



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

MEASURING PATIENT SAFETY CULTURE: A STUDY AT A TEACHING HOSPITAL IN GHANA

Musilimu Muftawu 1 , Ece Ugurluoglu Aldogan 2

1 Ghana Health Service, Accra, Ghana

2 Faculty of Health Sciences, Department of Healthcare Management, Ankara University, Ankara, Turkey

Journal of Patient Safety and Risk Management

- Volume: 25 issue: 6, page(s): 250-258

Article first published online: July 13, 2020; Issue published: December 1, 2020

<https://doi.org/10.1177/2516043520938534>

Objetivo

Este estudio examinó la cultura actual de seguridad del paciente desde la perspectiva de los trabajadores de la salud en un Hospital Universitario de Ghana y estableció una comparación con el Informe de la Base de Datos Comparativa de la Cultura de Seguridad del Paciente de la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica de 2018. (ARHQ)

Se realizó una encuesta transversal utilizando la Encuesta Hospitalaria sobre la Cultura de Seguridad del Paciente desarrollada por la Agency for Healthcare Research and Quality. Se distribuyeron 435 cuestionarios y se recibieron 322 respuestas válidas (una tasa de respuesta del 74%). La muestra del estudio incluía 178 enfermeras, 59 médicos, 19 farmacéuticos, 35 técnicos (de laboratorio y radiología) y 31 directivos. Para el análisis de los datos se utilizó la herramienta Excel para encuestas

hospitalarias 1.6 y el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) versión 20.

Resultados

La puntuación media global de las 12 dimensiones de la cultura de seguridad del paciente fue del 53%, lo que supone un 12% menos que el informe de referencia de la Agency for Healthcare Research and Quality 2018, que es del 65%. La dimensión con la puntuación media positiva más alta fue "Trabajo en equipo dentro de las unidades del hospital" (77%), mientras que la que obtuvo la puntuación más baja fue "Frecuencia de notificación de eventos" (33%). Los 12 dominios, excepto "Frecuencia de notificación de eventos" ($p = 0,414$), "Apoyo de la dirección a la seguridad del paciente" ($p = 0,823$) y "Trabajo en equipo dentro de las unidades" ($p = 0,070$) tienen una relación significativa con la cultura de seguridad del paciente.

Conclusiones

En general, la dimensión de la cultura de seguridad del paciente en el hospital universitario fue baja. Es muy necesario formar al personal sanitario en materia de seguridad de los pacientes y realizar una investigación amplia que incluya a todas las categorías de personal sanitario para comprender plenamente y cambiar la cultura de seguridad de los pacientes en los hospitales de Ghana.

Nota del Editor

La evaluación de la Cultura de Seguridad propuesta por AHRQ en virtud de este trabajo y de otras experiencias, sigue siendo una muy buena herramienta en Seguridad del Paciente que permite conocer y mejorar el estado actual de la Seguridad del Paciente en la organización.

IMPROVED HANDOFF QUALITY AND REDUCTION IN ADVERSE EVENTS FOLLOWING IMPLEMENTATION OF A SPANISH-LANGUAGE VERSION OF THE I-PASS BUNDLE FOR PEDIATRIC HOSPITALIZED PATIENTS IN ARGENTINA

Facundo Jorro Barón 1 , Celina Diaz Pumara 2 , María Agustina Janer Tittarelli 2 , Agustina Raimondo 2 , Marcela Urtasun 2 , Lucila Valentini 2

1 Pediatric Intensive Care Unit, Hospital General de Niños "Pedro de Elizalde", Buenos Aires, Argentina
2 Education and Research, Hospital General de Niños "Pedro de Elizalde", Buenos Aires, Argentina

Journal of Patient Safety and Risk Management
- Volume: 25 issue: 6, page(s): 225-232
Article first published online: November 16, 2020; Issue published: December 1, 2020

<https://doi.org/10.1177/2516043520961708>

Resumen

Se sabe que los errores de comunicación entre el personal médico son una de las principales fuentes de eventos adversos (EA). La implementación de la formación en trabajo en equipo junto con el uso de un paquete estandarizado de traspaso ha demostrado previamente que reduce el número de EA. Sin embargo, la aplicabilidad de este programa en países de habla hispana sigue sin estar clara.

Objetivo

Evaluar si la implementación exploratoria del paquete I-PASS en un Hospital Pediátrico Argentino se asocia con una reducción de la tasa de EA.

Métodos:

Diseño: estudio exploratorio, no controlado, pre-post.

Población y muestra: se revisaron las historias clínicas (IR), las prescripciones médicas y los informes médicos en dos salas clínicas del "Hospital General de Niños Pedro de Elizalde".

Intervención: I-PASS versión española, un paquete de traspaso estandarizado que consiste en: una mnemotecnia, un taller introductorio, una herramienta de traspaso escrita, sesiones de simulación y observaciones estructuradas con retroalimentación.

Resultados

Se revisaron 264 RM. Los EA prevenibles se redujeron en un 62,8% entre el periodo anterior y posterior a la intervención (12,1 frente a 4,5 EA/100 ingresos; IC95: 0,010; 0,142; [p = 0,025]). La adherencia al uso de los elementos clave del traspaso de calidad aumentó significativamente, del 25% al 61% en el periodo posterior a la intervención (p = 0,0001). La duración del traspaso no cambió significativamente (5,5 ± 0,2 frente a 5,3 ± 0,3 minutos por paciente [p = 0,59]).

Conclusión

La implementación de una versión española de I-PASS se asoció con una reducción significativa de la tasa de EA y con mejoras en la calidad del traspaso; sin cambios en la duración.

Nota del Editor

La implementación de herramientas de Team STEPPS, para mejorar comunicación efectiva y trabajo en equipo es otra de las propuestas de AHRQ. En este trabajo se muestra los resultados en disminución de los incidentes en Seguridad después de la puesta en marcha de una de ellas: I-PASS.

WHAT IS THE ROLE OF TECHNOLOGY IN IMPROVING PATIENT SAFETY? A FRENCH, GERMAN AND UK HEALTHCARE PROFESSIONAL PERSPECTIVE

Alain Astier 1 , Jean Carlet 2 , Torsten Hoppe-Tichy 3 , Ann Jacklin 4 , Annette Jeanes 5 , Steve McManus 6 , Mathias W Pletz 7 , Harald Seifert 8 , Ray Fitzpatrick 9

1Biotopic Pharmaceuticals, Paris, France

2World Alliance Against Antibiotic Resistance, Paris, France

3Pharmacy Department, University, Heidelberg University Hospital, Heidelberg, Germany

4Centre for Medication Safety and Service Quality, Imperial College Healthcare NHS Trust, London, UK

5Infection Prevention and Control, University College London Hospital, London, UK

6Royal Berkshire NHS Foundation Trust, Reading, UK

7Institute for Infectious Diseases and Infection Control, Jena University Hospital/Friedrich-Schiller-University, Jena, Germany

8Institute for Medical Microbiology, Immunology and Hygiene, University of Cologne, Köln, Germany

9School of Pharmacy, Keele University, Newcastle-Under-Lyme, UK

Journal of Patient Safety and Risk Management

- Volume: 25 issue: 6, page(s): 219-224

Article first published online: December 9, 2020;

Issue published: December 1, 2020

<https://doi.org/10.1177/2516043520975661>

Resumen

La seguridad de los pacientes en los hospitales puede verse comprometida por eventos adversos evitables. Entre los EA evitables, las infecciones hospitalarias son uno de los más graves, ya que contribuyen no sólo a empeorar los resultados de los pacientes, sino también a la

carga institucional por las pérdidas económicas directas y el aumento de la duración de la estancia de los pacientes.

Las innovaciones tecnológicas pueden mejorar la seguridad de los pacientes mediante la automatización de tareas, la introducción de alertas de medicación, recordatorios clínicos, la mejora de los informes de diagnóstico y consulta, la facilitación del intercambio de información, la mejora de la toma de decisiones clínicas, la interceptación de posibles errores, la reducción de la variación en la práctica y la gestión de la escasez de personal, así como la disponibilidad de datos completos sobre los pacientes.

Se convocó un grupo de trabajo multidisciplinar de tres países europeos para debatir cómo optimizar el uso de la tecnología para reducir los EA evitables en los hospitales de agudos. El grupo de trabajo identificó ejemplos en los que, en su opinión, existían oportunidades para agilizar las vías de acceso de los pacientes, como la administración de antimicrobianos, las pruebas en el punto de atención, los informes de pruebas microbiológicas para agilizar el tiempo desde la toma de muestras hasta la decisión clínica y los sistemas móviles de dispensación automatizada, que pueden reducir la carga del personal sobrecargado de trabajo. El grupo de trabajo también debatió los factores clave para garantizar que las diferentes partes interesadas, tanto dentro como fuera del hospital, puedan contribuir de forma significativa a mejorar la seguridad del paciente. Coincidieron en que los enfoques y avances tecnológicos tendrían un impacto limitado si no se producen cambios culturales significativos en todos los niveles de la infraestructura sanitaria para aplicar las ventajas que ofrecen las tecnologías actuales o futuras.

Nota del Editor

Un muy buen ejemplo del uso de las Tecnologías en apoyo a mejorar los procesos. La necesidad que los avances tecnológicos caminen de la mano con el crecimiento del factor humano.

IMPROVING DIAGNOSTIC QUALITY AND SAFETY/REDUCING DIAGNOSTIC ERROR: MEASUREMENT CONSIDERATIONS. FINAL REPORT

Washington DC; National Quality Forum: October 6, 2020.

http://www.qualityforum.org/Publications/2020/10/Reducing_Diagnostic_Error_Measurement_Considerations_-_Final_Report.aspx

Resumen

Con la aportación de un comité de partes interesadas, el Foro Nacional de Calidad identificó recomendaciones para medir y mejorar el error de diagnóstico y la seguridad del paciente. Identificó cuatro áreas de alta prioridad relacionadas con los errores de diagnóstico que causan daños a los pacientes: sutilezas omitidas, fallos de comunicación, sobrecarga de información y pacientes despedidos, que reflejan ejemplos de alta probabilidad de errores de diagnóstico que pueden provocar daños a los pacientes. El informe incluye recomendaciones exhaustivas, de amplio alcance, procesables y específicas para poner en marcha actividades de mejora de la calidad con el fin de involucrar a los pacientes, educar a los médicos, aprovechar la tecnología y apoyar una cultura de seguridad con el objetivo de reducir los errores de diagnóstico.

Conclusión

Aproximadamente 12 millones de estadounidenses sufren un error de diagnóstico cada año, y el Comité de las Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina (NASEM) dice sobre los errores de diagnóstico en la atención sanitaria que la mayoría de las personas experimentarán al menos un error de diagnóstico en su vida. Estos errores de diagnóstico, incluidos los diagnósticos omitidos o retrasados, pueden tener importantes consecuencias para la seguridad

y la atención de los pacientes y sus familias.

El Comité elaboró soluciones integrales para estos tipos de errores de diagnóstico, identificando los factores que contribuyen y las soluciones de aplicación clave para superar y prevenir los errores.

Aunque los casos de uso varían en cuanto a sus temas, áreas de interés y entornos clínicos, el Comité ofrece recomendaciones para un conjunto de acciones que las diversas partes interesadas pueden adoptar para aplicar en el ámbito del Proceso de Diagnóstico y Resultados del Marco de Medición, y medir y reducir los errores de diagnóstico, mejorando en última instancia la calidad de la atención que reciben los pacientes.

A medida que el panorama sanitario sigue evolucionando y las exigencias continúan aumentando, los diagnósticos precisos y oportunos siguen siendo una prioridad crítica en medicina. La ampliación de la formación, el trabajo en equipo y el aprovechamiento de la tecnología son pasos fundamentales en el camino hacia la seguridad del diagnóstico. Diversas partes interesadas de la sanidad -incluidos los médicos, los administradores, los pacientes, los proveedores de HCE, las sociedades de especialidades médicas, pagadores, entre otros, deben unirse para dar pasos concretos que mejoren la precisión de los diagnósticos y reduzcan los errores de diagnóstico para la seguridad de todos. reducir los errores de diagnóstico para la seguridad de todos los estadounidenses.

Nota del Editor

Un extraordinario informe del National Quality Forum, descargable, que en sus 110 páginas les entrega una informada y amplia mirada sobre el error diagnóstico. Presenta las áreas sobre las que priorizar los esfuerzos.

FRONTIERS IN HUMAN FACTORS: INTEGRATING HUMAN FACTORS AND ERGONOMICS TO IMPROVE SAFETY AND QUALITY IN LATIN AMERICAN HEALTH-CARE SYSTEMS

Carlos Aceves-González, Yordán Rodríguez, Carlos Manuel Escobar-Galindo, Elizabeth Pérez, Beatriz Gutiérrez-Moreno, Sue Hignett, Alexandra Rosewall Lang

International Journal for Quality in Health Care, Volume 33, Issue Supplement_1, January 2021, Pages 45-50

<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa135>

Resumen

La importancia de los factores humanos/ergonomía (HFE) está bien establecida en todos los sistemas de alta fiabilidad, pero su aplicación en el sector sanitario es relativamente reciente. En muchos sectores, los países de renta baja/media (PRMB) van por detrás de los países económicamente más desarrollados en la aplicación de esta ciencia de la seguridad, debido a los recursos y, en algunos casos, a la concienciación y la experiencia. La mayoría de las aplicaciones anteriores de la HFE se referían a la ergonomía laboral y no a la seguridad sanitaria.

Métodos

El artículo detalla cómo se está desarrollando la reputación de la HFE dentro de las comunidades sanitarias de América Latina (LatAm), a través de una mayor concienciación y comprensión de su papel como ciencia de la seguridad en el sector sanitario. Comienza articulando la necesidad de la HFE y luego ofrece ejemplos de México, Colombia y Perú.

Resultados

Los ejemplos prácticos para la investigación y la educación ilustran el desarrollo de la conciencia de la relevancia de la HFE para los sectores de la salud en LatAm y la apreciación de su valor para mejorar la calidad de los servicios de salud y la seguridad del paciente a través de la participación de la comunidad sanitaria. En 2019 se formó una nueva Red LatAm de HFE en Sistemas de Salud (RELAESA), que ha proporcionado una plataforma para el asesoramiento sobre HFE durante la pandemia de COVID-19.

Conclusión

Existe una oportunidad real en LatAm y en otros servicios de salud de países de ingresos bajos y medios para lograr un progreso más rápido y sostenible en la HFE integrada en la atención sanitaria que el que se ha experimentado en los servicios de salud de las naciones más desarrolladas.

Nota del Editor

La importancia de los factores humanos/ergonomía emerge con fuerza y se está posicionando como un necesario polo de desarrollo en nuestros sistemas de Salud.

Junto a este trabajo y otros ISQUa en este número https://academic.oup.com/intqhc/issue/33/Supplement_1 posiciona este tema.

PATIENT SAFETY INCIDENT REPORTING AND LEARNING SYSTEMS: TECHNICAL REPORT AND GUIDANCE

WHO TEAM - Integrated Health Services

<https://www.who.int/publications/item/9789240010338>

ISBN: 9789240010338

16 September 2020 | Guidance (normative)

Visión general

Este documento pretende instar a los lectores a comprender la finalidad, los puntos fuertes y las limitaciones de la notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente. Los datos derivados de las notificaciones de incidentes pueden ser muy valiosos para comprender la magnitud y la naturaleza de los daños derivados de la atención sanitaria, siempre que se revisen cuidadosamente las propiedades de los datos y se saquen conclusiones con precaución.

El uso de los sistemas de notificación de incidentes para un verdadero aprendizaje, con el fin de lograr una reducción sostenible del riesgo y una mejora de la seguridad de los pacientes, si-

gue siendo un trabajo en curso. Se puede hacer y se ha hecho, pero todavía no a la escala y con la rapidez que se compara con otras industrias de alto riesgo. Eso es lo que todos debemos procurar.

Estas orientaciones técnicas nos ayudarán a llegar a una posición en la que podamos mostrar a los pacientes y a sus familias cómo hemos utilizado este aprendizaje para ofrecerles una atención segura y fiable cada vez que la necesiten.

Nota del Editor

Lo mejor una nueva definición de Seguridad del Paciente: "Un marco de actividades organizadas que crea culturas, procesos y procedimientos, comportamientos, tecnologías, y un entorno en la atención sanitaria que consistente y de manera sostenible: disminuyan los riesgos, reduzcan la aparición de daños evitables, hagan menos probable el error y reducir su impacto cuando se produce".

Una nueva mirada colocada en un enfoque proactivo y un nuevo énfasis en la necesidad de mirar hacia los mecanismos de reportes de incidentes.