

Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

Walkrounds y Briefings en la mejora de la seguridad de los pacientes

M.D. Menéndez^a, A.B. Martínez^b, M. Fernandez^b, N. Ortega^b, J.M. Díaz^b y F. Vazquez^{a,c,*}

^aUnidad de Calidad y Gestión del Riesgo Clínico, Hospital Monte Naranco, Oviedo, España

^bDepartamento de Enfermería, Hospital Monte Naranco, Oviedo, España

^cDepartamento de Biología Funcional, Facultad de Medicina, Oviedo, España

Recibido el 17 de septiembre de 2009; aceptado el 22 de diciembre de 2009

Disponible en Internet el 8 de abril de 2010

PALABRAS CLAVE

Walkround;
Briefings;
Seguridad de
pacientes

Resumen

Objetivo: Formar, aumentar la cultura de seguridad, incrementar la notificación de eventos adversos (EA), e implementar mejoras mediante los *Walkrounds* y *Briefings*.

Material y métodos: Hospital Monte Naranco, hospital con 200 camas y principalmente pacientes geriátricos. Método: cuestionarios de seguridad de pacientes y evaluaciones de los líderes. Diseño: entrevistas cara a cara con el personal (3–5 personas) durante 1/2 h, y cambios de turno durante los años 2004–2009. Herramientas de análisis: a) encuestas de percepción de seguridad (Universidad de Texas y *Agency for Healthcare Research and Quality*); b) cuestionarios de los *Walkrounds* y *Briefings*, y c) clasificación de factores contribuyentes y la gravedad de los SA.

Resultados: Encuestas realizadas al 36,9% y 33,8% del personal respectivamente. Formación mediante *Walkrounds*: 84 personas. Número de *Walkrounds*: Servicio de Farmacia (493), y Servicio de Atención al Usuario (147), y *Briefings* (307). Notificaciones de SA: errores de medicación (71,1%), equipos (7,2%), otros (21,7%). Factores contribuyentes: ambiente de trabajo (30,1%), equipo de trabajo (29,2%), otros (40,7%). Un 86,7% de los encuestados *postbriefings* creen que es una herramienta útil. Nuevas necesidades detectadas: retroalimentación del personal mediante gráficos de control.

Conclusiones: *Walkrounds* y *Briefings* permiten detectar un mayor número de SA (más de un 20%) y son útiles para la formación. Se ha mejorado la retroalimentación del personal y se constató un descenso en el número de SA relacionados con problemas de equipos y en Consultas Externas. La comunicación cara a cara con el personal es un elemento clave en seguridad de pacientes y ayuda a conocer las necesidades a nivel de primera línea de trabajo.

© 2009 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: fernando.vazquez@sespa.princast.es, fvazquez@uniovi.es (F. Vazquez).

KEYWORDS

WalkRounds;
Briefings;
Patient safety

Walkrounds and briefings in the improvement of the patient safety**Abstract**

Objective: Training, to increase the safety culture, the reporting of adverse events, and to implement improvements using WalkRounds and Briefings.

Material and methods: Monte Naranco Hospital, hospital with 200 beds and mainly with geriatric patients. Method: Patient safety surveys and evaluations of the leaders. Design: face-to-face 1/2 h interviews with the healthworkers (3–5 people), and in the changes of shifts from 2004–2009. Analysis tools: a) Patient safety surveys (University of Texas and Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ); b) WalkRounds and Briefings forms; c) classification of contributory factors, and the severity of adverse events.

Results: Surveys were conducted on 36.9% and 33.8% of the healthworkers, respectively). WalkRounds training: 84 healthworkers. Number of WalkRounds: with Pharmacy Service (493), and with Patient Complaints Service (147), and Briefings: 307. Reporting of adverse events: Medication errors (71.1%), equipment (7.2%), others (21.7%). Contributory factors Working environment (30.1%), work team (29.2%), others (40.7%). In the post-briefing survey 86.7% of the healthworkers thought that it was a useful tool. New needs: feedback of the personnel with control charts.

Conclusions: WalkRounds and Briefings allow a higher number of adverse events (more than 20%) to be detected, and are useful for the training of healthworkers. There is better feedback and there was less problems with equipment and outpatient units. Face-to-face communication with the healthworkers is a key element in patient safety and helps to know the needs to the front line wards.

© 2009 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Las reuniones informativas (*Briefings*)¹ y la gestión itinerante o rondas de los líderes (*Walkrounds*)² son instrumentos para la mejora de la cultura de la seguridad ya que informalmente los gestores de riesgos clínicos hablan con el personal sobre seguridad y apoyan la notificación de sucesos adversos (SA) y sucesos potenciales (SPo) (o near miss) en una cultura no punitiva.

Estas dos herramientas nacen en el seno del *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) y dentro del grupo: *Idealized Design of the Medication System* (IDMS) Group. Las Rondas son propiedad intelectual de Allan Frankel³ y el *Health Research and Educational Trust* (HRET), subsidiario de la *American Hospital Association*⁴, y se empezaron a utilizar en 9 hospitales de Boston.

Los objetivos de los *Briefings* son¹: incrementar la conciencia del personal sobre temas de seguridad de pacientes (SP), crear un ambiente en el que el personal comparte información sin miedo de represalias, integrar la notificación de temas de seguridad en el trabajo diario, cambiar la cultura y reducir el riesgo de SA y mejorar la calidad del cuidado. Los objetivos de los *Walkrounds*²: Mostrar a clínicos y demás personal el compromiso del liderazgo para la seguridad, articular claramente el compromiso de liderazgo para desarrollar la infraestructura necesaria para asegurar la notificación responsable, crear cultura para cambiar la SP, proveer oportunidades para que los directivos aprendan sobre SP, identificar oportunidades para la mejora de la seguridad basadas en temas identificados durante las rondas, establecer líneas de comunicación sobre SP entre empleados y directivos y establecer un plan para enseñar de forma rápida las mejoras basadas en seguridad.

El contacto directo y regular de los líderes con el personal permite entender los problemas relacionados con el cuidado seguro.

Los objetivos de este trabajo fueron crear y aumentar la cultura de seguridad desarrollando la infraestructura adecuada, formar al personal en SP, incrementar la notificación de SA y SPo, detectar las barreras percibidas e implementar posibles mejoras relacionadas a la SP para mitigar su impacto mediante los *briefings* y *walkrounds*. Estos objetivos se realizaron dentro de un programa más amplio de iniciativas en SP.

Material y métodos

Ámbito: Hospital Monte Naranco, un hospital con 200 camas y con pacientes principalmente geriátricos, con un 71,4% de ocupación y una estancia media de 12,1 días en 2009. Los grupos implicados fueron profesionales sanitarios y pacientes. La Unidad de Calidad cuenta 5 personas de las que el responsable médico y una diplomada universitaria en Enfermería (DUE) gestora del riesgo clínico a tiempo completo, fueron los encargados de realizar todo el desarrollo del trabajo. La puesta en marcha de estas herramientas fue aprobada por la Gerencia y la Dirección de Enfermería del centro. Los datos obtenidos de forma agregada y anónima fueron informados al Consejo de Dirección.

Estudio descriptivo, retrospectivo y prospectivo. El periodo de estudio abarcó los años 2004–2009 para la formación en *Walkrounds* por los gestores del riesgo clínico; los datos de notificación corresponden a los años 2007–2008 cuando se incorporan los *Walkrounds* al Servicio Farmacia y Servicio de Atención al Usuario (SAU) de forma reglada.

Briefings. Se usó la metodología desarrollada por el IHI¹, en una primera fase en forma de entrevistas breves de 5 min con el personal de las unidades por la gestora de riesgos clínicos y desde el año 2009 de forma reglada, empezando en una de las Unidades de hospitalización, por la supervisora de forma no punitiva, en el cambio de turno con los DUE, auxiliares de enfermería, auxiliares sanitarios/celadores (sanitarios) y limpiadora (el *Briefing* se introdujo a las 14 h de esta manera la supervisora posteriormente ampliaba la información de aquellos sucesos relevantes con la persona que lo declaraba antes de la finalización del turno), con formato breve (5 min de reloj) y con la hoja de recogida de datos del *Briefing* y la encuesta de evaluación *pre* y *posbriefing*¹. En los dos primeros *Briefings* estuvieron presentes los Gestores del Riesgo Clínico para posteriormente liderarlo la supervisora. Como indicadores se usaron: cobertura de los *Briefing* (n.º de cuestionarios sobre el número posible), n.º de SA y SPo notificados.

En los *Walkrounds* se empleó la metodología desarrollada por el IHI² realizando las entrevistas en las unidades de hospitalización (3–5 personas), en el área asignada durante 1/2 h, invitando además de DUE a médicos, auxiliares de enfermería y sanitarios. A diferencia de los *Walkrounds*, y debido al tamaño de nuestro hospital, se realizó por el responsable de calidad y la DUE gestora de riesgos clínicos; sin periodicidad fija; más informal; con la idea de extender la cultura de seguridad y aumentar el aprendizaje de SA, y formar al personal en SP; y en los servicios de Farmacia y Atención al Usuario de forma reglada una vez a la semana en cada servicio. En la guía de los *Walkrounds* se explicitó que se podían hacer cambios en función del tamaño del hospital. Se usó la hoja de recogida de datos de los *Walkrounds*². Como indicadores se usaron: n.º de *Walkrounds* y personal formado, n.º de SA informados mensualmente de los sistemas de notificación voluntarios y barreras percibidas.

Herramientas de análisis: a) encuestas de percepción de seguridad de la Universidad de Texas⁵ y la *Agency for Healthcare Research and Quality*⁶ para estudiar las barreras percibidas y el nivel de cultura de seguridad; b) formulario IR2 del *National Health Service* inglés IR2 para la declaración

Tabla 1 Categorías de gravedad de sucesos adversos*

Categoría A: circunstancias o sucesos que tienen la capacidad de causar un error
Categoría B: un error que no alcanza al paciente
Categoría C: un error que alcanza al paciente pero no causa daño
Categoría D: un error que alcanza al paciente y requiere monitorización o intervención para confirmar que no resultó un daño al paciente
Categoría E: daño temporal al paciente e intervención requerida
Categoría F: daño temporal al paciente y que requiere hospitalización inicial o prolongada
Categoría G: daño permanente para el paciente
Categoría H: Intervención requerida para mantener la vida
Categoría I: muerte del paciente

*National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) Index Categorizing Errors.

de SA notificados en los *Walkrounds*; c) clasificación de factores contribuyentes (según el esquema de Charles Vincent)⁷, y categorización de la gravedad (por códigos de colores: rojo [muy grave], naranja [grave], amarillo [moderado] y verde [leve] según la matriz de riesgos en la que el riesgo es el producto de la consecuencia por la probabilidad) (fig. 1) y las categorías de A–I del *The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* americano (tabla 1)^{8,9}, y d) priorización de problemas y evaluación por los líderes.

Instrumentalización: se usó el cuestionario de los *Briefings*, estructurado en un lista de tareas en una página (figura 2) y la encuesta previa y postbriefings (figura 3), y las *Walkrounds* para la notificación de los SA y potenciales.

Método estadístico: fue realizado mediante la prueba del chi cuadrado y la corrección de Yates cuando fue apropiado. Valores de $p < 0,05$ se interpretaron que tenían significación estadística.

Resultados

Dentro de la Unidad de Calidad de nuestro hospital se creó la infraestructura adecuada para realizar los *Briefings* y *Walkrounds* (creación física de la Unidad de Gestión del Riesgo Clínico y consolidación a través de la creación de las Unidades de Gestión del Riesgo Clínico del Servicio de Salud del Principado de Asturias, y la presencia a tiempo completo de la gestora del riesgo clínico) con un cronograma de trabajo y con el liderazgo de la Gerencia. Para los *Briefings* se trató en la Comisión de la Dirección de Enfermería con las supervisoras su implantación paulatina y con un seguimiento de la Unidad piloto.

Se realizaron 307 *Briefings* en el periodo 2007–2008 (tabla 2), desde el año 2009 y en la Unidad piloto el 100% en el turno de mañana lo que supone un 23,8% a la semana si consideramos que hay 3 turnos en la Unidad de Hospitalización.

Se formó, entre 2004–2009, mediante *Walkrounds* a 84 personas (21%) (31 DUE, 41 auxiliares de enfermería, 3

Probabilidad		Consecuencia (impacto) (del riesgo, casi perdida o incidente)				
		Insignificante 1	Menor 2	Moderado 3	Mayor 4	Catastrófico 5
Casi cierto	5	M (5)	M (10)	A (15)	E (20)	E (25)
Probable	4	M (4)	M (8)	A (12)	E (16)	E (20)
Posible	3	B (3)	M (6)	A (9)	E (12)	E (15)
Improbable	2	B (2)	B (4)	M (6)	A (8)	E (10)
Raro	1	B (1)	B (2)	M (3)	A (4)	A (5)

A: códigos naranja (severidad alta); B: códigos verdes (severidad baja); E: códigos rojos (severidad elevada); M: códigos amarillos (severidad moderada).

Figura 1 Matriz de riesgos (códigos de severidad)

Hoja para realizar el <i>Briefing</i>	
Fecha:	
Hora de comienzo:	Hora de finalización:
(La supervisora pregunta a mano alzada)	
¿Cuántas personas encontraron hoy algún problema relacionado a temas de seguridad ? Indique el número de sucesos y tipo de suceso	
¿Cuántas personas detectaron hoy un suceso potencial ? Indique el número de sucesos y tipo de suceso	
¿Cuántas personas tuvieron hoy pacientes que hicieron preguntas o comentarios sobre temas de seguridad? Indique el número de sucesos y tipo de suceso	
Para los que levantaron la mano, ¿Cuántos fueron sucesos potenciales que no pasaron a sucesos adversos por prevenirlos las preguntas o comentarios de los pacientes?	
¿Qué temas de seguridad vistos por el personal han tenido una pronta respuesta?	
¿Qué cambios en los procesos (trabajo, cuidados, etc) podrían hacerse para mejorar la seguridad de pacientes?	
☐ ¿Hubo algún paciente sin identificar? ☐ ¿Se detectó alguna UPP nueva? ☐ ¿Se detectó alguna dermatitis? ☐ ¿Hubo alguna caída de paciente? ☐ ¿Hubo algún error de medicación? ☐ ¿Se ha detectado alguna flebitis? ☐ ¿Ha habido alguna laceración? ☐ ¿Ha habido algún accidente laboral?	

Por favor enviar a la Gestora de Riesgo Clínico

Figura 2 Formulario utilizado en los *Briefings*.

médicos y 9 sanitarios) (fig. 4). De todos los sistemas de notificación (voluntarios, obligatorios, *Agency for Healthcare Research and Quality*, estudios observacionales y de control de la infección, reclamaciones y quejas del SAU y la revisión de historias clínicas buscando pistas a través de la herramienta *Global Trigger Tool* del IHI) en el año 2007–2008; hubo una notificación de 646 (23,7%) SA mediante los *Walkrounds* (tabla 2): en Farmacia (499) y SAU (147), y por *Briefings* 307 (11,3%). En total se notificaron 953 SA y/o SPo por *Walkrounds* y *Briefings*: 915 SA (96%) y 38 SPo (4%), fundamentalmente fueron errores de medicación (71,1%), problemas con los equipos (7,2%) y otros (21,7%) (tabla 3). El personal notificador, turno de

trabajo, unidad y gravedad por códigos de colores y por el *The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* americano se detallan en la tabla 3. El número mensual de SA declarados osciló entre 110 en marzo y 12 en agosto en el 2007, y 64 en marzo y 14 en julio de 2008, pero fue constante en todos los meses. Las unidades de agudos representaron la mayor frecuencia de SA notificados (tabla 3). Por gravedad los códigos verdes fueron los más frecuentes (76,4%) y los rojos representaron un 0,6% (tabla 3). Los factores contribuyentes detectados fueron sobre todo: ambiente de trabajo (30,1%), equipo de trabajo (29,2%), otros (40,7%) (tabla 3).

Encuesta de evaluación Prevía a la instauración del Briefing																														
¿Piensa que puede ser útil para ayudar a reducir los riesgos de seguridad? ☐ No ☐ Un poco ☐ Moderado ☐ Muy útil De 1 a 10, ¿cómo valoraría la calidad del cuidado hasta ahora? <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="3">No valor</td> <td colspan="4">Neutro</td> <td colspan="3">De mucho valor</td> </tr> </table>											1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No valor			Neutro				De mucho valor		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																					
No valor			Neutro				De mucho valor																							
Encuesta de evaluación Después del Briefing																														
¿Piensa que puede ser útil para ayudar a reducir los riesgos de seguridad? No ☐ Un poco ☐ Moderado ☐ Muy útil ☐ De 1 a 10, ¿cómo valoraría la calidad del cuidado después de introducir el <i>Briefing</i>? <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="3">No valor</td> <td colspan="4">Neutro</td> <td colspan="3">De mucho valor</td> </tr> </table> ¿En que grado el <i>Briefing</i> hace que sea más consciente de estos temas? ☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderado ☐ Mucho ¿Recomendaría que continúen los <i>Briefings</i> ? Sí ☐ No ☐ ¿Cómo los mejoraría?											1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No valor			Neutro				De mucho valor		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																					
No valor			Neutro				De mucho valor																							

Figura 3 Encuesta pre y posbriefings.

Tabla 2 Notificación de sucesos adversos por *Walkrounds* y *Briefings*

Sistemas de notificación	2007	2008	Total
Todos los sistemas de notificación	1.476	1.252	2.728
Mediante:			
a) <i>Walkrounds</i>	302 (20,5%)	344 (24,5%)	646 (23,7%)
Servicio de Farmacia	206	293	499
Servicio de Atención al Usuario	96	51	147
b) <i>Briefings</i>	219 (14,8%)	88 (7%)	307 (11,3%)
Total <i>walkrounds</i> y <i>briefings</i>	521 (35,3%)	432 (34,5%)	953 (34,9%)

SA: sucesos adversos; SAU: servicio de atención al usuario; SPo: sucesos potenciales.

Las barreras percibidas de estas herramientas, por los comentarios narrativos de los encuestados, fueron entre otras: «falta de tiempo» (27,5%), «interrupción del trabajo habitual» (54,2%), «demasiado papeleo» (58%), «los líderes no harán cambios en SP por los resultados obtenidos» (54,8%) y que baja al 13,5% en la segunda oleada. Un 20% creen que no reciben retroalimentación de su actividad. La encuesta *prebriefing* mostró que un 50% pensaba que la calidad del cuidado si mejora con los *Briefings* y la encuesta *posbriefing* mostró que el 86,7% creía que era una herramienta útil globalmente, que hace que el personal sea más cuidadoso en SP (80%) y un 73,3% recomienda seguir con ellas.

Mediante los *Walkrounds* y con la introducción de la historia clínica electrónica en el 2007 se detectó la necesidad de hacer obras en el control de enfermería de una unidad, y las quejas y problemas con las baterías de los ordenadores portátiles. Se encontraron mejoras significativas en problemas de equipos ($p=0,000$), consultas externas ($p=0,000$), admisión y alta de pacientes ($p=0,0004$), y en factores contribuyentes relacionados con la gestión ($p=0,000$).

Como nuevas necesidades detectadas se observó la importancia de retroalimentación del personal mediante gráficos de control.

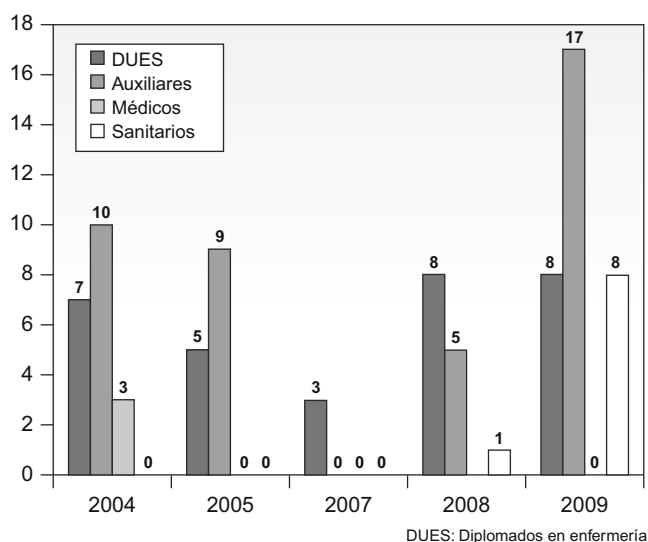


Figura 4 Formación del personal mediante *Walkrounds* y *Briefings*

Discusión

La mala comunicación es muchas veces la única y la causa más frecuente de SA en el ambiente sanitario¹⁰. La falta de comunicación ha sido notificada por la JCAHO como la causa del 60% de sucesos centinelas¹¹.

La verdadera prevalencia de los *Walkrounds* no se conoce, pero al menos 200 hospitales lo han usado a través del IHI y 9 hospitales de Boston han participado en un estudio de 3 años, además unos 100 han requerido una base de datos para recoger los datos de los *Walkrounds*; sin embargo, no se han notificado si son o no efectivos¹². Existen pocos estudios publicados sobre la utilización de *Briefings* y *Walkrounds* y orientados fundamentalmente a zonas como quirófanos y UCI, demuestran la utilidad de los *Briefings* con un efecto positivo sobre la comunicación del equipo¹³⁻¹⁶. En el estudio de Lingard et al¹⁰ encuentran se objetivó mediante la utilización de los *Briefings* un descenso de los fallos de comunicación del 3,95 al 1,53 (3 veces). Los resultados en el Orange County (en EE.UU.) muestran que desaparecieron los errores de cirugía del

Tabla 3 Factores relacionados con la declaración de incidentes y sucesos adversos por los *Briefings* y *Walkrounds* y factores contribuyentes

Ítem	Número (%) (521), 2007	Número (%) (432), 2008	Número (%) (953), Total	Factor contribuyente	Número (%) 2007	Número (%) 2008	Número (%) Total
Categoría de SA							
Errores de medicación	321 (61,6)	357 (61,6)	678 (71,1)	Paciente	6 (1,2)	10 (2,3)	16 (1,7)
Equipos	55 (10,6)	14 (3,2)	69 (7,2)	Historia	1	—	1
Consultas	58 (11,1)	21 (4,9)	79 (8,3)	Tratamiento	1	—	1
externas				Relaciones paciente/ personal	4	9	13
Admisión y alta de pacientes	22 (4,2)	5 (1,2)	27 (2,8)	Condición	—	1	1
Pruebas diagnósticas	29 (5,7)	29 (5,7)	45 (4,7)				
Servicios generales	9 (1,7)	—	9 (0,9)	Individuo	50 (9,6)	48 (11,1)	98 (10,3)
Edificio	4 (0,8)	4 (0,9)	8 (0,8)	Habilidades	50	48	98
Otros	23 (4,4)	15 (3,5)	38 (4)	Equipo de trabajo	130 (25)	148 (34,3)	278 (29,2)
Personal que declara SA				Comunicación verbal	12	26	38
S. Farmacia	206 (39,5)	293 (67,8)	499 (52,4)	Comunicación escrita	108	130	238
SAU	96 (18,4)	51 (11,8)	147 (15,4)	Respuesta compañeros a los incidentes	6	2	8
Supervisoras	116 (22,3)	17 (3,9)	133 (14)	Supervisión y búsqueda de ayuda	3	—	3
DUES	67 (12,9)	55 (12,7)	122 (12,8)	Liderazgo	1	—	1
Médicos	13 (2,5)	8 (1,9)	21 (2,2)				
Auxiliares de enfermería	6 (1,2)	2 (0,2)	8 (0,8)	Contexto institucional	11 (2,1)	4 (0,9)	15 (1,6)
Otros	17 (3,3)	6 (0,6)	23 (2,4)	Política del SESPA	6	—	6
Turno de la declaración del SA				Relaciones externas	5	4	9
Mañana	421 (80,8)	388 (89,8)	809 (84,9)	Tarea	106 (20,3)	108 (25)	214 (22,5)
Tarde	83 (15,9)	36 (8,3)	119 (12,5)	Disponibilidad de guías	14	2	16
Noche	17 (3,3)	10 (2,3)	27 (2,8)	Diseño de tareas	92	106	198

Tabla 3 (continuación)

Ítem	Número (%) (521), 2007	Número (%) (432), 2008	Número (%) (953), Total	Factor contribuyente	Número (%) 2007	Número (%) 2008	Número (%) Total
Unidad donde se produjo el SA				Ambiente de trabajo	181 (34,7)	106 (24,5)	287 (30,1)
Unidades de agudos	268 (51,4)	191 (44,2)	459 (48,2)	Diseño de registros y notas	18	1	19
Ortogeriatria	70 (13,4)	73 (16,9)	143 (15)	Construcción	6	6	12
C. Externas	68 (13,1)	23 (5,3)	91 (9,5)	Ambiente	3	–	3
Unidad de ictus	36 (6,9)	57 (13,2)	93 (9,8)	Equipos y suministros	109	83	192
Paliativos	32 (6,1)	61 (14,1)	93 (9,8)	Disponibilidad de personal	14	4	18
Quirófanos	10 (1,9)	9 (2,1)	19 (2)	Educación y entrenamiento	25	11	36
Radiología	10 (1,9)	5 (1,2)	15 (1,6)	Cargas de trabajo	4	1	5
S. Farmacia	8 (1,5)	5 (1,2)	13 (1,4)	Factores de tiempo	2	–	2
Otros	19 (3,6)	6 (1,4)	25 (2,6)	Gestión	37 (7,1)	6 (1,4)	43 (4,5)
Severidad de los SA				Liderazgo	1	–	1
a) Código verde	392 (75,2)	336 (77,8)	728 (76,4)	Estructura organizativa	35	6	41
Código A	39 (7,5)	2 (0,5)	41 (4,3)	Fuentes financieras	1	–	1
Código B	286 (54,9)	296 (68,5)	582 (61,1)				
Código C	67 (12,9)	38 (8,8)	105 (11)				
b) Código amarillo	119 (22,8)	91 (21,1)	210 (22)				
Código C	71 (13,6)	65 (15)	136 (14,3)				
Código D	48 (9,2)	26 (6)	74 (7,8)				
c) Código naranja	9 (1,7)	4 (0,9)	13 (1,4)				
Código E	6 (1,2)	4 (0,9)	10 (1)				
Código F	3 (0,6)	–	3 (0,3)				
d) Código rojo	1 (0,2)	5 (1,2)	6 (0,6)				
Código I	1 (0,2)	5 (1,2)	6 (0,6)				

DUES: diplomados en enfermería; SA: sucesos adversos; SAU: servicio de atención al usuario; SESPA: servicio de salud del principado de Asturias.

sitio equivocado, la rotación de enfermeras cayó un 16% y la satisfacción aumentó un 19%¹⁷.

En nuestro estudio mediante los *Walkrounds* se pudo formar un 21% del personal en seguridad de pacientes y actualmente se usa para el personal de nueva incorporación junto con el plan de acogida del centro. La notificación de SA ha aumentado con estas dos herramientas un 20,5–27,5% respectivamente, y con la implantación reglada de los *Briefings* en todas las unidades de hospitalización se espera aumentar estos porcentajes. Se ha encontrado un 4% de SPo que es muy difícil de detectar por otros sistemas de notificación pero que demuestra la infranotificación de los mismos.

La encuesta *postbriefing* estuvo en línea con lo comunicado por Lingard et al¹⁰ en el que globalmente el 81% opinaba que eran útiles. En nuestro estudio fue del 86,7%.

Para los factores contribuyentes, Zimmerman et al¹⁸ encontraron que, como media, los más frecuentes fueron equipos (27,3%), ambiente de trabajo (23%), organización (21%), e individuo (18,3%). Mientras en otro estudio¹⁹, el ambiente de trabajo supuso el 56% y los factores del equipo un 17,3%. En nuestro estudio, el ambiente de trabajo también fue el más frecuente con un 30,1%.

Un 32% opinaba que la retroalimentación era baja y se resolvieron el 64,8% de los temas identificados¹⁸. En nuestro caso sólo un 20% del personal consideraba que la retroalimentación fue baja.

Al tener diferentes sistemas de notificación se priorizaron en el conjunto de los SA notificados, pero por estas dos herramientas se constató un descenso del 3,4% en problemas de equipos (mejora de la historia clínica electrónica), 6,2% en problemas de Consultas Externas y un 3% en admisión y alta de pacientes.

La creación de la unidad y el disponer de una persona a tiempo completo ha permitido la posibilidad de aumentar las *Walkrounds* semanales en servicios como el de Farmacia y SAU, de tal forma que ha permitido aumentar la notificación como se ha mostrado previamente, discutir temas de SP y aumentar la cultura de seguridad.

Como lecciones aprendidas se constató que los *Walkrounds* y *Briefings* permiten detectar SA, siendo útiles para la formación del personal. Se han categorizado los SA mediante los factores contribuyentes para diseminar los resultados a través de la organización, aunque se observó la necesidad de una mejor retroalimentación que debería

realizarse en paralelo con la creación de la cultura de seguridad y no como en nuestro hospital que se realizó en una fase más tardía. Y la comunicación cara a cara con el personal ha sido un elemento clave en SP y ayuda a conocer las necesidades a nivel de la primera línea de trabajo en las unidades de hospitalización.

Como debilidades se ha encontrado que algunos temas están más allá de nuestra capacidad de cambio (ej. recursos materiales) aunque pueden servir de aprendizaje para otras organizaciones, y en segundo lugar la elección de introducir los *Briefings* solo para enfermería, auxiliares de enfermería y sanitarios puede ser una limitación al no incluir de entrada al estamento médico, más fácil en otros ámbitos como UCI. De todas formas la estructura de nuestro hospital, con una importante carga de cuidados de enfermería, y el hecho de que los profesionales implicados son más receptivos a hablar y discutir los problemas de seguridad que los médicos^{20,21} hace que los *Briefings* sean una oportunidad para hablar y detectar problemas en seguridad de pacientes. En este sentido, también suponen una herramienta para la participación de los pacientes y familiares en la mejorar de la calidad asistencial, una estrategia a tal fin es incluir información de los mismos para la notificación y prevención de los SA²² y algunos de los SA y/o SPo fueron detectados por los mismos.

Debido a que no se han encontrado trabajos publicados realizados en un ámbito similar al nuestro, pacientes geriátricos, es difícil realizar comparaciones con los escasos datos aportados por otros autores, por ello consideramos que es la primera experiencia en el uso de estas herramientas realizada en nuestro país.

En conclusión, y puesto que la comunicación es fundamental para cualquier cambio o iniciativa, los *Walkrounds* y *Briefings*: a) suponen una oportunidad de discutir con el personal el concepto de una «cultura justa» (ni retribuciones ni acciones disciplinarias); b) además a veces ayuda al personal a notificar potenciales causas de daño que no se perciben como tal; c) se ejerce un liderazgo en SP y se alinea con las prioridades organizativas, y d) se provee de herramientas e indicadores en SP y a nivel personal en las unidades la notificación la perciben de forma positiva (que sirve «para algo»).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. IHI. Safety briefings. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2004. Disponible en: [www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/MedicationSystems/Tools/Safety%20Briefings%20\(IHI%20Tool\)](http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/MedicationSystems/Tools/Safety%20Briefings%20(IHI%20Tool)). Acceso Junio 12, 2009.
2. Frankel AE, Graydon-Baker C, Neppl T, Simmonds M, Gustafson G, Gandhi T. Patient Safety Leadership WalkRounds™. *Jt Comm J Qual and Saf.* 2003;29:16–26.
3. Frankel A, Graydon-Baker E, Neppl C, Simmonds T, Gustafson M, Gandhi TK. Patient Safety Leadership WalkRounds. *Jt Comm J Qual Saf.* 2003;29:16–26.
4. Graham S, Brookey J, Steadman C. Patient Safety Executive Walkarounds. In: *Advances in patient safety: from research to implementation* [monograph on the Internet]. Rockdale (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2005; [consultado: 29/7/2009] Disponible en: [http://www.ahrq.gov/qual/advances/](http://www.ahrq.gov/qual/advances/www.ahrq.gov/qual/advances/).
5. Helmreich RL, Merritt AC, Sherman PJ, Gregorich SE, Wiener EL. The Flight Management Attitudes Questionnaire (FMAQ). NASA/UT/FAA Technical Report 93–4. Austin, TX: The University of Texas; 1993.
6. Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. (Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004). AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004.
7. Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *Br Med J.* 1998;316:1154–7.
8. National Coordinating Council for Medication Error reporting and prevention NCC MERP Taxonomy of medication errors, 1998 [consultado 16/6/2008]. Disponible en: <http://www.nccmerp.org/aboutmederrors.htm>.
9. Otero López MJ, Codina Jané C, Tamés Alonso MJ, Pérez Encinas M, Grupo de trabajo Ruiz Jarabo. Errores de medicación: estandarización de la terminología y clasificación. *Farm Hosp.* 2003;27:137–149.
10. Lingard L, Regehr G, Orser B, Reznick R, Baker GR, Doran D, et al. Evaluation of a preoperative checklist and team briefing among surgeons, nurses, and anesthesiologists to reduce failures in communication. *Arch Surg.* 2008;143:12–7.
11. A follow-up of wrong site surgery. Sentinel Event Alert 2001: Dec. 5. Disponible: www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_24.htm [consultado 31/11/2009].
12. Thomas EJ, Sexton JB, Neilands TB, Frankel A, Helmreich RL. The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes: a randomized trial of clinical units. *BMC Health Serv Res.* 2005;5:28.
13. Baggs JG, Schmitt MH, Mushlin AI, Mitchell PH, Eldredge DH, Oakes D, et al. Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Crit Care Med.* 1999;27:1991–8.
14. Pronovost P, Berenholtz S, Dorman T, Lipsett PA, Simmonds T, Haraden C. Improving communication in the ICU using daily goals. *J Crit Care.* 2003;18:71–5.
15. Morey JC, Simon R, Jay GD, Wears RL, Salisbury M, Dukes KA, et al. Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project. *Health Serv Res.* 2002;37:1553–81.
16. Awad SS, Fagan SP, Bellows C, Albo D, Green-Rashad B, De la Garza M, et al. Bridging the communication gap in the operating room with medical team training. *Am J Surg.* 2005;190:770–4.
17. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care.* 2004;13(Suppl 1):i85–90.
18. Zimmerman R, Ip I, Daniels C, Smith T, Shaver J. An evaluation of patient safety leadership walkrounds. *Healthc Quaterly.* 2008;11:16–20.
19. Feltelberg SP. Patient Safety Executive WalkRounds. *The Permanente Journal.* 2006;10:36.
20. Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich EL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ.* 2000;320:745–9.
21. Thomas EJ, Sexton JB, Helmreich RL. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med.* 2003;31:956–9.
22. Saturno PJ. Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica. *Rev Calid Asist.* 2009;24:124–30.