

# III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

## A PROPÓSITO DE UN ERROR EN SEGURIDAD DEL PERSONAL SANITARIO

**Autor principal** MARÍA ALMUDENA POUSADA GONZÁLEZ

**CoAutor 1** CRISTINA SUAREZ RODRIGUEZ

**CoAutor 2** ALEJANDRO TOLEDO SORIANO

**Área Temática** Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Médica

**Palabras clave** Errores médicos Radiación Análisis de causa raíz Seguridad del paciente

### » Resumen

Los riesgos derivados de los eventos adversos pueden ocasionar lesiones graves en el paciente, lo que se traduce en una pérdida de calidad y seguridad del sistema sanitario.

Debido a la importancia de una asistencia sanitaria de calidad, hemos desarrollado un caso que permita ver cada paso que sucede con un paciente al cual se le realiza una gammagrafía ósea, utilizando como contraste el radiofármaco galio, y por diversos errores, no se toman las medidas adecuadas para prevención de contaminación. Finalizamos con una estrategia para poder mejorar estas situaciones y poder evitarlas.

### » 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?

Actualmente los sistemas sanitarios se caracterizan por la combinación de procesos y tecnologías, complejas y especializadas, e interacciones humanas. Esto aporta beneficios, pero, también conlleva un riesgo de que ocurran eventos adversos que pueden ocasionar en los enfermos lesiones, discapacidades e, incluso, la muerte. 1

El informe de la Organización Mundial de la Salud en relación a la calidad de la atención y seguridad del paciente establece: las intervenciones de atención de salud se realizan para beneficiar al paciente, pero también les causan daño. La combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas constituyen el sistema moderno de prestación de atención de salud y pueden aportar beneficios. Aunque conlleva un riesgo inevitable de efectos adversos bastante frecuentes.2

En los últimos años, aumenta la preocupación por la mejora de la seguridad del paciente. Por ello, en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, se establece un sistema para mejorar la seguridad y la calidad en la asistencia sanitaria.3

En países desarrollados se estima que 1 de cada 10 pacientes sufre algún daño durante su estancia hospitalaria.4 La tasa de efectos adversos en hospitales españoles se estima entre un 4 y un 17%, de los que el 50% se consideran evitables.5

La seguridad, entendida como una asistencia sin riesgos de eventos no previstos, es considerada como una dimensión básica para que un servicio pueda alcanzar un nivel de calidad óptimo. La prevención de lesiones o de eventos adversos, se considera un componente indispensable para la calidad.

Dados los numerosos errores existentes en tema de seguridad, desarrollamos un caso basado en nuestra experiencia profesional en el Hospital Universitario Central de Asturias durante Enero de 2012, que surge de la necesidad de evitar errores que pueden repercutir en la calidad de los cuidados.

### » 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?

Resumen de sucesos

JAG, 77 años, paciente con estudios básicos, se encuentra en un estado apático y deprimido desde su hospitalización.

Le realizaron una gammagrafía ósea con galio, un radiofármaco. Debido a una suma de errores, no se tomaron las medidas de prevención de contaminación.

Finalmente, una de las enfermeras, embarazada, entró en contacto con el paciente, con los posibles efectos teratógenos.

Cronología de los sucesos

Enero 2012: Día 9

El doctor de la unidad de lesionados medulares solicita una gammagrafía ósea para JAG.

Día 17

8:30 JAG va a medicina nuclear.

9:00 El médico realiza la gammagrafía ósea sin obtener resultados que descarten la infección. Por ello programa otra gammagrafía ósea con radiofármacos, sin reflejarlo en la hoja de estudios complementarios de la historia clínica.

Día 23

7:45 La supervisora de la unidad de lesionados medulares enciende el ordenador de la planta y recoge el cambio junto a los enfermeros.

8:45 La enfermera de medicina nuclear (E1), nueva en el servicio, llama a la planta para trasladar a JAG y realizar la gammagrafía ósea, identificándose con nombre, apellidos y servicio al que pertenece. La supervisora recibe la llamada, se identifica y avisa a los celadores del traslado.

9:00 El celador lleva a JAG al servicio de medicina nuclear con su historia clínica.

La supervisora y el doctor comienzan el pase de visita de planta. Al acabar depositan las historias clínicas en el control de enfermería.

9:15 JAG llega a medicina nuclear. E1 se identifica con nombre, apellidos y categoría profesional y comprueba la identidad del paciente. Solicita a

JAG que firme el consentimiento informado. JAG lo firma sin acabar de leerlo, pues no comprende la información.

9:30 Se inyecta el contraste con galio a JAG. E1 adjunta al final de la historia clínica la hoja de recomendaciones tras la exploración en medicina nuclear. No puede registrar la técnica en la historia, pues en la planta del paciente usan sistema informático.

9:45 El celador lleva a JAG a la planta. E1 llama a la planta identificándose y explica a E2, que no se identifica, la técnica realizada y las recomendaciones para evitar contaminación.

10:00 Un paciente de la unidad de lesionados medulares precisa atención y E2 acude. Durante la urgencia, el otro enfermero de la planta ofrece a E2 su ayuda pero la rechaza; cree que cada uno debe realizar su trabajo. E2 se olvida de la llamada recibida y no se aplican las medidas necesarias de seguridad.

10:05 El celador llega a la planta con JAG, deja la historia clínica en el control de enfermería con el resto de historias clínicas depositadas tras el pase de visita.

11:00 La supervisora finaliza el pase de visita y recoge las historias clínicas del mostrador. Al revisarlas se centra solamente en la hoja de órdenes terapéuticas. En la revisión de dicha hoja en la historia de JAG, no hay ninguna modificación y la recoge.

14:30 La supervisora da el cambio de turno, comenta que a JAG se le ha realizado una gammagrafía ósea, pero no detalla el radiofármaco.

14:45 Los enfermeros del turno realizan su labor sin tomar las medidas de prevención de contaminación.

JAG permanece en la sala de pacientes, junto al resto de ingresados y las visitas. Las auxiliares de enfermería recogen sus desechos de forma rutinaria.

22:00 La enfermera del turno de noche cursa una analítica sanguínea de rutina de JAG para la mañana siguiente.

Día 24

7:30 La enfermera del servicio de extracciones (E3), embarazada de 6 meses, acude a la unidad de lesionados medulares para realizar las extracciones sanguíneas. En el momento de la extracción a JAG no es capaz de localizar la vena y se retira los guantes para facilitar la técnica, entrando en contacto con la sangre de JAG.

8:00 La supervisora y los enfermeros realizan su labor diaria.

Día 25

8:30 E1 llama a la unidad de lesionados medulares, identificándose, y solicita el traslado de JAG para realizar la gammagrafía, una vez que actuó el radiofármaco galio. La supervisora recoge la llamada, se identifica y manifiesta su desconocimiento. E1 explica que el día en el que se realizó la inyección del radiofármaco avisó a un enfermero, pero no podía identificarlo.

La supervisora se da cuenta del error y pone en marcha las recomendaciones para evitar una nueva contaminación.

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

Personal Sanitario

Lo ideal es que el personal tenga formación específica y experiencia profesional en el servicio. Esto se consigue disminuyendo la movilidad del personal eventual.

El personal debe identificarse con nombre, categoría y servicio en el que trabaja.

Se debe concienciar al personal de la aplicación de normas de seguridad, en este caso, de la utilización de los medios barrera. La seguridad del personal debe ser prioritaria en todas las actuaciones.

Las enfermeras durante la gestación, deben tener un puesto compatible que entrañe menos riesgos.

El tamaño de la plantilla debe ajustarse a la demanda asistencial.

Equipamiento e instalaciones

En casos de historia clínica en formato papel, se debe realizar una revisión completa de la misma.

Los protocolos deben ser específicos y el personal debe tener información para llevarlos a cabo.

Para una mejor coordinación se deben unificar los soportes. El informático es más cómodo y permite incluir mucha información, incluyendo precauciones y dispositivos de alerta.

Se debe evitar dar información solamente por teléfono.

Los registros adecuados sirven para proporcionar un ambiente seguro tanto para el paciente como para el personal.

La mejor medida en relación a la aparición de incidentes relacionados con seguridad, es prevenirlos. En el caso de que se produzcan, deben ser notificados y registrados, para promover la creación de medidas preventivas para evitarlos. Así el equipo estará entrenado para tomar las medidas necesarias para que no vuelvan a ocurrir.

**» Barreras detectadas durante el desarrollo.**

ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ

FACTORES PACIENTE

FACTORES SOCIALES: JAG no tiene conocimientos para comprender la información.

FACTORES MENTALES Y PSICOLÓGICOS: JAG padece una desmotivación asociada al proceso hospitalario.

RELACIONES INTERPERSONALES: No hay intercambio de información entre personal y paciente.

FACTORES INDIVIDUALES

ASPECTOS FÍSICOS: E3 está en el segundo trimestre de embarazo.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS: JAG padece una depresión asociada al ingreso hospitalario.

ASPECTOS DE PERSONALIDAD: E2, desarrolla sus funciones en solitario, no acepta ayuda.

FACTORES DE EQUIPO O SOCIALES

CONGRUENCIA DE ROL: Los roles no están definidos. La supervisora no recibe la información necesaria como líder del equipo.

LIDERAZGO ADMINISTRATIVO: La supervisora no asume correctamente su papel administrativo, sólo se centra en la revisión de una parte de la historia clínica.

REACCIONES DEL EQUIPO FRENTE A INCIDENTES DE SEGURIDAD: El equipo realiza una función deficitaria en los mecanismos para evitar los incidentes de seguridad. Se dan cuenta del error 48 horas después.

FACTORES LIGADOS A TAREA

GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS: El protocolo a seguir no está visible dentro de la historia clínica.

ACCESO A ESPECIALISTAS Y PERSONAL CON MAYOR EXPERIENCIA: Personal con poca experiencia conlleva una alta probabilidad de error.

## FACTORES DE FORMACIÓN/ENTRENAMIENTO

TIEMPO DE EXPERIENCIA Y FORMACIÓN EN EL TRABAJO: E1 carece de formación en cuidados específicos de la unidad.

CALIDAD DE LA EXPERIENCIA: E1 trabaja en un servicio donde no tiene formación específica.

SUPERVISIÓN ADECUADA: La supervisora no realiza una revisión integral de las historias clínicas.

## FACTORES LIGADOS A EQUIPAMIENTO/RECURSOS

INFORMACIÓN SIN INTERFERENCIAS: El doctor de medicina nuclear programa la segunda gammagrafía ósea con radiofármacos sin reflejarlo en la hoja de estudios complementarios de la historia clínica.

INFORMACIÓN CORRECTA Y SIN INTERFERENCIAS: No se puede registrar la técnica realizada; el sistema de registro de datos es diferente en ambos servicios.

ESPECIFICACIONES DE SEGURIDAD EFECTIVAS: El protocolo general no especifica el tipo de radiofármaco usado ni las recomendaciones específicas.

## FACTORES DE TRABAJO

DIFERENTES REGISTROS: E1 no puede registrar la técnica realizada, en su servicio dispone de un sistema informático diferente.

SOBRECARGA DE TRABAJO: E2, que recibe la llamada, no registra la información que E1 le da, por la sobrecarga de trabajo.

SISTEMA DE TRABAJO: La supervisora de la planta revisa las órdenes terapéuticas pero no otras modificaciones de la historia.

## FACTORES ORGANIZATIVOS

JERARQUIZACIÓN: La información telefónica que E1 comunica a E2 la da sin conocer la identidad y categoría profesional de E1.

SEGURIDAD DEL PERSONAL: E3 procede a realizar la extracción de sangre y por la dificultad se retira los guantes.

SEGURIDAD DEL ENTORNO: Que no se tomasen las medidas preventivas oportunas crea un entorno inseguro.

### » Oportunidad de participación del paciente y familia.

La información debe ser adecuada a cada paciente, teniendo en cuenta su nivel cultural y su capacidad de comprensión. Los consentimientos informados deben ir acompañados de una explicación oral.

Además, debe hacerse partícipe al paciente de su proceso, ofreciéndole la información para que pueda conocer los distintos procedimientos diagnósticos y terapéuticos y sus consecuencias. En este caso, existe una desmotivación asociada al proceso hospitalario, por lo que esto resulta más complicado. La situación no implica que se deban realizar los procedimientos sin su conocimiento, sino que conlleva que el personal debe realizar un mayor esfuerzo para conseguir una comunicación eficaz antes, durante y después del procedimiento.

Así, los errores cometidos por la falta de comunicación eficaz entre los profesionales sanitarios podrían haberse evitado: el paciente hubiera sido consciente de los cuidados y habría alertado sobre la ausencia de ellos.

### » Propuestas de líneas de investigación.

Concluimos que la suma de errores supone un riesgo colectivo (pacientes, familiares y personal sanitario).

De las soluciones aportadas, algunas se están llevando a cabo en el hospital, como la identificación del personal sanitario y el registro anónimo de eventos adversos. Aunque no todas de forma protocolizada.

A raíz de este caso, se han tomado algunas de las medidas aquí desarrolladas, como la creación de una hoja de registro de llamadas telefónicas y la redacción del cambio de turno en equipo.

Otra de las medidas aplicables es la creación de un soporte informático único.

Finalmente, existen otras medidas a adoptar no detectadas mediante este estudio o difíciles de llevar a cabo. Por lo tanto, este u otros casos podrían producirse en el futuro. Para evitarlo, es necesario seguir aprendiendo de los errores, previniéndolos, notificándolos y analizándolos. Los sistemas de notificación son muy útiles, pero sólo si implican la toma de unas medidas posteriores encaminadas a evitar los eventos adversos.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.Monografías de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.Gestión Asistencial de los Servicios de Urgencias: Seguridad Clínica de los Pacientes en los Servicios de Urgencias. Volumen 1, número 3. Sanidad y Ediciones, S.L. Barcelona. 2007.
- 2.Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico. SYREC 2007. Informe, mayo 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.
- 3.Organización Mundial de la Salud. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1 Ginebra: OMS; 2009. Informe Técnico Definitivo Enero de 2009.
- 4.Organización Mundial de la Salud. La Investigación en Seguridad del Paciente Mayor conocimiento para una atención más segura. Ginebra: OMS ; 2008.
- 5.Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Informe, febrero 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.