

Experiencia en gestión del riesgo en 2 unidades de hospitalización del Hospital Monte Naranco de Oviedo

Margarita Vázquez, Dolores Menéndez, Eva Fernández, Vicente Herranz y Fernando Vázquez

Gabinete de Calidad. Hospital Monte Naranco. Oviedo. Asturias. España.

Correspondencia: Dr. F. Vázquez Valdés.
Coordinador de Calidad y Gestor de Riesgos. Hospital Monte Naranco.
Avda. Dres. Fernández Vega, 107. 33012 Oviedo. Asturias. España.
Correo electrónico: fernando.vazquez@sespa.princast.es/fvazquez@uniovi.es

Sr. Director:

Uno de los principios de la calidad en el entorno sanitario es garantizar la seguridad del paciente. Aunque los errores son inevitables, la mayoría son prevenibles y mediante la gestión del riesgo clínico (*clinical risk management*) el énfasis se coloca en el ambiente de trabajo y el contexto organizativo más que en la causa inmediata del incidente, según el modelo de Reason¹.

El objetivo de este trabajo es mostrar la experiencia en gestión de riesgos desarrollada en nuestro hospital.

Se utilizó el sistema de riesgos del National Health Service (NHS) inglés que cuantifica el riesgo mediante un sistema de códigos (verde, amarillo y rojo) que definen el riesgo como el producto del impacto real del incidente por la probabilidad de ocurrencia. Para la recogida de incidentes y sucesos potenciales se utilizó el formulario del NHS Incident Analysis (Form IR2).

Se cuantificaron los incidentes/sucesos potenciales, las causas raíz y las acciones de mejora implantadas y/o en estudio en las unidades de agudos geriátricos y de enfermedad cardiovascular (ECV).

Los principales incidentes y sucesos potenciales en la unidad de agudos fueron: errores de medicación (37,3%), problemas de comunicación (12%), caídas (12%), sucesos potenciales (10,7%) y accidentes laborales (6,7%), y en la unidad de ECV: sucesos potenciales (40,9%), errores de medicación (18,2%), caídas (18,2%), accidentes laborales (13,6%) y accidentes en pacientes y familiares (89,1%).

Las causas raíz en la unidad de agudos fueron: equipo de trabajo (32%), personal (28%), ambiente de trabajo (16%), pacientes (14,7%), tareas (4%) y gestión y organización (2,7%), y en la unidad de ECV: tareas (30,4%), ambiente de trabajo (26,1%), personal (17,4%), pacientes (17,4%) y equipo de trabajo (8,7%).

Las oportunidades de mejora detectadas en la unidad de agudos fueron: diseño de tareas (28%), guías y protocolos (22,7%), formación (13,3%), comunicación (13%), registros (12%) y mejora de equipos (5,3%), mientras que en la unidad de ECV fueron: formación (31,8%) y guías y protocolos (27,3%), comunicación (4,5%) y diseño de tareas (4,5%).

El estudio retrospectivo de las historias de los pacientes para identificar sucesos adversos ha sido importante para proveer una escala del daño resultante del tratamiento en los centros sanitarios y ha conducido a estudios subsiguientes acerca de cómo esta información puede ser útil para mejorar la seguridad de los pacientes². Otros autores han encontrado que la revisión prospectiva de los sucesos es comparable al estudio retrospectivo³.

Nuestro trabajo se ha enfocado principalmente en la implantación del sistema de gestión del riesgo en 2 unidades del hospital como un estudio piloto para su extensión a todo el hospital y en el análisis de los sucesos, causas raíz y oportunidades de mejora a implantar. Puesto que el estudio de casos identificados sugiere que hay una significativa proporción de sucesos específicos en un hospital particular o unidad de hospitalización, el estudio de una determinada unidad o unidades dentro del hospital, como nuestro estudio, es un buen punto de comienzo para mejorar la seguridad de los pacientes⁴.

Bibliografía

1. Reason JT. Understanding adverse events: the human factor. En: Vincent C, editor. Clinical risk management. 2nd ed. London: BMJ Books; 2001. p. 9-30.
2. Vincent C. Risk, safety and the dark side of quality. BMJ. 1997; 314:1775-6.
3. Michel P, Quenon JL, De Sarasqueta AM, Scemama O. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. BMJ. 2004;328:199-202.
4. Woloshynowych M. Using case record review to improve patient safety. Rev Calidad Asistencial. 2004;19:7-8.

Repercusión del modelo de pase de visita en la estancia hospitalaria de una unidad quirúrgica

Miguel Ángel Taibo, Ángel Gómez Palacios, Ángel Zorraquino, María Teresa Gutiérrez, Borja Barrios, Amador García Blanco, Iñaki Iturburu, Elena Bilbao y Jaime Méndez

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital de Basurto. Bilbao. Vizcaya. España.

Correspondencia: Dr. M.A. Taibo Asencor.
Máximo Aguirre, 4, 2.º. 48930 Las Arenas. Getxo. Vizcaya. España.
Correo electrónico: Mtaibo@hbas.osakidetza.net

Sr. Director:

Existen herramientas eficaces para valorar la adecuación de las estancias hospitalarias en los servicios de cirugía, como el AdeQhos¹ y el método de evaluación externa Appropriateness Evaluation Protocol². Con este último ha podido

constatarse cómo la inadecuación de estancias hospitalarias depende, en cierta medida, de la actitud conservadora que muestra el médico en la adopción de decisiones durante los pases de sala (peticiones de pruebas, interconsultas, etc.)^{3,4}.

Si nos ceñimos a estudios en servicios quirúrgicos, se deduce que el principal factor condicionador de estancias inadecuadas recaería sobre la gestión o planificación de la asistencia hospitalaria prestada⁵.

Por todo ello, hemos querido analizar la repercusión de un cambio organizativo en el pase de visita hospitalaria con el fin de lograr una mayor efectividad en nuestra actividad asistencial. Asimismo, deseamos conocer la opinión que merece este cambio en la enfermería de nuestra unidad.

Por ese motivo, hemos contemplado 2 modos diferentes de pasar las visitas en una unidad de hospitalización para cirugía general dotada con 14 camas:

– Modelo A: desde el 15 de septiembre al 15 de diciembre de 2002, las visitas diarias fueron asignadas de forma aleatoria a los distintos médicos de la unidad, cuya atención a otras tareas (guardia, consulta, quirófano...) propició que no fuese el mismo facultativo quien realizara la visita semanal global.

– Modelo B: mismo período pero en 2003. La visita la realiza el mismo médico durante toda la semana, de lunes a viernes.

En ambos modelos, un jefe de sección, en el organigrama semanal (quirófanos, consultas, guardias...), designa la labor del pase de visita de las 14 camas, de lunes a viernes, a un médico concreto. En los 2 períodos, las enfermedades del ingreso fueron semejantes.

Hemos analizado la estancia media total, preoperatoria y postoperatoria, y la estancia media en los pacientes no operados.

Por otra parte, se ha realizado una encuesta de opinión al grupo de enfermeras que trabajan en la unidad, y se ha recogido su parecer sobre el cambio y sugerencias al respecto.

Con el modelo A se vio, en el período indicado, a 191 enfermos (82 varones y 109 mujeres), con una media de edad de 58,4 años (18-94). En el modelo B, el número de pacientes fue de 204 (98 varones y 106 mujeres), con una media de edad de 57,6 años (15-96). Durante el desarrollo del modelo A ingresó por urgencias un 46,5% de casos, y con el modelo B lo hizo un 48,5%.

Los resultados en la estancia hospitalaria han sido más favorables en el modelo B (tabla 1), y en este período se han reducido las estancias hospitalarias.

Tabla 1. Días de estancia media hospitalaria

Modelo de pase de visita	Modelo A	Modelo B
Estancia media total	7,7 días	6,1 días
Estancia media preoperatoria	2,1	0,7
Estancia media postoperatoria	5,4	5
Estancia media de los no operados	8	7,5

Entre las estancias preoperatorias, destacamos las generadas por los enfermos ingresados de urgencia e intervenidos quirúrgicamente a lo largo del mismo ingreso. En el caso de las colecistitis agudas, en el modelo A fueron 12 pacientes, con una estancia preoperatoria media de 11,9 días; en cambio, en el modelo B fueron 9 los enfermos con una estancia media de 1,5 días ($p = 0,003$).

A la encuesta de opinión contestaron 10 enfermeras entre un total de 11. El 100% pensó que fue más eficaz el modelo B; el momento más útil para el pase de visita era a las 9.30 o 10.00 h, de la mañana y, por último, sugirieron que la información a los familiares fuese todos los días.

En nuestro estudio, la estancia preoperatoria es mayor en la cirugía ingresada de urgencias, como ha sido el caso de las colecistitis agudas. No se han operado en el servicio de urgencias o han sido dadas de alta una vez remitido el cuadro agudo y prolongan su estancia hospitalaria para ser intervenidas de este episodio. En otros estudios, las estancias preoperatorias inadecuadas se presentan más en la vía electiva⁶.

Coincidimos con Tejedor et al⁵ en que un modo de mejorar las estancias inadecuadas sería establecer sistemas de protocolización sobre el proceso; en nuestro caso con la enfermería urgente (colecistitis aguda, obstrucción intestinal, etc.). Este estudio nos hace considerar los siguientes aspectos:

– La toma de decisiones tiene lugar con mayor antelación cuando es el mismo médico quien sigue la evolución semanal del paciente.

– La protocolización en la enfermedad quirúrgica urgente puede ser un método válido para mejorar las estancias preoperatorias.

– La implicación de la enfermería enriquece la toma de decisiones, lo que facilita la gestión de la unidad.

Bibliografía

1. Antón P, Peiró S, Aranaz JM, Calpena R, Company A. adeQhos, un instrumento para la evaluación de la adecuación de la hospitalización en el pase de visita. *Rev Calidad Asistencial*. 2002; 17:591-9.
2. Mirón JA, Orozco JA, Alonso M, Sáenz ML. Estimación de ingresos y estancias inadecuadas en un hospital comarcal. *Rev Clínica Española*. 2000;200:654-8.
3. Lorenzo S, Sunol R. An overview of Spanish studies on appropriateness of hospital use. *Int J Qual Health Care*. 1995;7:213-8.
4. Zambrana JL, Delgado M, Cruz G, Martín MJ, Díez F, Ruiz M. Factores predictivos de estancias no adecuadas en un servicio de medicina interna. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:90-2.
5. Tejedor J, Moro J, Zancajo JL, González MJ. Identificación de la estancia apropiada en cuatro GRD quirúrgicos como aportaciones al ciclo de mejora de la calidad. *Rev Calidad Asistencial*. 1999;14:767-72.
6. Alonso M, Fernández J, Garrido G, García J. Adecuación de la utilización hospitalaria en un servicio de Cirugía General. *Rev Calidad Asistencial*. 1995;6:320-5.