



REVISTA DE REVISTAS

En aras 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.



ERRAR ES SISTEMA; UNA COMPARACIÓN DE METODOLOGÍAS PARA LA INVESTIGACIÓN DE RESULTADOS ADVERSOS EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Peter Isherwood and Patrick Waterson

1 University Hospitals Dorset Foundation Trust, Castle Lane East, Bournemouth, Reino Unido

2 Universidad de Loughborough, Loughborough, Reino Unido

Journal of Patient Safety and Risk Management

Volumen: 26 número: 2, página (s): 64-73

<https://doi.org/10.1177/2516043521990261>

Resumen:

La seguridad de los pacientes, la moral del personal y el rendimiento del sistema están en el centro de la prestación de asistencia sanitaria. La investigación de los resultados adversos es una estrategia que permite a las organizaciones aprender y mejorar. La asistencia sanitaria se entiende ahora como un sistema socio tecnológico complejo, posiblemente el más complejo. A pesar de ello, se sigue recomendando el uso de un modelo de investigación lineal del siglo XX para la investigación de resultados adversos. En esta revisión, los autores utilizan los datos recogidos en la investigación de un cuasi incidente sanitario real y aplican tres metodologías diferentes al análisis de estos datos. Comparan tanto las propias metodologías como los resultados generados.

Esto ilustra cómo las diferentes metodologías generan diferentes recomendaciones a nivel de sistema. Los autores llegan a la conclusión

de que los modelos basados en el sistema son los que generan más obstáculos para mejorar el rendimiento futuro. Los proveedores de servicios sanitarios y sus organismos reguladores deben adoptar las metodologías basadas en el sistema si quieren aprender eficazmente de los futuros resultados adversos y reducirlos.



FACTORES HUMANOS DE LOS SISTEMAS SOCIO TÉCNICOS COMPLEJOS

Pascale Carayon

Department of Industrial and Systems Engineering,
Center for Quality and Productivity Improvement,
University of Wisconsin-Madison, 610 Walnut Street
575 WARF, Madison, WI 53726, USA

Applied Ergonomics
Volume 37, Issue 4, July 2006, Pages 525-535

<https://doi.org/10.1016/j.apergo.2006.04.011>

Resumen

Cada vez más, los productos y servicios son el resultado de interacciones entre personas que trabajan más allá de las fronteras organizativas, geográficas, culturales y temporales. Esto tiene importantes implicaciones para los factores humanos y la ergonomía (HFE), en particular, desafiando los límites de los sistemas a diseñar, y ampliando la gama de elementos y dimensiones del sistema que debemos considerar. El diseño de sistemas socio técnicos que implican el trabajo a través de múltiples fronteras requiere una mejor integración de las distintas subdisciplinas o componentes de la HFE, así como una mayor colaboración con otras disciplinas que aporten conocimientos especializados sobre el ámbito de aplicación o sobre conceptos que puedan enriquecer el diseño del sistema.

Además, los “clientes” contribuyen de forma significativa a la “coproducción” de productos/servicios, así como a su calidad/seguridad. El diseño de sistemas socio técnicos en colaboración con los trabajadores de los sistemas y los clientes requiere una atención cada vez mayor no sólo al diseño y la implementación de los sistemas, sino también a la adaptación y la mejora continuas de los sistemas en colaboración con los clientes.

Este artículo se basa en la investigación sobre los factores humanos en los ámbitos de la asistencia sanitaria y la seguridad de los pacientes y de la seguridad informática.



IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN CORREO ELECTRÓNICO DE CONSEJOS DE PRESCRIPCIÓN PARA REDUCIR LOS ERRORES DE PRESCRIPCIÓN DE LOS MÉDICOS JÓVENES

Suzanne M Cooper Raymond W Fitzpatrick

1Russells Hall Hospital, Pharmacy Department, The Dudley Group NHS Foundation Trust, UK

2Centre for Medicines Optimisation, School of Pharmacy and Bioengineering, Keele University, UK

Journal of Patient Safety and Risk Management

Vol. 26, 5: pp. 214-220. , First Published August 26, 2021.

<https://doi.org/10.1177/25160435211036672>

Antecedentes

Los errores de prescripción son frecuentes y se producen en el 7% de las órdenes de medicación de los pacientes internos en los hospitales del Reino Unido. Los médicos del primer año de la Fundación han informado que la falta de información sobre la prescripción es una causa de errores.

Objetivo

Evaluar el efecto de la implementación de una intervención de aprendizaje compartido para los médicos del primer año de la Fundación sobre sus errores de prescripción.

Métodos

Se diseñó una intervención de aprendizaje compartido, correos electrónicos de “consejos de prescripción”, que se enviaron quincenalmente a los médicos de primer año para

compartir información sobre los errores de prescripción comunes/graves que se producen en el hospital. Los farmacéuticos de sala identificaron los errores de prescripción en las órdenes de medicación recién prescritas a los pacientes internos y de alta durante 2 semanas antes y después de la intervención durante el invierno/primavera de 2017. La prevalencia de los errores de prescripción se comparó antes y después de la intervención mediante un análisis estadístico.

Resultados

En general, hubo una reducción estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en la tasa de errores de prescripción entre la pre-intervención (441 errores en 6190 prescripciones, 7,1%) y la post-intervención (245 errores en 4866 prescripciones, 5,0%). Cuando se analizaron los datos por tipo de sala, hubo una reducción estadísticamente significativa de la tasa de errores de prescripción en las salas médicas (del 6,8% al 4,5%) y en las salas quirúrgicas (del 8,4% al 6,2%).

Conclusiones

Es posible diseñar y poner en práctica una intervención de aprendizaje compartido, el correo electrónico de “buenos consejos de prescripción”. Los resultados sugieren que esta intervención contribuyó a reducir la prevalencia de los errores de prescripción en todas las salas, mejorando así la seguridad del paciente.



DIFERENCIAS EN LOS EVENTOS ADVERSOS DE MEDICAMENTOS Y ERRORES DE MEDICACIÓN ENTRE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS DE <3 Y ≥3 AÑOS: EL ESTUDIO JADE

Jiro Takeuchi 1, Mio Sakuma 1, Yoshinori Ohta 2, Hiroyuki Ida 3, Takeshi Morimoto 1

1Department of Clinical Epidemiology, Hyogo College of Medicine, Nishinomiya, Hyogo, Japan

2Department of Emergency Community Medicine, Sasayama Medical Center, Hyogo College of Medicine, Nishinomiya, Hyogo, Japan

3 The Jikei University Hospital, Minato-ku, Tokyo, Japan

Journal of Patient Safety and Risk Management

<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/25160435211046764#>

<https://doi.org/10.1177/25160435211046764>

Resumen

Los eventos adversos a los medicamentos (EAM) se definen como cualquier lesión debida al uso de medicamentos. Se planteó la hipótesis de que las incidencias de los EAM y los errores de medicación (EM) podrían estar asociados con las habilidades lingüísticas de los pacientes pediátricos.

Métodos

Se analizaron los datos del estudio Japan Adverse Drug Events en pacientes pediátricos hospitalizados. Este estudio incluyó a pacientes hospitalizados de un mes o más y de menos de siete años de edad. Se comparó el resultado primario de los ADE y los ME entre los

pacientes de menos de tres años y los de tres años o más, ya que los niños no suelen adquirir suficientes habilidades lingüísticas hasta alrededor de los tres años de edad.

Resultados

Este estudio incluyó a 639 pacientes; 412 (64%) pacientes menores de tres años y 227 (36%) pacientes de tres años o más. Se identificaron 241 EDA en 639 pacientes; 152 EDA entre los pacientes menores de tres años (37 EDA por cada 100 pacientes) y 89 EDA entre los mayores de tres años (39 EDA por cada 100 pacientes). Los EDA entre los pacientes de menos de tres años fueron menos probables (49 EDA) durante su estancia en el hospital que los de tres años o más (20 EDA) ($P = 0,02$). Entre los 172 EM identificados en 639 pacientes, 25 EM (15%) dieron lugar a EDA; 23 (92%) se produjeron en menores de tres años y dos (8%) en mayores de tres años ($p = 0,0008$).

Conclusión

La probabilidad de encontrar EDA fue menor y los EM dieron lugar a EDA con mayor frecuencia en los pacientes menores de tres años, y estas diferencias podrían explicarse por las diferencias en sus niveles de habilidad lingüística.



DEFINIR LA CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN EN LA ASISTENCIA SANITARIA: UN NUEVO MARCO PARA INVESTIGAR EL RENDIMIENTO RESILIENTE

J.E.Andersona; A.J.Rossb; C.Macraec; S.Wiigd

(a) Florence Nightingale Faculty of Nursing, Midwifery and Palliative Care, Centre for Applied Resilience in Healthcare (CARE), King's College London, UK

(b)Dental School, School of Medicine, University of Glasgow, UK

(c)Centre for Health Innovation, Leadership and Learning, Nottingham University Business School, UK

(d)Faculty of Health Sciences, SHARE - Centre for Resilience in Healthcare, University of Stavanger, Norway

Applied Ergonomics

Volume 87, September 2020, 103111

<https://doi.org/10.1016/j.apergo.2020.103111>

Puntos destacados

- El desarrollo teórico de una asistencia sanitaria resistente es necesario para incluir la actividad en todo el sistema sanitario.
- Los potenciales de resiliencia, el modelo CARE y el modelo Momentos de Resiliencia son prometedores pero necesitan desarrollarse.
- El Marco Integrado de Atributos de Resiliencia define los conceptos de resiliencia en todo el sistema sanitario.
- El marco puede ayudar a centrar las preguntas de investigación y a investigar la resiliencia a diferentes escalas de tiempo y espacio.

Resumen

Los principios de resiliencia son prometedores para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, pero es necesario un mayor desarrollo teórico para incluir todos los niveles y escalas de actividad en todo el sistema sanitario. Muchos de los modelos existentes basados en conceptos de ingeniería no abordan adecuadamente la importancia de los factores sociales, culturales y organizativos en el trabajo sanitario. Entre los desarrollos teóricos prometedores se encuentran los cuatro potenciales de resiliencia, el modelo CARE y el modelo de momentos de resiliencia, pero todos ellos están poco especificados y necesitan una mayor elaboración. Este documento presenta el Marco Integrado de Atributos de Resiliencia en el que se integran estas tres perspectivas teóricas para ofrecer ejemplos de anticipación, respuesta, seguimiento y aprendizaje a diferentes escalas de tiempo y espacio. El marco pretende guiar a los investigadores en la investigación de la resiliencia, especialmente en los vínculos entre la resiliencia a diferentes escalas de tiempo y espacio en todo el sistema sanitario.