



REVISTA DE REVISTAS

Con la finalidad de cumplir nuestra misión de difundir las prácticas sobre Seguridad del Paciente, hechos, acontecimientos, reflexiones, pensamientos que nos llevan a pensar que es posible colaborar y co-construir sistemas de salud seguros para pacientes y profesionales.

Colocamos en vuestras manos publicaciones del ultimo tiempo.

Se presenta la traducción de casi todo el texto publicado en la revista de origen.

Dr. Hugo Guajardo Guzmán
Editor Revista Chilena de
Seguridad del Paciente

revista@fspchile.org

IMPACT OF TEAMWORK AND COMMUNICATION TRAINING INTERVENTIONS ON SAFETY CULTURE AND PATIENT SAFETY IN EMERGENCY DEPARTMENTS: A SYSTEMATIC REVIEW

Alsabri, Mohamed MD et cols.

From the Department of *Emergency Medicine, Beth Israel Deaconess Medical Center, Teaching Hospital of Harvard Medical School, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts

Journal of Patient Safety: [September 7, 2020](#)
[- Volume Publish Ahead of Print - Issue -](#)

Resumen

El objetivo de este estudio fue resumir la literatura que informa sobre el efecto de las intervenciones de capacitación en el trabajo en equipo y comunicación sobre la cultura y la seguridad del paciente en los entornos de los departamentos de emergencias.

Resultados

Se incluyeron dieciséis estudios de 8700 publicaciones examinadas. Las intervenciones de formación con mayor impacto fueron las estrategias y herramientas de equipo para mejorar el rendimiento y la seguridad del paciente (TeamSTEPPS) y la formación basada en la gestión de recursos de crisis (CRM). En la mayoría de los estudios se utilizó la gestión de recursos de crisis y el programa de formación basado en la CRM del TeamSTEPPS. Para evaluar el impacto de esas intervenciones se utilizaron múltiples instrumentos, entre ellos el modelo de evaluación Kirkpatrick, la encuesta sobre la cultura de seguridad del paciente del Agency for Healthcare Research and Quality

Hospital, el cuestionario sobre las actitudes de trabajo en equipo del TeamSTEPPS, el cuestionario sobre las actitudes de seguridad y la evaluación de las aptitudes de comunicación y trabajo en equipo. En todos los estudios se encontraron mejoras en uno de los ámbitos de la cultura de la seguridad y otros ámbitos conexos.

Conclusiones

En general, el trabajo en equipo y las intervenciones de capacitación en comunicación mejoran la cultura de seguridad en los entornos de los servicios de urgencias y pueden afectar positivamente al resultado de los pacientes. Se puede considerar que la implementación de programas de cultura de seguridad reduce la incidencia de errores médicos y eventos adversos.

Nota del Editor

La evaluación de la Cultura de Seguridad propuesta por AHRQ y el programa de TeamSTEPPS, a la luz de la experiencia, siguen siendo una muy buena herramientas en Seguridad del Paciente que permiten conocer y mejorar el estado actual de la Seguridad del Paciente en la organización.



CHARACTERISING THE TYPES OF PAEDIATRIC ADVERSE EVENTS DETECTED BY THE GLOBAL TRIGGER TOOL - CARETRACK KIDS

Peter D Hibbert, William B Runciman, Andrew Carson-Stevens

Australian Institute of Health Innovation, Macquarie University, New South Wales, Australia

First Published November 1, 2020

<https://doi.org/10.1177/2516043520969329>

Un método común para aprender sobre los eventos adversos es revisar los registros médicos utilizando la herramienta de activación global. Sin embargo, estos estudios generalmente informan sobre las tasas de daño. El objetivo de este estudio es caracterizar los EA pediátricos detectados por el GTT utilizando enfoques descriptivos y cualitativos.

Métodos

Los registros médicos de los niños de 0 a 15 años fueron revisados para detectar la presencia de daños usando el GTT. Se tomaron muestras de los registros de 2012-2013 de pacientes hospitalizados, departamentos de emergencia, consultorios de medicina general y consultorios pediátricos especializados en tres estados australianos. Las enfermeras realizaron una revisión de cada registro y si se sospechaba un EA, un médico realizaba una revisión de verificación de un resumen creado por la enfermera. Se realizó un análisis cualitativo del contenido del resumen de los EA verificados.

Resultados

Se detectaron 232 EA de 6.689 registros revisados. Más de cuatro quintas partes de los EA resultaron en daños menores al paciente. Casi la mitad se relacionaron con medicación/líquidos intravenosos. De éstos, el 83% fueron reacciones adversas a los medicamentos. Los problemas con los dispositivos/equipos médicos fueron los siguientes más frecuentes, con casi dos tercios de ellos relacionados con dispositivos intravenosos. Los problemas relacionados con procesos/procedimientos clínicos comprenden uno de cada seis EA, de los cuales los problemas de diagnóstico y las complicaciones de los procedimientos fueron los más frecuentes.

Conclusión

Las reacciones adversas a los medicamentos y los problemas con las vías intravenosas se identifican frecuentemente como EA que reflejan su uso común en pediatría. El enfoque cualitativo adoptado en este estudio permitió caracterizar los tipos de EA, lo que es un requisito previo para desarrollar y priorizar las mejoras en la práctica.

Nota del Editor

La Herramienta Triggers Tools de IHI - USA, es una herramienta poderosa para la búsqueda de eventos adversos. En este estudio identificó 3,4% de EA en el área pediátrica. Esta metodología es un buen aporte de IHI en la generación de herramientas en Calidad y Seguridad del Paciente.

A REVIEW OF ADVERSE EVENT REPORTS FROM EMERGENCY DEPARTMENTS IN THE VETERANS HEALTH ADMINISTRATION

Gill, Sonia MPH*,†; Mills, Peter D. PhD, MS‡; Watts, Bradley V. MD, MPH†,‡; Paull, Douglas E. MD, MSS; Tomolo, Anne MD, MPH¶

From the *Veterans Affairs National Center for Patient Safety, Durham, North Carolina

[Journal of Patient Safety: February 21, 2020](#)

- Volume Publish Ahead of Print - Issue - doi: 10.1097 / PTS.0000000000000636

Los trabajos de evaluación de la frecuencia de los eventos adversos en la medicina de emergencia han sido limitados. El departamento de emergencias (ED) proporciona un punto de atención inicial para millones de pacientes. Dado el volumen de encuentros con los pacientes y la complejidad de las condiciones médicas tratadas, es necesario determinar los problemas basados en el sistema y los factores contribuyentes asociados que afectan a la seguridad de los pacientes.

Objetivos

El objetivo de este estudio retrospectivo era utilizar los informes de análisis de las causas de los eventos adversos que ocurrían en los servicios de urgencias de la Administración de Salud de los Veteranos para comprender la gama de eventos que estaban ocurriendo y determinar las causas primarias de estos eventos, así como las acciones para prevenirlos.

Métodos

Los informes retrospectivos de seguridad de

los servicios de urgencias de los centros médicos de la Administración de Salud de los Veteranos de todo el país durante un período de 2 años (2015-2016) se codificaron por tipo de evento, causa principal y acciones recomendadas.

Resultados

Se incluyeron ciento cuarenta y cuatro casos para su análisis. Los eventos adversos más comunes fueron los siguientes: retrasos en la atención, fugas, intentos de suicidio y muertes por suicidio, altas inadecuadas y errores en el seguimiento de los procedimientos. En general, las categorías de causas fundamentales más comunes que conducen a eventos adversos fueron los déficits de conocimiento/educación, las políticas/procedimientos que necesitan mejoras y la falta de políticas/procedimientos estandarizados.

Debate

Los informes de análisis de causa raíz son una herramienta útil para determinar los factores primarios basados en los sistemas de los eventos adversos comunes en la DE. Las recomendaciones hechas en este artículo para abordar estas causas raíz y mejorar potencialmente estos eventos serán útiles para los DE y los sistemas de salud relacionados.

Nota del Editor

La utilización de ACR y sus resultados sigue siendo un elemento fundamental para la toma de decisiones y de realizar mejoras en los procesos de calidad y seguridad en salud. Es interesante como surgen eventos adversos que no siempre son evidentes y se observan causas comunes, aquellas que se presentan como factores predisponentes.



CROSS-CULTURAL ADAPTATION AND PSYCHOMETRIC EVALUATION OF A SECOND VICTIM EXPERIENCE AND SUPPORT TOOL (SVEST)

Brunelli, Maria Victoria RN, BN, MSc; Estrada, Silvina RN, BN, MSc; Celano, Constanza RN, BN, MSc

From the School of Nursing, Austral University, Buenos Aires, Argentina.

Journal of Patient Safety: May 3, 2018 - Volume Publish Ahead of Print - Issue - doi: 10.1097 / PTS.0000000000000497

La segunda víctima se define como los profesionales de la salud que cometen un error y quedan traumatizados por el evento manifestando reacciones psicológicas, cognitivas y/o físicas que tienen un impacto negativo personal.

El SVEST (Second Victim Experience and Support Tool) es una encuesta desarrollada y validada en los Estados Unidos, que describe la experiencia de las segundas víctimas.

El objetivo de este estudio fue realizar la adaptación transcultural del instrumento y evaluar las características psicométricas en el contexto sociocultural y profesional de la Argentina.

Materiales y métodos

Se realizó la traducción inversa del instrumento, que fue aprobada por los autores. La encuesta consta de 29 preguntas divididas en 9 dimensiones que corresponden a la tensión psicológica, la tensión física, el apoyo de los colegas, el apoyo de los supervisores, el apoyo institucional, el apoyo no relacionado con el trabajo, la evaluación de la eficacia profe-

sional, la intención de cambio y el ausentismo. Posteriormente, la encuesta se realizó a profesionales de enfermería que habían cometido un error en la medicación. La prueba de fiabilidad se hizo para la consistencia interna y la validez a través de la validez de constructo usando el programa SPSS.

Resultados

La población estaba compuesta por 452 enfermeras con un promedio de 10 años de práctica.

El 82% de los que cometieron un error declararon que informaron del hecho una vez que éste ocurrió.

En nuestro análisis exploratorio, la encuesta no presentó dificultades de comprensión. La consistencia interna del instrumento fue adecuada en su evaluación general

Conclusión

La adaptación de SVEST es fiable para el uso de este instrumento en nuestro entorno para cuantificar el fenómeno y poder diseñar estrategias para reducir el impacto del error en la segunda víctima.

Nota del Editor

Esta encuesta de Burlison, muestra otra manera de evaluar a Segundas Víctimas, especialmente en siete dimensiones como la angustia psicológica, la angustia física, el apoyo de los colegas, el apoyo de los supervisores, el apoyo institucional, el apoyo no relacionado con el trabajo y la autoeficacia profesional. Interesante trabajo realizado en Hospital Austral de Buenos Aires - Argentina.

DEPLOYMENT OF A SECOND VICTIM PEER SUPPORT PROGRAM: A REPLICATION STUDY

Jenna Merandi, PharmD, MS, CPPS*; Nancy Liao, MD, FAAP†; Dorcas Lewe, RN, MS‡; Shelly Morvay, PharmD*; Barb Stewart, RN, BS‡; Charline Catt, RN, MS§; Susan D. Scott, PhD, RN, CPPS, FAAN

From the *Nationwide Children's Hospital, Columbus, Ohio; †The Ohio State University College of Medicine, Nationwide Children's Hospital, Columbus, Ohio; ‡Quality Improvement Services, Nationwide Children's Hospital, Columbus, Ohio; §Patient Care Services, Nationwide Children's Hospital, Columbus, Ohio; ¶University of Missouri Health Care, Columbia, Mo.

Pediatr Qual Saf 2017;2:e031;
doi: 10.1097/pq9.000000000000031; Publicado en línea el 21 de junio de 2017.)

El fenómeno de la segunda víctima se produce cuando los proveedores de servicios de salud experimentan una importante angustia profesional (compasión, insatisfacción, agotamiento, estrés traumático secundario) y la angustia psicológica (vergüenza, ansiedad y depresión) como resultado de errores médicos o resultados adversos para los pacientes. Pocos hospitales tienen sistemas institucionales para ayudar a los empleados a través de el proceso de recuperación.

Métodos:

En el Nationwide Children's Hospital (NCH), un programa de apoyo de pares llamado "YOU Matter" fue ejecutado y difundido por todo el hospital. El programa emuló el marco y la estrategia de ejecución diseñada por la Universidad de Missouri El equipo "para ti" de Health Care (MUHC). Los elementos estratégicos de la estructura del programa fueron revisados y adaptados para NCH con despliegue y mejora

de todo el sistema para incluir la presentación de informes electrónicos de apoyo entre pares. En este artículo se resume la aplicación del programa, de la gestión y el sostenimiento en los últimos 2 años.

Resultados:

Siguiendo el modelo de la Universidad de Missouri para el cuidado de la salud, hemos desplegado con éxito un programa de segunda víctima en toda la institución. Desde el inicio en noviembre de 2013, hemos documentado 232 encuentros entre pares y 21 grupos. Las áreas clínicas de alto riesgo para la segunda victimización en el NCH incluían el departamento de emergencias (ED), unidad de cuidados intensivos pediátricos (PICU), unidad de cuidados intensivos cardiorrespiratorios (CTICU) y departamento de farmacia. Las enfermeras registradas (RN) y las enfermeras prácticas licenciadas (LPN) han tenido el mayor número de encuentros que han necesitado el apoyo de la segunda víctima (32%).

El personal de apoyo informó de una mejora en el estado emocional y en las medidas de retorno al trabajo.

Conclusión

La cultura de una organización de la seguridad de los pacientes puede mejorarse asegurando la seguridad psicológica del personal. Programas como "Tú Importas" y el equipo "para ti" son elementos esenciales para mejorar la cultura general de seguridad y la calidad de la atención. La implementación de "YOU Matter" en el NCH valida el programa MUHC y demuestra su capacidad de generalizar a otras instituciones de atención de la salud.