

# 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"

## CREACIÓN DE UN ENTORNO SEGURO EN LA UGC HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL DE JEREZ

**Autor principal** MOISÉS NAVARRO BERMUDEZ

**CoAutor 1**

**CoAutor 2**

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

**Palabras clave** CUIDADOS SEGURIDAD EFECTOS ADVERSOS PRÁCTICAS SEGURAS

### » Resumen

Primum non nocere No hacer daño es el principio primero y esencial del código hipocrático, y por extensión de todas las actuaciones relacionadas con el mundo sanitario. La Seguridad del Paciente, también llamada Seguridad Clínica, es un componente transversal crítico de la calidad asistencial.

La Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la Resolución 55.18 (2002) reconoció la necesidad de promover la seguridad del paciente como principio fundamental de todos los sistemas sanitarios y bajo el lema primero no hacer daño estableció en su Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (2005), un conjunto de estrategias centradas, como la de conseguir Soluciones para reducir el riesgo de la asistencia sanitaria y mejorar su seguridad.

En Inglaterra el Instituto Nacional de Salud por medio de la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA) definió los 7 pasos claves para conseguir una organización sanitaria más segura:

- Paso 1 Crear una cultura de seguridad abierta y justa
- Paso 2 Dirigir y apoyar a los profesionales
- Paso 3 Sistemas de gestión del riesgo
- Paso 4 Promover y facilitar la notificación
- Paso 5 Implicar e informar al paciente
- Paso 6 Aprender y compartir lecciones sobre seguridad
- Paso 7 Implantar soluciones para prevenir daños

### » 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?

Uno de los ejes sobre los que se desarrolla el II Plan de Calidad de la Consejería de salud, que dice que la relación entre el ciudadano y el Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) desde la perspectiva de los compromisos que éste adquiere con respecto al primero. Asumir las necesidades y expectativas de ciudadanos y ciudadanas implica la identificación de su papel central y la obligación de establecer un sistema de garantías que lo preserve. Dentro de este contexto surge la Estrategia para la Seguridad del Paciente, que tiene como uno de sus proyectos prioritarios, en que el acceso a la atención sanitaria segura es un derecho básico de cada uno de los ciudadanos y ciudadanas.

Es por ello, que desde la UGC de Nefrología del Hospital de Jerez, para dar respuesta al II Plan de Calidad de la Consejería de Salud y a la Estrategia de Seguridad del Paciente, pone en marcha una serie de estrategias para garantizar la seguridad de sus pacientes:

1. Constituir una comisión multidisciplinar en la UGC de Nefrología/Hemodiálisis
2. Implementar una vía clínica para los pacientes que inician la diálisis de forma programada.
3. Implementar un sistema de identificación única en todos los pacientes que acuden al servicio
4. Implementar un listado de verificación durante las sesiones de hemodiálisis, para garantizar la seguridad de nuestros pacientes.
5. Implementar un listado de verificación durante el procedimiento de canalización de catéteres temporales.
6. Minimizar los errores de pesada en los pacientes que acuden a diálisis.

### » 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?

Las estrategias de seguridad se llevaron a cabo de la siguiente manera:

**Objetivo 1.** Constituir una comisión multidisciplinar en la UGC de Nefrología/Hemodiálisis

En primer lugar se constituye un grupo multidisciplinar en la unidad, formado por un nefrólogo, tres enfermeros y una auxiliar enfermera, se fijan las bases de dicho grupo y las actividades a llevar a cabo durante el año 2011.

**Objetivo 2.** Implementar una vía clínica para los pacientes que inician la diálisis de forma programada.

La variabilidad de la práctica clínica no supone ninguna novedad en nuestro sistema sanitario, y constituye para los profesionales sanitarios una oportunidad de mejora, siendo las vías clínicas una posible solución a la misma.

Para minimizar esta variabilidad, surge en nuestra unidad, servicio de nefrología del Hospital de Jerez (Cádiz) como una oportunidad de mejora la implementación de una vía clínica para los pacientes que inician la hemodiálisis de forma programada. Esta vía clínica pretende ser un instrumento institucionalizado, donde todos los profesionales del servicio sepan en todo momento todas las actividades y acciones que tienen que llevar a cabo el tiempo que dura esta actividad asistencial y los usuarios/familiares conozcan desde el primer momento toda la información de la asistencia que se les va a prestar.

**Objetivo 3.** Implementar un sistema de identificación única en todos los pacientes que acuden al servicio

La OMS resuelve en mayo de 2007 que la Identificación inequívoca de pacientes es un elemento fundamental para que la seguridad de los mismos, en su relación con los servicios sanitarios, tenga el máximo nivel.

Los fallos en la identificación de los pacientes son una causa importante de los problemas y complicaciones asociada a errores en la asistencia

(errores en la administración de medicamentos, en la realización de pruebas diagnósticas, confusiones en extracciones con resultados analíticos erróneos, o en las transfusiones de sangre y hemoderivados).

Por ello, en la UGC de hemodiálisis en Marzo de 2011 se implementa un sistema de identificación de nuestros pacientes mediante la pulsera identificativa.

Objetivo 4 . Desarrollar un listado de verificación para garantizar la seguridad de los pacientes durante las sesiones de hemodiálisis

Durante las sesiones de hemodiálisis se pueden producir numerosos eventos adversos, durante, es por ello, que decidimos elaborar un listado de verificación para llevar a cabo durante todas las sesiones de hemodiálisis. Este listado fue implementado en julio de 2011, habiéndose realizado hasta la fecha más de 3500 verificaciones, no habiéndose detectado ninguna incidencia de interés.

Objetivo 5. Implementar un listado de verificación durante el procedimiento de canalización de catéteres temporales

Las distintas iniciativas que se proponen para mejorar la seguridad y calidad de los pacientes comienza por ofrecer una adecuada garantía, en la colocación de catéteres temporales. La utilización de catéteres temporales venosos temporales en hemodiálisis es una práctica habitual. En la UGC de Hemodiálisis se canalizan al año más de 120 catéteres temporales.

Las infecciones asociadas a los catéteres venosos incrementa la mortalidad, las complicaciones, la estancia media y los costes. Es por ello, que basándonos en una herramienta validada del proyecto Bacteriemia Zero, como es el listado de verificación de canalización de catéteres temporales, hicimos uso del mismo y adaptamos este listado a nuestro servicio, para garantizar la seguridad de nuestros pacientes.

Este listado fue implementado en nuestra unidad en Abril de 2011, habiéndose realizado hasta la fecha 78 verificaciones.

Objetivo 6. Minimizar los errores de pesada en los pacientes que acuden a diálisis.

El manejo del peso es una actividad fundamental en una unidad de hemodiálisis, y los errores derivados por una mala pesada pueden acarrear problemas de inseguridad en nuestros pacientes, por ello, una vez implementado en nuestra unidad el uso de la pulsera identificativa.

Establecimos el siguiente procedimiento para evitar los posibles errores en la pesada de nuestros pacientes.

1. La auxiliar de Enfermería será la responsable en todas las sesiones de diálisis de recepcionar a los pacientes que vienen a la misma.
2. Una vez identificado el paciente, anotará en la pulsera identificativa el nombre y apellidos del mismo y anotará en la misma el peso de entrada del paciente.
3. Al finalizar la sesión será también la responsable de volver a pesar al paciente y anotar el peso final en la pulsera identificativa.
4. Una vez anotado el peso cortará la pulsera y la dejará en la gráfica de diálisis del paciente, para que la enfermera pueda registrar en la gráfica los distintos parámetros.

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

Todas las soluciones aportadas lo que persiguen es dar respuesta al Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, que en su Estrategia 8 se propone Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS, con los objetivos de:

- 1.Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales.
- 2.Diseñar y establecer un sistema nacional de notificación de efectos adversos.
- Implantar a través de convenios con las CC.AA. proyectos que impulsen y evalúen prácticas seguras.
- 3.Reforzar los sistemas de evaluación de la calidad para los centros y servicios de transfusión de sangre.

**» Barreras detectadas durante el desarrollo.**

Las principales barreras detectadas fueron el desconocimiento de los profesionales en materia de seguridad del paciente, que llevaba consigo que muchos de ellos no entendían estas medidas y por tanto, no las veían necesarias.

Para ello fue necesaria formación específica en seguridad del paciente. De un total de 42 profesionales, se formaron durante 2011 37 profesionales en esta materia.

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

La información de estas medidas de seguridad fue transmitida a la asociación de enfermos renales, para que la hiciera extensible.

**» Propuestas de líneas de investigación.**

Se precisaría investigar en:

- 1 Efectos adversos durante la sesión de hemodiálisis
2. Estancias evitables por errores adversos.
3. Mejoras cualitativas del paciente/familia posteriores a la implementación de estas medidas de seguridad.
4. Satisfacción del paciente/familia por el entorno seguro propuesto