

Notificación de incidentes de salud para la gestión del riesgo clínico: una experiencia con enfoque de enfermería

Azalia Rios Eguiluz¹

Resumen

El objetivo del presente trabajo es relatar la experiencia en la implementación del sistema de notificación de incidentes de salud para la seguridad de pacientes, por parte del personal de enfermería en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), para promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de la notificación de incidentes.

Respondiendo al plan de calidad y seguridad del paciente institucional, en el año 2011 el Departamento de enfermería pone en marcha un plan para identificar tendencias de incidentes de salud con el fin de desarrollar estrategias preventivas. Fue necesario promover la cultura de notificación de incidentes, desarrollando el siguiente proceso: fase de lanzamiento: análisis de la situación, gestión de riesgos con un enfoque proactivo, la prevención, definición de estrategias de mejora para minimizar cada riesgo y diseñar barreras de seguridad, evaluación de resultados, difusión y validación del proceso.

Como resultados del proceso se halló que la notificación de incidentes en el INER, va en aumento. Durante el 2009 se notificaron 85; en el 2010 78, en 2011 se registraron 193; en el 2012, 437; en 2013, 429 y de enero a junio de 2014 se han notificado 220 incidentes de salud. Los resultados de la liga electrónica para la notificación de incidentes en el INER, mostró que la disciplina que alimenta este sistema es Enfermería. Sin embargo, el esfuerzo no ha sido suficiente para que todas las áreas se involucren en la notificación de los incidentes de salud que ocurren en este instituto.

Palabras clave: seguridad del paciente, atención de enfermería, gestión de riesgos. (Fuente: DeCS, Bireme)

Artículo recibido: junio 30 de 2015 **aprobado:** julio 31 de 2015.

¹ Enfermera, Maestra en Administración de hospitales, Jefe de Gestión del cuidado, vocal del Comité de Calidad y Seguridad. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER). México. Correo electrónico: calidad_enf@iner.gob.mx

Health incident reporting for clinical risk management: an experience with a focus on nursing

Abstract

The aim of this study is to describe the experience in the implementation of the Health Incident Reporting System for the health safety of patients, carried out by the nursing staff at the National Institute of Respiratory Diseases (INER).

Responding to the institutional plan of quality and patient safety, in 2011 the Department of Nursing launches a plan to identify health trends incidents in order to develop preventive strategies. It was necessary to promote a culture of incident reporting, developing the following process: launch phase: situation analysis, risk management with a proactive approach, prevention; definition of improvement strategies to minimize each risk and design security barriers, evaluation of results, dissemination and validation of the process.

As a result of the process, it was found that the reporting of incidents in the INER is increasing. In 2009, 85 were reported, in 2010, 78, in 2011 193 were registered, in 2012, 437, in 2013, 429 and from January to June 2014, 220 incidents of health were reported. The results of the electronic league for reporting incidents INER, showed that Nursing is the discipline that fuels this system. However, the effort was not enough for all areas to get involved in the reporting of health events that happen in this institute.

Keywords: *patient safety, nursing care, risk management (source: DeCS, Bireme)*

Introducción

En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, “Ismael Cosío Villegas” (INER), Enfermería es el departamento con mayor presencia, y sin duda alguna, en toda institución de salud, debido a que está conformado por el 22,3% del total del personal; además, permanecen las 24 horas con el paciente siendo el eje integrador de la atención y seguridad del paciente.

En todo el proceso de acceso y continuidad de la atención hay una enfermera presente. Este personal es el riel por el que se mueve el paciente dentro del instituto. Por tal motivo, la gestión de los servicios de enfermería, enfocada en el cuidado, representa la piedra angular para el logro exitoso de la misión de la institución y es apreciada desde diferentes perspectivas de forma simultánea, en las que se demuestran distintos grados de responsabilidad: a nivel directivo, mandos medios y en la operatividad.

El trabajo de enfermería se centra en las dimensiones de cuidar, educar, investigar y gestionar, sustentado por los diversos patrones de conocimientos, competencias y habilidades específicas donde se requiere un ejercicio crítico, reflexivo y constructivo (1), con capacidad de desempeñarse e intervenir en el proceso de calidad y seguridad del paciente con compromiso y responsabilidad en la búsqueda de la mejora continua.

Por esta razón, se enfatiza en la necesidad de que enfermería participe proactivamente en el sistema de gestión de calidad en el INER, integrando una gestión por procesos, donde se incluya la notificación de incidentes de salud para la seguridad de los pacientes. Así, el presente trabajo tiene como objetivo relatar la experiencia en la implementación de éste sistema para promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de la notificación de incidentes

de salud, con el fin de mejorar la seguridad de los pacientes en la institución.

Antecedentes

En el año de 1993, el departamento de enfermería en el INER inicia formalmente una cultura para la calidad, incluyendo en sus procesos conceptos básicos de calidad en la atención médica y en la mejora continua; esto implicaba ya un gran compromiso, porque al empezar a definir la calidad, como dice Deming, adquirimos el compromiso también de producirla (2); para tal efecto se organizaron eventos para introducir a los asistentes en los conceptos, fundamentos y sistemas de la administración de la mejora continua. En 1994, el departamento de enfermería presentó un proyecto en este sentido y se impartió el primer curso monográfico de calidad y mejora continua, con reconocimiento universitario.

En el año 1995 el tema central fue en torno al liderazgo y mejora continua. En 1996 se abordó el tema titulado: equipos de trabajo para el mejoramiento continuo y en 1997 el tema fue: cultura organizacional condición básica para el proceso de la calidad en enfermería. En el mismo tenor, durante este quinquenio se enfatizó en el programa de educación continua, incluyendo cinco cursos consecutivos donde se abordaron temas de administración para la calidad y mejora continua, consiguiendo así la institución reconocimiento a nivel nacional.

En el año 2001, con el lanzamiento de la Cruzada Nacional por la Calidad en la Atención, se presenta un mínimo de aspectos que deben ser considerados de manera integral en los programas de educación y capacitación sobre la materia. Entre ellos se destaca el que debe centrarse en la perspectiva de los usuarios, la necesidad de llevar a cabo mediciones válidas y el análisis de los procesos de atención y de apoyo a la atención para que

las acciones de mejora modifiquen de raíz las causas de la mala calidad (3), razón por la cual el departamento de enfermería en el INER desarrolló algunos procesos con este enfoque, tales como el programa de caídas y prevención de úlceras por presión.

En el año 2004, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a través de la Comisión Interinstitucional de Enfermería, emiten los lineamientos para la mejora continua. El Programa Nacional de Seguridad del Paciente (SS/DGCES, 2007) establece como objetivo general implantar medidas de prevención de eventos adversos, para garantizar la seguridad del paciente en las unidades del sector salud, a través de proyectos de mejora ajustados a las circunstancias adversas de cada institución, para contener los riesgos, desarrollando además indicadores de seguridad del paciente que permitieran evaluar el avance y proponer ajustes (4). Fue preciso que la labor de enfermería con respecto a la calidad, fuera ardua y tangible, sobre todo en el seguimiento de indicadores emitidos por las instancias arriba mencionadas; sin embargo, el trabajo respecto a la gestión de riesgos se limitó a la notificación de algunos eventos adversos y es solo hasta el 2009, según datos encontrados en archivos de la jefatura de enfermería, que se revelan los primeros indicios de la notificación de incidentes.

Por más de ocho años en el área de enfermería, los formularios para la notificación fueron considerados como instrumentos decisivos en la gestión de la calidad; a partir del 2010 se integró al trabajo de calidad la gestión de riesgos, se aumentó la detección precoz, el análisis y la clasificación de incidentes en salud para hacer posible la pronta investigación e intervención destinada a reducir los daños asociados.

El plan diseñado en el año 2011 por la coordinación de calidad del cuidado, en su momento planteó como objetivos: identificar tendencias en la notificación de incidentes para desarrollar estrategias preventivas, buscar el aprendizaje a través de la experiencia y garantizar que el servicio proporcionado fuera lo más seguro posible. En el 2012 se unen esfuerzos con el Departamento de Calidad del instituto para crear un único sistema de notificación y contar con un equipo multidisciplinario que analice todos los incidentes; sin embargo, hasta el momento no ha sido posible.

En octubre de 2013 el Departamento de Calidad promueve la notificación electrónica, a partir de la capacitación e información masiva en las áreas del instituto y en enero de 2014 el área de Gestión del Cuidado inicia la notificación electrónica. Hoy en día, la notificación de incidentes en salud en el INER es el registro interno sistemático y confidencial de cualquier circunstancia o evento que ha causado daño o que podría haber causado daño al paciente (5); se notifica a través de formularios simples. Frecuentemente, quien notifica es el personal que estuvo involucrado o que presencié el evento. También se utiliza la comunicación verbal para la recolección de datos (5).

La notificación de incidentes es una herramienta clave en la gestión de riesgos clínicos; sin embargo, el personal debe comprender que es sólo una parte del proceso, y que la prevención constituye un componente fundamental en el éxito de los programas de seguridad hospitalaria (6).

Asuntos Metodológicos

En este trabajo se consideraron las siguientes fases (7,8):

Fase de lanzamiento. Se elaboró un plan donde se incluían 10 grupos de trabajo, a los cuales se integraron más de 120 profesionales expertos en diversos ámbitos vinculados con la seguridad del paciente, con reuniones de trabajo programadas cada mes como mínimo. Se programó un periodo de capacitación, donde se presentaron nueve sesiones y tres cursos monográficos al año, enfocados a promover el conocimiento e importancia del programa de calidad y seguridad del paciente.

Análisis de la situación. Se inició con una reflexión sobre la seguridad del paciente y se revisó la incidencia e iniciativas existentes, tanto en el departamento de enfermería como en el instituto. El análisis de los resultados obtenidos permitió clarificar las principales constataciones de la realidad actual de la seguridad del paciente dentro del INER. En el pasado se emprendían algunas acciones pero no quedaba evidencia ni existía un sistema implantado.

Definición del futuro deseado. En esta fase se realizó un análisis sobre el enfoque de la gestión de riesgos y se definió la visión de la coordinación de calidad del cuidado, en lo referente a la seguridad del paciente, con base en la prevención, siendo necesario implementar lo siguiente:

- Adoptar la política de calidad institucional.
- Sensibilizar al personal y a los coordinadores de grupos de trabajo para desarrollar sus capacidades en el rediseño de sus estrategias, con la intención de mejorar los resultados en beneficio de la satisfacción y la seguridad del paciente.
- Promover la mejora continua en el personal para ofrecer calidad en sus servicios.
- Promover un proceso de cambio creativo, para renovar los procesos

enfocados a brindar seguridad y satisfacción de los usuarios.

- Motivar al personal para desarrollar las actividades asistenciales en un ambiente seguro para ellos y para los pacientes.

Posteriormente, se hizo un planteamiento del futuro deseado en cuanto a optimizar los resultados en todos los niveles asistenciales, para dar respuesta a la misión del INER.

Definición de estrategias

- Se desarrollaron guías de enfermería para promover y estandarizar acciones específicas, con la intención de mejorar la seguridad de los pacientes, la calidad de la atención y la seguridad hospitalaria, para dar cumplimiento a la normatividad vigente y a las políticas nacionales prioritarias en salud.
- Se diseñaron políticas de operación.
- Se celebraron reuniones con los grupos de trabajo una vez al mes para analizar, revisar, mejorar y evaluar los procesos.
- Se construyeron indicadores de proceso y resultado.
- Se propuso involucrar a todas las áreas relacionadas.
- Se definió la capacitación continua al personal dirigente de enfermería y al personal operativo en todos los turnos y servicios.
- Se dio a conocer el estado de la situación (actos inseguros, condiciones peligrosas, malas prácticas, etc.).

Monitoreo de indicadores. Tras la definición de las estrategias y formulación

de sus objetivos estratégicos, se propuso a los grupos de trabajo realizar evaluaciones para identificar áreas de oportunidad. Se definieron los indicadores de resultados con la finalidad de poder medir el logro de los objetivos propuestos. Los resultados no fueron tan alentadores; sin embargo, el personal de enfermería no declinó su responsabilidad y compromiso y su trabajo empezó a reflejarse en la institución. Pero el compromiso no era suficiente, teniendo en cuenta que la seguridad del paciente es asunto de todos.

Presentación del documento al departamento de calidad. A partir de la información generada y en acuerdo con los grupos de trabajo para implementar cambios en los procesos, se pasó a la fase de difusión; primero se presentó el estado a los grupos de trabajo, después a las autoridades de enfermería y, hechas algunas observaciones, se solicitó la autorización a la Dirección Médica.

Cuando fueron aprobadas, y con base en el consenso de las autoridades y el comité de calidad y seguridad para el paciente (COCASEP), se solicitó que las políticas ampliaran su aplicabilidad para toda la institución, por lo que fue necesario: formar un equipo multidisciplinario, estandarizar el proceso y centralizar los incidentes en el Departamento de Calidad. Todo este proceso duró cerca de dos años.

Fase de participación y validación. Este primer documento del plan se sometió al análisis y opinión de expertos invitados a participar en el COCASEP. Con las conclusiones y comentarios que se extrajeron de este foro de participación se realizó la formulación del documento: Gestión de riesgos en el INER.

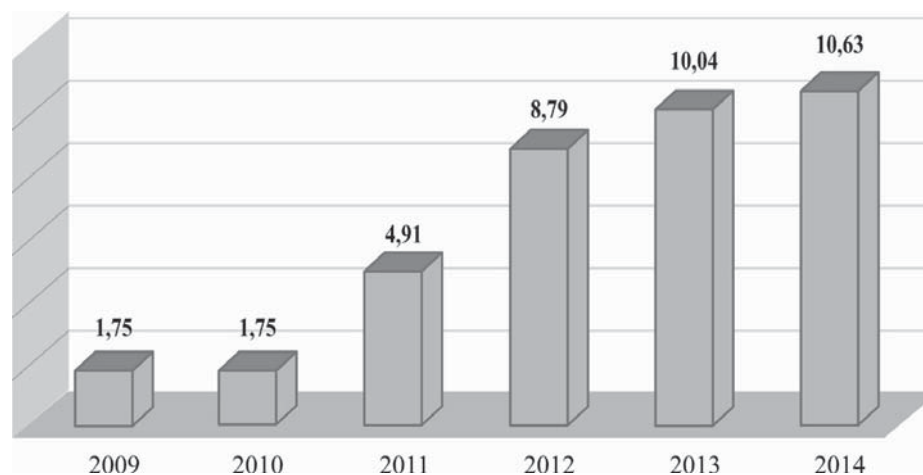
Difusión y participación de todas las áreas. Actualmente, se está trabajando en esta fase y se pretende además: estandarizar procesos en cada área, hacer seguimiento y monitoreo de apego al cumplimiento, realizar control, evaluación y retroalimentación.

Resultados del proceso

Existen datos que muestran la notificación de incidentes de salud en el INER a partir del año 2009 y revelan que ésta ha aumentado significativamente (9) (Gráfica 1). Estos incidentes son sólo los que están relacionados con la atención médica y notificados por personal de enfermería, sin incluir episodios de infección, que son gestionados por la Unidad de Vigilancia Epidemiológica (UVEH).

En el año 2011, cuando se inicia la gestión de riesgos en enfermería, la notificación aumenta 2,8 veces más comparada con el 2009 y en el 2013, la notificación de incidentes aumentó 5,5 veces más.

Gráfica 1. Tasa anual de incidentes de salud en el INER

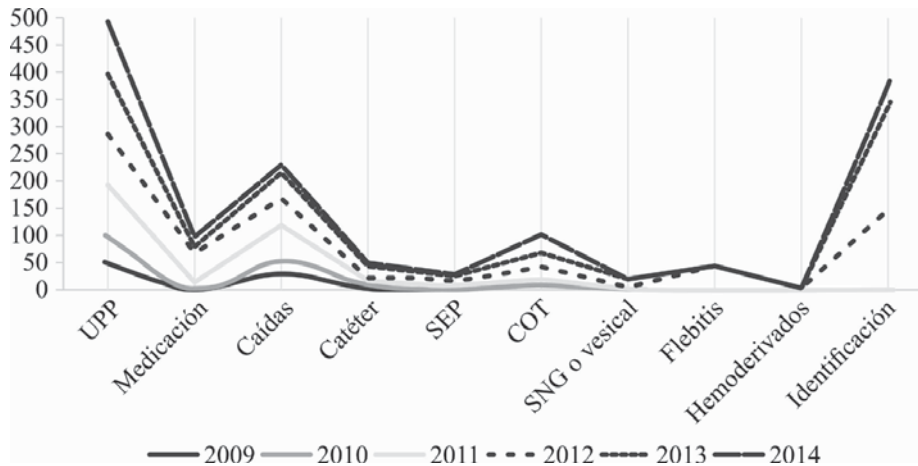


Fuente: Hojas de notificación de incidentes de salud del Departamento de Enfermería.

En los años 2009 y 2010 sólo se notificaron eventos adversos, entre los que se encuentran: presencia de úlcera por presión (UPP), caídas, retiro accidental de catéter, de sonda endopleural (SEP) y de cánula orotraqueal (COT); a partir de 2011 se agregaron los errores en la

medicación e identificación del paciente; los incidentes de mayor frecuencia han sido úlceras por presión (UPP) y errores en los datos identificadores del paciente; en 2009 y 2010 solo se notificaban 5 tipos de incidentes y en 2014 se notifican 10 tipos de incidentes (Gráfica 2).

Gráfica 2. Tipo de incidentes notificados en el INER por año

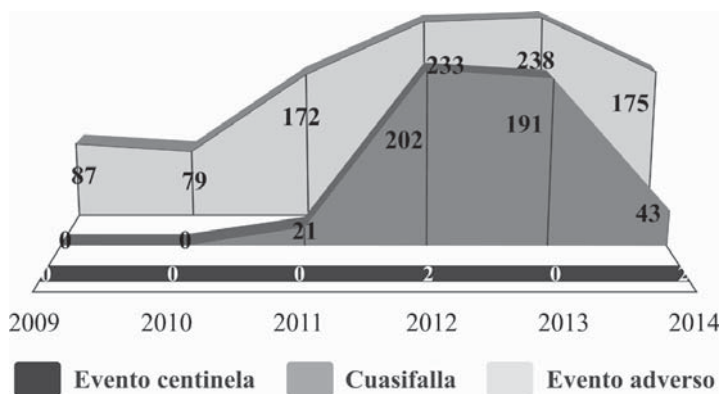


Fuente: Hojas de notificación y análisis de incidentes de salud del Departamento de Enfermería.

En el año 2011, al iniciar una gestión de riesgos, todos los incidentes notificados se analizaron y se clasificaron según el daño ocasionado; las cuasifallas representaron una tasa de 0,49% y los eventos adversos 4,09%. Para 2012, las cuasifallas sobre egresos representaron una tasa de 4,06%, los eventos adversos 4,68% y los eventos centinela una tasa de 0,05%.

En el año 2013 la tasa fue de 10,04% sobre egresos, 4,47% fueron cuasifallas, 5,57% eventos adversos y ningún evento centinela. Al analizar los incidentes notificados de enero a junio de 2014, resultó una tasa de eventos centinela de 0,09%, los eventos adversos de 8,15% y una tasa de 2,00% para cuasifallas. (Gráfica 3).

Gráfica 3. Clasificación de incidentes de salud en el INER según el daño ocasionado



Fuente: Hojas de notificación y análisis de incidentes de salud del Departamento de Enfermería.

Reflexiones finales

Tras dos décadas de trabajo para mejorar la calidad y seguridad del paciente por parte del Departamento de Enfermería, los esfuerzos se ven reflejados en los resultados, sin embargo no ha sido suficiente; el mayor reto ha sido sensibilizar al personal bajo el principio bioético: “no hacer daño”, para mejorar sus prácticas con menor riesgo para el paciente y que cuando se cometa un error, alcance o no al paciente, éste se notifique llenando el formulario, o bien, se realice vía electrónica, siendo ésto un reto mayor porque se tienen que romper inercias del pasado.

Si se quiere reducir el índice de errores en la atención médica es fundamental estimular su notificación, para su mejor comprensión y mejor establecimiento de medidas correctivas (9). Sin embargo, antes de retomar el programa, se deben remover las barreras culturales que impiden la notificación, concientizando al personal para que reconozca plenamente que éste programa se utiliza más para mejorar la calidad en la atención, que para medir el desempeño individual. Además, considerar que la notificación de incidentes es tan sólo una herramienta de las muchas que existen para mejorar la calidad y seguridad de los pacientes.

Por otro lado, en los estudios realizados por Heinrich, pionero de la salud ocupacional y la seguridad, se sugiere una relación aproximada de un evento adverso grave (evento centinela) por cada 30 eventos adversos y por cada 300 accidentes sin daño o cuasifallas (9,10).

Durante más de 5 años (desde enero de 2009 a junio de 2014), al analizar los incidentes notificados, se encontró que en comparación con el modelo Heinrich, los incidentes de salud en el INER se distribuyeron a razón de: 4 eventos centinela, 984 eventos adversos y 457

cuasifallas, datos que en principio están en discordancia con los resultados que sugiere Heinrich.

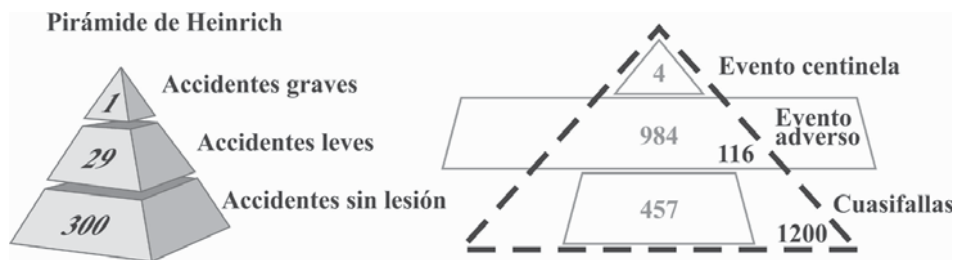
De acuerdo al planteamiento de Heinrich, representado en forma gráfica, y a partir de los eventos centinela notificados, según los resultados en el INER, se suponen: 116 eventos adversos; en contraparte, se notificaron 8 veces más y con respecto a las cuasifallas, debieron notificarse 1200 y sólo se dieron a conocer en un 38,08%, lo que revela un subregistro de lo que sucede en el INER (Figura 1); en este sentido, se puede afirmar que: el no efectuar el proceso de notificación de las cuasifallas permite que los eventos adversos aparezcan en mayor número.

En el INER, la alta frecuencia de eventos adversos en comparación con las cuasifallas, obliga a abordar los problemas de seguridad antes de que ocurran y una forma de atenuar esta alta frecuencia es enfocarse en la prevención e identificación de riesgos para añadir valor a la mejora de la calidad en la atención, que centrarse únicamente en los episodios adversos.

Aprender que la notificación es una herramienta que sirve para detectar brechas en la calidad de la atención y que puede servir para prevenir nuevos eventos; además, considerar la participación de los pacientes, debido a que: la experiencia y la salud de los pacientes son el eje de los servicios de atención médica orientados al paciente y centrados en las personas.

Ello supone que a partir del análisis de los incidentes se puedan detectar las causas (factores humanos, organizativos, factores del proceso, equipamiento, factores ambientales) que contribuyen a su aparición, de modo que se pueda intervenir sobre ellos y reducir el riesgo (11); además, que sirvan para evaluar las tendencias y comparar sus tasas con algún patrón externo, para establecer el desempeño institucional.

Figura 1. Comparación del planteamiento de Heinrich con la notificación realizada en el INER



Fuente: Notificación de incidentes de salud en Enfermería

De lo anterior se deduce que los esfuerzos para gestionar los riesgos no han sido suficientes; se requiere de mayor voluntad de todo el personal y de todas las áreas para impulsar un enfoque global y multifactorial que ayude a gestionar los riesgos reales y potenciales (12), aumentar la notificación de cuasifallas, identificar los problemas de seguridad y generar acciones para prevenir y disminuir los riesgos. Se espera conseguir que el personal de salud en primera instancia, y en consecuencia la institución, se comprometan a poner en práctica barreras de seguridad para reducir el número de incidentes que vulneran la seguridad de quienes acuden para recuperar su salud (13).

Agradecimientos

Al personal de Enfermería del INER, por los esfuerzos realizados para notificar los incidentes y mejorar la calidad del cuidado. A quienes han colaborado y alimentado el sistema de gestión de riesgos y al departamento de bioestadística por los datos de egresos hospitalarios.

Principalmente a los pacientes en quienes se han cometido errores y a todos aquellos que no hayan recibido lo que esperaban del INER. Ellos dan la pista en torno a las líneas y matices que hay que corregir o mejorar. Ellos son los verdaderos

artífices de este trabajo. Vaya para ellos mi reconocimiento y sincera gratitud.

Referencias

1. Mulens I. La gestión de enfermería desde las dimensiones del cuidado. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas. [Citado junio 20 de 2015] Disponible en: http://www.aniorte-nic.net/archivos/trabaj_gestion_ivette.pdf.
2. Cárdenas R. Cómo lograr la calidad en bienes y servicios. México: Editorial Limusa, Grupo Noriega Editores; 1993.
3. México, Secretaría de Salud. Programa de Acción. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. México; 2001.
4. México, Secretaría de Salud. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia. México: Secretaría de Salud; 2012.
5. Vítolo F. La notificación de incidentes, errores y eventos adversos. [Citado junio 20 de 2015] Disponible en: http://www.nobleseguros.com/articulos_noble/21.pdf.
6. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, Eds. To err is human: Building a safer health system. Committee on Health Care in America. Institute of Medicine. Washington D: National Academy Press; 1999.
7. Consejería de salud. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrados: calidad por sistema. 2ª ed. Sevilla: Junta de Andalucía; 2009.

8. Kotter John P. Liderando el cambio. México, Editorial: Mc. Graw Hill editores; 2002.
9. Bañeres J, Cavero E, López L, Orrego C, Suñol R. Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; SF. p.153.
10. Cortés JM. Técnicas de prevención de riesgos laborales: seguridad e higiene del trabajo, 9ª ed. Barcelona: Editorial Tébar S.L; 2007.
11. Organización Mundial de la Salud. Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. 2009. [citado junio 20 de 2015] Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_reportes.
12. Heinrich HW. Industrial accident prevention: a scientific approach. New York, London: McGraw-Hill; 1941.
13. Ruelas E. Seguridad del paciente hospitalizado. México: Editorial Panamericana; 2007