

DETECCIÓN DE RIESGOS DE EVENTOS ADVERSOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

AGUSTIN MARTIN FERNANDEZ
MARTA MARTIN REINA
CARMEN GUERVOS NARVAEZ

II CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERIA CIUDAD DE GRANADA

"Calidad y seguridad del paciente a través del cuidado continuo personalizado"

DETECCIÓN DE RIESGOS DE EVENTOS ADVERSOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Autor principal AGUSTIN MARTIN FERNANDEZ

CoAutor 1 MARTA MARTIN REINA

CoAutor 2 CARMEN GUERVOS NARVAEZ

Área Temática CALIDAD DE CUIDADOS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Palabras clave ERRORES MEDICOS URGENCIAS CONTROL DE RIESGO ADMINISTRACIÓN DE LA SEGURIDAD

» Resumen

Con el fin de elaborar e implementar mapas de riesgos que posibiliten un filosofía de trabajo donde la seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos tengan protagonismo en todas las actuaciones asistenciales, se conforma un grupo de trabajo que analiza todo el circuito de atención del paciente en el servicio de urgencias, junto con los procesos y subprocesos a los que se ve sometido, para determinar cuales son los riesgos de eventos adversos mas frecuentes e importantes.

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

El trabajo se desarrolla en la Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Santa Ana de Motril (Granada) a raíz de la necesidad de determinar cuales son los principales riesgos de efectos adversos derivados de cuidados a los que están expuestos los pacientes del Servicio de Urgencias como paso previo a instaurar un programa de prevención de los mismos que garantice la seguridad del cliente.

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

En una organización sanitaria moderna, orientada siempre hacia el cliente como centro del sistema, no puede aspirarse a la Calidad Total si no se garantiza antes la Seguridad en todas las actuaciones. Esta cultura de seguridad/calidad es también para la organización la más eficiente ya que consigue los mejores resultados, eliminando además los costes de reparación de errores.

Así, como paso previo a todo esto se hace necesario describir los riesgos del paciente atendido, en Urgencias en nuestro caso, para analizarlos y determinar posibles actuaciones que permitan mejorar los resultados en términos seguridad del paciente de forma que se garantice la realización de procedimientos seguros.

Para ello se ha constituido un grupo de trabajo nominal formado por profesionales del servicio de urgencias. Se aportan, mediante una metodología de brainstorming los diferentes riesgos detectados en los diferentes pasos del paciente por los procesos y subprocesos de dicho servicio desde el punto de vista de la seguridad. Se buscan e identifican las diferentes actuaciones en el circuito de atención del paciente que pueden suponer un riesgo para su seguridad, sus posibles causas y repercusiones de los mismos.

Además se realiza un seguimiento del paso del paciente por el servicio de urgencias, por sus procesos así como por sus subprocesos donde se han ido detectando algunos fallos o errores susceptibles de ocurrir que afectan a la seguridad del paciente.

A los diferentes riesgos detectados se les adjudica una puntuación a través del índice de priorización de riesgos (IPR), adjudicando a aquellos riesgos con mayor relevancia una puntuación de 5 y a los de menos de 1.

A aquellos riesgos resultantes con mayor puntuación se les ha realizado un análisis proactivo o AMFE inicial (Análisis de Modos de Fallo y sus Efectos). Este modelo de análisis es una herramienta simple y estructurada que nos es útil para valorar fallos potenciales en el planificación y la prestación de cuidados, previniendo su aparición. También nos sirve para cuantificar los efectos de posibles fallos y así minimizarlos o eliminarlos. Para su diseño se hace necesario el cálculo de prioridades. Cada riesgo obtiene un número de prioridad (NPR) que se traduce en un índice de importancia de cada riesgo. Este número o índice se obtiene de la suma de tres componentes: Probabilidad de aparición (A), Gravedad (G) y Probabilidad de detección (D) (capacidad de detección de manera fiable).

Los diferentes riesgos pueden ser clasificados en Riesgos Clínicos (ligados a pacientes directamente) y Riesgos No Clínicos (Tecnológicos, Administrativos, Seguridad, Finanzas, RRHH, Medio Ambientales).

Los diferentes resultados fruto del análisis de los distintos riesgos estudiados han sido difundidos a todo el personal del servicio de urgencias, con un triple objetivo:

- Sensibilizar una vez más en seguridad clínica.
- Verificar el grado de acuerdo o desacuerdo con el análisis realizado.
- Recoger las aportaciones del personal para enriquecer el proceso y facilitar la puesta en marcha del programa de seguridad.

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

Se describen a continuación los diferentes procesos, subprocesos, circuitos y subcircuitos que se puede encontrar el paciente a su paso por nuestro servicio y los posibles errores susceptibles de ocurrir que se han detectado fruto del analisis descrito anteriormente. Alguno de

estos errores son transversales y pueden incidir en varios o todos los niveles.

1- Admisión de urgencias:

1.1 Error en la identificación del paciente. (Previa o in situ).

1.2 Incorrecta movilización/inmovilización del paciente. (Previa o in situ).

2- Clasificación:

2.1 Deficitaria o errónea clasificación del paciente: De causas múltiples, como la adjudicación de una prioridad no adecuada, errónea adjudicación de circuito, el motivo de consulta no se corresponde con la enfermedad real, etc, motivadas por: déficit de formación del personal, anamnesis incompleta, falta de tiempo, elevada presión asistencial, complejidad de la patología del paciente, no identificación de la fragilidad del paciente

2.2 Retraso en la clasificación por motivos clínicos o no clínicos (humanos, administrativos y/o tecnológicos).

2.3 Error en la identificación del paciente : por errores clínicos que se derivan del propio paciente y/o no clínicos (humanos, administrativos y/o tecnológicos), como la pérdida del paciente en la red, duplicidad de historias, no corroboración de las mismas, nombres parecidos, problemas de comunicación

- 2.4 Anamnesis incompleta por problemas de comunicación con el paciente (barreras idiomáticas o sensoriales), familiares o con otros profesionales (transferencia). Falta de implicación del paciente y/o familia con su proceso.

3- En espera de atención facultativa:

3.1 Un Retraso en la atención por error en la comunicación (datos incorrectos) por falta de respuesta a la llamada a consulta (ausencia del paciente de la sala de espera, barreras idiomáticas y/o sensoriales), lo que pueden causar no cumplimiento de los estándares en los tiempos de espera y agravamiento de la patología por la que consulta

3.2 La no correcta identificación de profesionales, puede motivar fallos en la comunicación de demandas asistenciales.

3.3 Riesgo de caídas y lesiones diferentes a su patología por falta de vigilancia. Empeoramiento de las ya existentes.

3.4 Incorrecta identificación del paciente. Este error es transversal e incide en todos los circuitos de nuestro servicio.

3.5 Incorrecta o deficitaria señalización del servicio pudiendo causar pérdidas y/o confusiones de los pacientes y/o familiares.

4- Durante la atención sanitaria en el servicio de urgencias:

4.1 Incorrecta identificación del paciente.

4.2 Falta de acceso a historia previa del paciente por motivos clínicos o no clínicos.

4.3 Demoras o errores en el diagnóstico por motivos tecnológicos, administrativos y/o humanos.

4.4 Demoras o errores en el tratamiento:

Humanos:

- Error en la prescripción por mala comunicación verbal, mal entendimiento de órdenes medicas. Falta de formación. Falta de prescripción escrita.

- Errores en la preparación y/o administración de la medicación causada por: Formación deficitaria del profesional. Falta de motivación del profesional. Distracciones en el trabajo e interrupciones. Errores en la identificación y almacenaje del medicamento. No revisión y/o comprobación de caducidades.

Tecnológicos: Fallos en el aparataje. (Incorrecto mantenimiento o revisión de los mismos, obsoletos).

Administrativos: Incorrecta identificación de los informes de resultados o de las muestras de un paciente. Pérdida de resultados de pruebas diagnosticas.

4.5 Caídas y lesiones por alteraciones estructurales, materiales (camillas, carritos...) o falta de vigilancia.

4.6 Riesgo de infecciones (insuficiente lavado de manos del profesional, conductos de agua y aire acondicionado, incorrecto aislamiento de un potencial paciente contagioso)

- Problemas organizativos: Falta de protocolos o falta de actualización de los mismos. Falta de manuales de utilización (instrucciones). Falta de RRHH. Mala organización de RRHH. Falta de procedimientos de revisión y mantenimiento de la medicación y aparataje.

- Falta de cultura de seguridad, ausencia de notificación de errores y EA.

- Medio ambientales: Presión asistencial y masificación en la demanda. Estructurales: Relacionados con la temperatura del agua y/o del aire.

- Otros: Problemas durante la realización de técnicas.

5-Relacionado con el alta/ingreso del paciente:

5.1 Error de comunicación verbal o escrita con otros profesionales en la transferencia o relevo del paciente.

5.2 Demoras en su salida del servicio de urgencias. Por motivos no clínicos.

5.3 Fallos en la identificación del paciente y/o de su historia clínica.

En aquellos errores que han obtenido un mayor índice de prioridad se ha procedido a un análisis en profundidad y han sido descritos según un esquema de Análisis de Modos de riesgo y sus efectos: AMFE, generando mapas de riesgos para cada uno de ellos sobre los que serán formados los profesionales. Los errores con mayor puntuación fueron.

- Error en la identificación del paciente. Dicho error ha obtenido un peso elevado por su transversalidad. Su impacto o gravedad abarca todos los niveles de error posibles desde un evento menor a uno catastrófico. La frecuencia en su aparición es también, desgraciadamente, elevada.

- Error en la administración de Cloruro potásico endovenoso. Su peso es elevado debido a la gravedad de sus efectos y a la imposibilidad de la detección de los efectos adversos hasta que no se han instaurado. A su favor hemos de decir que dicho evento es infrecuente.

- Deficiente lavado de manos. Su peso elevado se debe tanto a su transversalidad así como a su gran incidencia. Sus efectos pueden ser de los cuatro tipos que se exponen. La detección de este error es prácticamente indetectable hasta que los efectos adversos se han detectado y es tarde.

- Caídas en el Área de urgencias.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

Para conseguir una sistemática de trabajo libre de errores se hace necesario, primero: la implementación de un programa de seguridad en todos los ámbitos de la organización, que incluya además un plan de formación adecuado; y segundo, la instauración de un protocolo de comunicación de errores o detección de eventos adversos anónimo que se utilice como elemento de aprendizaje y corrección.

Durante el desarrollo del trabajo se ha hecho patente que aun existe un amplio margen de mejora en cuanto a la implementación de programas de seguridad del paciente y a la formación de los profesionales de enfermería en el terreno del análisis de riesgos y seguridad del paciente, si bien es cierto que actividades como esta suponen un primer paso importante hacia la introducción de esta sistemática de trabajo.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

Pensamos que sería posible la implicación del paciente y cuidador/familia en los planes de prevención de determinados efectos adversos, articulando mecanismos (trípticos, información verbal a la recepción del paciente) en los cuales se les pusiese en conocimiento determinadas estrategias de prevención de errores, como puede ocurrir, por ejemplo, ante fallos en la identificación o caídas accidentales.

» Propuestas de líneas de investigación.

En momentos como estos, donde el trabajo en base a Procesos Asistenciales Integrados (PAI) y la continuidad asistencial y la comunicación interniveles se están convirtiendo en pilares fundamentales de la planificación de la asistencia sanitaria, sería interesante hacer extensibles los mapas de riesgos a todo el proceso de atención del paciente, conformando la valoración de riesgos y sus mecanismos preventivos de manera continuada transversalmente a los niveles de atención.