu respuesta es SI, valora de 1 a 5 (siendo "1" la puntuación de menor valor y "5" la de mayor valor):		
• la accesibilidad a SISNOT a la hora de notificar:		
• el procedimiento a seguir para notificar:.....		
• la confidencialidad de las notificaciones:.....		
6 - ¿Conoces alguna mejora incluida en el Servicio de Medicina Intensiva del CAUPA, tras notificaciones en SISNOT?		
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
¿Podrías señalar alguna? :.....		
¿Considera útiles estas mejoras? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ALGUNA <input type="checkbox"/>		
¿Por qué?.....		
7 - ¿Sabes a quién dirigirte ante las dudas sobre el SISNOT? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
8 - ¿Qué medidas consideras apropiadas para mejorar la participación en el SISNOT?		
.....		
9 - Si deseas añadir algo (sugerencia, opinión, queja,...), puedes hacerlo en este espacio:		

ANEXO 3: Documento de evaluación CEIm del Área de Salud de Palencia



La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), como autoridad nacional competente en la autorización de los ensayos clínicos, propone una serie de recomendaciones de aplicación excepcional durante el periodo que dure la crisis de COVID-19 en España.

En base a estas directrices el CEIm de Palencia ha acordado que durante este periodo las evaluaciones se realizarán por los miembros de la Comisión permanente quienes por mayoría emitirán el dictamen correspondiente. que tendrá validez plena, y se recogerá en el acta de la primera reunión presencial del Comité.

MERCEDES IRIBARREN TORRES, COMO SECRETARIA TÉCNICA DEL COMITÉ de ÉTICA EN INVESTIGACIÓN con MEDICAMENTOS DEL AREA DE SALUD DE PALENCIA,

CERTIFICA

Que el Comité Permanente ha evaluado la propuesta de **Trabajo Fin de Grado** de Dña. Julia Cano Pérez, [REDACTED] [REDACTED] estudiante de 4º Curso de Enfermería de la E.U.E. de Palencia, tutorizado por el Dr. Juan B. López Messa del Complejo Asistencial Universitario de Palencia, titulado:

“Seguridad del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos.

Notificación de incidentes sin daño”

y considera que:

- 1.- Su realización es pertinente. Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del proyecto en relación con los objetivos del estudio.
- 2.- La previsión para obtener la información, participación y el plan de reclutamiento previsto sobre los sujetos son adecuados. No hay intervención terapéutica alguna sobre éstos.
- 3.- En todo caso, el estudiante y sus colaboradores se comprometen a salvaguardar los requisitos que la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos de Carácter Personal y garantía de los derecho digitales establece, así como a garantizar los derechos que formula la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Por todo lo cual, este CEIM emite un **DICTAMEN FAVORABLE** para que se lleve a cabo en el ámbito propuesto en la documentación presentada.



Lo que se firma en Palencia, a 22 de abril de 2020



Fdo.: Mercedes Iribarren Torres, PhD.
Secretaria Técnica del CEIM Área Salud de Palencia

Nº registro: 2020/008

ANEXO 4: Notificaciones realizadas en SISNOT según tipo de incidente

CUIDADOS:

- Fijación incorrecta de distintos dispositivos (catéter venoso central, catéter arterial, tubo orotraqueal, sondas, drenajes, electroceter de marcapasos,...).
- Movilización incorrecta de pacientes con alto riesgo de desinserción de los dispositivos que porta.
- Dotación incompleta del box de uvi (falta de material, medicación de urgencia, funcionamiento correcto de las diferentes conexiones,...).
- Montaje incorrecto de la grúa para movilizar al paciente.
- Drenajes quirúrgicos sin vacío.
- Colchón antiescaras mal programado (alternancia y peso).
- Mantenimiento inadecuado del catéter de hemodiálisis.
- Ingesta precoz en paciente recientemente extubado.
- Discordancia entre la prescripción y la administración de fármacos, sueroterapia, o dieta.
- Anulación de determinadas alarmas en la monitorización central de los pacientes.
- Lesiones cutáneas por la ropa de cama.

EQUIPOS, DISPOSITIVOS Y MATERIALES:

- Contenido incorrecto de las cajas de material quirúrgico (faltan o sobran piezas, falta testigo de esterilización,)
- Montaje incorrecto de válvula de expiración del respirador de transporte.
- Mal rodaje de las ruedas del carro del desfibrilador y del carro del material de inserción de vías venosas centrales.
- Sistema de bomba de perfusión defectuoso.

-Sonda nasogastroduodenal perforada a la altura de las fosas nasales.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

-Identificación incorrectas de muestras enviadas al laboratorio: sin identificar o con identificación incorrecta.

-Doble identificación en paciente que acude a nuestro servicio (portaba dos pulseras identificativas diferentes).

MEDICACIÓN:

-Fármacos diferentes con presentación isoaparente que favorecen la confusión.

-Suministro por parte del servicio de Farmacia de medicación diferente a la solicitada.

-Intercambio de la medicación de dos pacientes.

-Colocación incorrecta de la medicación en la farmacia de la unidad.

-Preparación de medicación diferente a la prescrita.

-Tratamiento incompleto del paciente.

-Órdenes médicas no escritas en la hoja de tratamiento.

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA:

-Historia Clínica de un paciente ubicada en el lugar correspondiente a otro paciente.

-Documentación de un paciente en la historia clínica de otro.

INFRAESTRUCTURAS:

-Sujeción defectuosa de distintos objetos: ambú, rotámetro de aspiración, etc.

-Defectos en el montaje de las tuberías del agua para las máquinas de hemodiálisis.

EQUIPOS, DISPOSITIVOS Y MATERIALES:

- Funcionamiento defectuoso del cardiocompresor.
- Funcionamiento incorrecto del dispositivo para intubación difícil "King vision".
- Sistema de venopunción defectuoso.

CIRUGÍA Y OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Incumplimiento del protocolo de higiene de manos por parte de distintos profesionales.