

Importancia de crear una cultura de seguridad del paciente a través de la implantación de un plan de seguridad

Interesante artículo especial que describe cómo diseñar e implantar un plan de seguridad del paciente (PSP) en un servicio de urgencias hospitalario (SUH). La reciente publicación del estudio "EVADUR", patrocinado por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), ha puesto de relieve la situación actual de la seguridad del paciente en los SUH españoles. El 12% de los pacientes sufren un incidente o efecto adverso (EA), de los que el 70% son evitables. Más de la mitad de los EA (el 7,2%) provocan un daño al paciente e incluso pueden derivar en un fallecimiento, de ahí la extraordinaria importancia clínica. Afortunadamente desde hace años se acepta que la implantación de un PSP en cualquier servicio clínico constituye una necesidad, una obligación ética y una prioridad para poder alcanzar resultados excelentes en la atención clínica y mejorar la calidad asistencial. Pero, ¿cómo puede llevarse a cabo un PSP en un SUH? Este estudio elaborado en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba que atiende unas 125.000 urgencias anuales nos describe paso a paso desde la idea inicial hasta la implementación efectiva del PSP. Se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar que realizó: 1- Revisión bibliográfica exhaustiva, 2- identificación de los EA que pueden producirse en el SUH, así como los fallos y causas que los producen, mediante la técnica de generación de ideas o brainstorming, 3- priorización de los EA y obtención del índice de prioridad de riesgos (IPR), mediante el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE), 4-propuesta de acciones preventivas para disminuir los riesgos, 5-elaboración de un mapa de riesgos del macroproceso asistencial de urgencias. Como resultados más significativos se identificaron 43 EA distintos, 65 tipos de fallos, 86 causas y 207 acciones preventivas. Cada EA generó entre 1 y 21 acciones preventivas. El 6,97% de los EA estuvieron relacionados con el diagnóstico, 13,95% con la medicación, 46,51% con los cuidados, 2,32% con infecciones, 6,97% con la realización de procedimientos y el 23,26% con otros aspectos.

M. Tejedor et al.

Emergencias 2013;25:218-227

Resultados de la implantación en Navarra del primer registro de politraumatizados de base poblacional de España

Novedoso registro basado en el estilo Utstein que ofrece resultados similares a los publicados en otros países

En una primera fase entre el 1-1-2010 y el 31-12-2011 se recogieron 243 casos. El nivel de cumplimentación de las 63 variables fue del 90%. El tiempo medio de respuesta desde la entrada de la llamada al centro de coordinación y la llegada del paciente al hospital fue de 1 hora y 13 minutos (llamada-llegada al lugar del accidente: 24 min; permanencia en el lugar: 20 min; lugar accidente-llegada al hospital: 29 min). El 62% de los pacientes acceden en vehículo medicalizado, 26% en ambulancia convencional y 11% en vehículo particular. El 44% de pacientes con Glasgow < 9 puntos fueron intubados prehospitalariamente. En el hospital al 91% se les realizó una tomografía computerizada con una demora de 41 ± 15 min. El 49,5% ingresaron en la unidad de cuidados intensivos, 41% en planta, 6,7% en observación de urgencias y el 2,8% pasaron a quirófano. Fueron dados de alta con una buena recuperación el 58% de los pacientes, el 6,6% padecieron una discapacidad moderada y el 7,5% grave. Un 1% fueron dados de alta en coma vegetativo y el 27% fallecieron.

T. Belzungui

Emergencias 2013;25:196-200

La fatiga física del socorrista provocada por un rescate acuático afecta de forma negativa a la calidad de la reanimación cardiopulmonar (RCP)

El porcentaje de compresiones y ventilaciones correctas disminuye de forma significativa al comparar la RCP que realiza el socorrista en reposo y tras un rescate acuático (de 77,5% a 63,6% y de 55,1 a 34,7%, respectivamente)

En el año 2010 se produjeron en España 2.067 muertes por ahogamiento, sumersión y sofocación accidentales. Con el fin de mejorar la calidad de la RCP y minimizar los efectos de la fatiga en la misma las recomendaciones internacionales establecieron un ratio 30:2 compresiones/ventilaciones e indicaron el relevo del reanimador cada dos minutos. En ocasiones el socorrista debe realizar la RCP tras el rescate, por lo que estaría fatigado en el momento de comenzar la reanimación. Este estudio pionero elaborado por los profesionales de la Facultad de Ciencias de la Educación y del Deporte de la Universidad de Vigo analiza el efecto de fatiga física provocada por un rescate acuático sobre la calidad de la RCP. Sesenta socorristas profesionales realizaron dos test: el primero consistió en la realización de cuatro minutos de RCP en condiciones de reposo, y en el segundo realizaron los cuatro minutos de RCP inmediatamente después de un rescate acuático. Se observó que conforme transcurrían los minutos de la RCP descendían el número de compresiones correctas. Los autores concluyen su estudio recomendando que sea un socorrista no fatigado el que inicie la RCP.

C. Abelairas et al.

Emergencias 2013;25:184-190

Satisfacer al paciente en urgencias y emergencias: obligación ética y herramienta para conseguir calidad asistencial

Oportuno y reflexivo editorial que señala las estrategias futuras para incorporar la opinión y satisfacción de los pacientes en la planificación asistencial y gestión en urgencias y emergencias. El nivel de satisfacción de los pacientes con los servicios sanitarios está relacionado con el grado de adecuación entre las expectativas previas y la percepción final del servicio recibido. En la actualidad existe un debate abierto sobre si la satisfacción se relaciona con la calidad asistencial, es decir, si es o no un indicador de resultado de esta última. En opinión de los autores los artículos señalados a continuación marcan el camino en urgencias y emergencias de una mejora de la calidad asistencial sobre la base del estudio de la satisfacción de los pacientes.

M. Tejedor et al.

Emergencias 2013;25:161-162

En este número de EMERGENCIAS se publican tres artículos muy didácticos e ilustrativos que analizan distintos factores y actuaciones para conocer y mejorar el grado de satisfacción de los pacientes con la atención recibida en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH)

En el primero de ellos, Salvador et al. analizan el impacto de la implementación de un plan de calidad en la evolución de las reclamaciones de los usuarios y su grado de satisfacción con el SUH durante los años 2008-2010 en relación a la situación previa a dicha intervención (año 2007). El 76,2% de ellas se debieron a la demora asistencial seguidas por las relacionadas con la disconformidad con la organización (7,1%). Como se aprecia en la figura tras la puesta en marcha del programa de calidad en 2008 disminuyeron en un 73,5% las reclamaciones por demora y desaparecieron las relacionadas con la falta de intimidad y accidentes en el SUH.

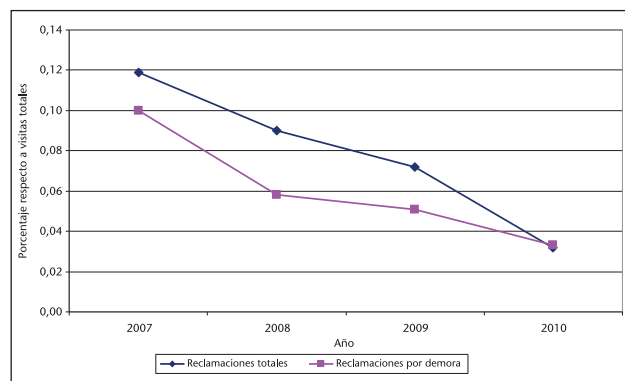


Figura 1. Relación de reclamaciones (totales y por demora) respecto a urgencias atendidas por año de estudio.

En el segundo estudio Ríos et al. sobre una muestra aleatoria de 390 pacientes encontraron un nivel medio-alto de satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería de los SUH, y ésta no guardaba relación con la complejidad del centro analizado. Por su parte en el tercer estudio el Dr. Sánchez et al. incluyeron a 373 pacientes y se demuestra que el grado de satisfacción es elevado (42,4% declaran estar totalmente satisfechos, el 50,1% satisfechos y solo el 7,5% se muestran insatisfechos con la atención recibida). Los factores que se relacionan con una experiencia insatisfactoria son la percepción del tiempo de espera excesivo, un trato médico no adecuado y la percepción de falta de respeto.

F. J. Salvador et al.

Emergencias 2013;25:163-170

M. Sánchez et al.

Emergencias 2013;25:171-176

M. I. Ríos et al.

Emergencias 2013;25:177-183