

IV CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS EN LA TRANSFERENCIA DE CUIDADOS AL INGRESO EN UCI

Autor principal MARIA TERESA REDECILLAS PEIRÓ

CoAutor 1 MARÍA JESÚS CUADROS GÓMEZ

CoAutor 2 M^a INMACULADA GIL RUIZ

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería de Cuidados Críticos y Urgencias

Palabras clave seguridad del paciente transferencia de pacientes análisis de la situación cuidados intensivos

» Resumen

La transferencia es el proceso de comunicación entre profesionales en el que se traspa la responsabilidad del cuidado del paciente. El traspaso durante el ingreso en UCI se identificó por los profesionales sanitarios del Hospital San Agustín de Linares (Jaén) como proceso de riesgo para la seguridad del paciente. El presente estudio pretendió analizar los riesgos asociados a este proceso aplicando metodología de análisis modal de fallos y efectos (AMFE). Los datos analizados permitieron categorizar nuestra actuación sobre un índice de prioridad de riesgo (IPR) > 100. Los resultados mostraron que la falta de enfoque estandarizado y el desconocimiento de información esencial sobre el paciente por parte del personal que acompaña son dos puntos críticos prioritarios (IPR = 560 y 432, respectivamente). Así mismo, los traslados carentes de personal de enfermería desde la unidad de origen y la falta de destrezas en comunicación también se consideraron problemas prioritarios (IPR = 423 y 378, respectivamente). Los efectos derivados de esta falta de información se relacionaron con ausencia, retraso o repetición de actuaciones, así como la realización inadecuada de las mismas, y en general, falta de continuidad de cuidados. Las acciones de mejora se dirigieron hacia la elaboración de un procedimiento de transferencia de paciente crítico a UCI, el establecimiento de normativa interna de

» 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 análisis modal de fallos y efectos (AMFE) es un método prospectivo y sistemático de análisis de riesgos que permite la identificación y prevención de problemas, en cualquier procedimiento, antes de que estos ocurran. Fue diseñado por la NASA hace más de 40 años, extendiéndose su uso a industria de alto riesgo y que recientemente ha encontrado su aplicación en el sector sanitario dentro del campo de la seguridad del paciente.

La realización de un AMFE es un trabajo en equipo que permite priorizar los fallos potenciales según el riesgo, la probabilidad de ocurrencia y las posibilidades de detección haciendo posible establecer acciones de mejora para eliminar o reducir la probabilidad de que se produzcan.

La unidad de cuidados intensivos (UCI) del hospital de San Agustín de Linares, como parte de los objetivos anuales del 2012, ha elaborado un mapa de riesgos mediante metodología AMFE. Se identificaron los procesos de riesgo de la actividad cotidiana mediante el método tormenta de ideas, priorizando para su análisis posterior la transferencia enfermera de cuidados al ingreso en UCI.

La transferencia es el proceso en el que se traspa la responsabilidad profesional del cuidado del paciente a otro profesional o grupo de profesionales, bien de forma temporal (relevé, cambio de turno) o definitiva (cambio de unidad o de nivel asistencial), compartiéndose la información esencial sobre el paciente para lograr una continuidad de la atención efectiva, individualizada y segura. La información compartida consiste básicamente en comunicar el estado actual del paciente, cambios recientes, tratamiento en curso y posibles complicaciones. En este contexto, el paciente crítico es especialmente vulnerable ya que a su situación de gravedad, es preciso añadir una mayor cantidad y complejidad de información a transmitir.

El ingreso en UCI supone un cambio de unidad y un proceso de traspaso muy frecuente en la práctica asistencial diaria de UCI, que requiere una

» 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 la UCI del Hospital de San Agustín, la mayoría de ingresos proceden de urgencias, unidades de hospitalización y quirófano. Suelen presentar carácter de urgencia por lo que es difícil recibir un informe de continuidad de cuidados escrito, siendo también frecuente la comunicación ausente o incompleta entre profesionales de forma que la enfermera receptora de UCI recibe información del paciente poco precisa, ambigua y desordenada llevando inherente la posibilidad de errores. Este hecho nos hizo plantear analizar el proceso para hacerlo más seguro

Objetivo: Analizar los riesgos del proceso de transferencia de cuidados al ingreso en UCI del Hospital de San Agustín de Linares.

Metodología: Aplicación de AMFE siguiendo todas sus fases

Fase 1. Constitución de un grupo de trabajo multidisciplinar.

Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar formado por 6 enfermeras, 4 auxiliares de enfermería y un intensivista, todos ellos involucrados y conocedores del proceso objeto de análisis. Tres enfermeras del grupo recibieron formación en seguridad del paciente y metodología AMFE y una de ellas fue nombrada coordinadora del grupo de trabajo. Se mantuvieron 5 reuniones durante 6 meses.

Fase 2. Identificación del proceso.

Comunicación durante el traspaso de pacientes, entre enfermera de unidad de origen y de UCI, de información esencial sobre el paciente a su ingreso.

Fase 3. Determinación de los fallos potenciales, causas y efectos.

El grupo de trabajo estableció, mediante procesos de deducción y consenso, los posibles modos de fallo que podrían conducir a un error. Se detallaron las posibles causas que producían estos fallos y los efectos o consecuencias derivados de los mismos. Todos los datos fueron registrados en una tabla AMFE.

Comunicación ausente de información esencial sobre el paciente
Comunicación incorrecta
Interpretación inadecuada de la información.

Se identificaron como causas:

Falta de enfoque estandarizado en el proceso de traspaso
Falta de habilidades en comunicación
Paciente no acompañado por enfermera de unidad de origen
Enfermera que acompaña no conoce información esencial sobre el paciente
Falta de asignación de enfermera referente en UCI
Olvido
Situación de emergencia
Falta de tiempo
Infravalorar la importancia de la información

La comunicación se realiza generalmente simultánea al traslado de pacientes haciendo más probable que la información sea mal entendida o mal interpretada por falta de atención. La carga asistencial, el nivel de competencia, la no asignación de lugar ni tiempo específico para el proceso, la fatiga y el estrés son otros factores que dificultan ofrecer y retener una información completa.

Los efectos que se determinaron fueron:

Retraso / ausencia o repetición de actuaciones.
Falta de continuidad en la atención.
Actuación inadecuada.

La cantidad y complejidad de procedimientos diagnósticos y terapéuticos aportan beneficios importantes sobre el paciente pero a su vez suponen un riesgo para su seguridad. La falta de información por problemas de comunicación pueden llevar al retraso o la ausencia de los mismos evitando los beneficios y a la repetición o realización incorrecta produciendo daño.

Fase 4. Análisis de riesgo a través del cálculo del índice de riesgo (IPR)

Se analizaron los riesgos según los criterios de frecuencia (F), gravedad (G) y detección (D). Se considera la frecuencia como la probabilidad de que ocurra el fallo por cada una de las causas, la gravedad como el daño sobre el paciente, y la detección como la posibilidad de que el fallo se pueda detectar antes de que se produzca el daño.

La puntuación de cada criterio fue de 1 a 10. En el caso de la frecuencia, se asignó la máxima puntuación cuando era frecuente y la mínima cuando se consideraba remota. En el caso de la gravedad, se asignó la mayor puntuación cuando el efecto podía causar problemas serios de seguridad (efectos graves o muerte) y la menor puntuación cuando la gravedad era menor e indetectable por el paciente. Finalmente, en el caso de la detección del fallo la máxima puntuación se relacionó con una baja posibilidad de detectarlo y la mínima puntuación con una alta probabilidad de detección. La valoración de la gravedad, frecuencia de aparición y detectabilidad, se basó en la experiencia y conocimiento del proceso por parte del equipo y el método de detección establecido fue la observación directa.

El Índice de prioridad de riesgos (IPR) se obtuvo con la fórmula

$IPR = F \times G \times D$. Pudiendo variar la escala entre 1 y 1000.

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

El AMFE da como resultado un listado de puntos críticos con el fin de eliminarlos o establecer un sistema preventivo.

Se consideraron puntos críticos los fallos relacionados con cada una de sus causas y efectos con $IPR > 100$.

Comunicación ausente, incompleta, incorrecta e interpretación inadecuada por falta de enfoque estandarizado IPR 560

Comunicación ausente, incompleta, incorrecta e interpretación inadecuada por que el personal que acompaña no conoce información esencial sobre el paciente IPR 432

Comunicación ausente por paciente no acompañado por enfermera de Unidad de origen IPR 423

Comunicación incompleta, incorrecta e interpretación inadecuada por falta de habilidades en comunicación. IPR de 378

El desarrollo de acciones de mejora (Fase 5) completa el AMFE.

Los IPR indican el orden de actuación en la implantación de mejoras con el objetivo final de controlar el modo de fallo reduciendo la probabilidad de que ocurra, reduciendo su gravedad si ocurre y/o aumentando la capacidad de detectarlo.

Se consensuaron las siguientes acciones de mejora:

Elaboración de un Procedimiento de transferencia de paciente crítico a UCI. Conseguir un enfoque estandarizado siguiendo las medidas propuestas por el Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente en 2007 en Comunicación durante el traspaso de pacientes. El uso de la técnica SBAR (Situación, Antecedentes, evaluación y Recomendación) y la comunicación cara a cara con la asignación del tiempo suficiente al proceso y posibilidad de preguntar y repetir. Actualmente este procedimiento está en fase de desarrollo por el mismo equipo de trabajo que analizó el proceso.

Establecimiento de normativa interna de acompañamiento del paciente crítico por enfermero de unidad de origen que conozca información esencial sobre el paciente.

Promover la formación en habilidades de comunicación.

Potenciar la cultura de seguridad en UCI, integrando en el trabajo cotidiano herramientas que permitan a los profesionales implicados, analizar los riesgos específicos de su unidad, constituye una iniciativa para promover la seguridad de los pacientes críticos. El AMFE ha permitido, con escasos recursos y la participación directa de los profesionales implicados en el proceso, identificar y priorizar objetivamente los riesgos del proceso de transferencia a UCI, aunque se debe tener en cuenta que es una herramienta de análisis y que sólo la eficacia de las acciones adoptadas puede mejorar realmente la seguridad.

Actualmente se observa variabilidad interprofesional durante la transferencia. Estandarizar el proceso y mejorar la comunicación durante el traspaso asegura que recibimos la información actualizada y necesaria del paciente para garantizar una continuidad asistencial, evitando retraso, ausencia, repetición o incorrección de actuaciones. Se trata de adoptar sistemáticamente conductas sencillas y efectivas, que no

» **Barreras detectadas durante el desarrollo.**

Falta de experiencia en realización de AMFE por parte del equipo principalmente para valorar adecuadamente la frecuencia, gravedad y detección. En general se aprecia una tendencia a subestimar la gravedad.

Falta de registros de eventos adversos asociados a transferencia.

Reticencia a la modificación de conductas.

Dificultad para trabajo en equipo entre unidades, actualmente se promueve y recompensa más la autonomía y el desempeño individual.

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

La implicación del paciente en su propia seguridad contribuye a controlar el proceso de asistencia.

El paciente y su familia son una constante y por tanto si conocen la información esencial pueden desempeñar un papel fundamental para asegurar la continuidad de la atención.

Informar a los pacientes sobre quiénes son los enfermeros que realizan su transferencia de forma que sepan con quién deben ponerse en contacto si tienen alguna inquietud sobre la seguridad o la calidad de la atención.

Generar oportunidades para que los pacientes y sus familiares formulen cualquier pregunta sobre la atención sanitaria o expresen sus preocupaciones a los prestadores de atención sanitaria

» **Propuestas de líneas de investigación.**

Analizar la eficacia de las medidas adoptadas después de un año de instauración.

Este proceso abre una vía de comunicación interprofesional entre unidades y puede suponer una notable fuente de información para el desarrollo de proyectos de investigación.

AGRADECIMIENTOS:

Expresamos nuestro agradecimiento a los compañeros/as pertenecientes al grupo de trabajo por su participación en la mejora de seguridad de

» **Bibliografía.**

Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente. Comunicación durante traspaso de pacientes. Volumen 1, solución 3 Mayo 2007.

Ruiz P, González C. AMFE. Una herramienta muy útil para la seguridad del paciente Jano. 2008 Jun-Jul;1.702:45-48

Wong MC et al (2008) Clinical Handover Literature Review. University of Tasmania, Australia.

Martín MC, Gordo-Vidal F. La calidad y la seguridad de la medicina intensiva en España. Med Intensiva. 2011;35(4):201-5.