

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

## "La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

### ERRORES MÁS FRECUENTES EN LA PROFESIÓN DE LA MATRONA

**Autor principal** MIRIAM VÁZQUEZ SÁNCHEZ

**CoAutor 1** ANA M TORRES FUENTES

**CoAutor 2**

**Área Temática** La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Obstétrico-Ginecológica

**Palabras clave** Patient safety                      Adverse events                      Midwife                      Obstetrics

#### » Resumen

Dentro del área de la seguridad del paciente, nos hemos centrado en describir los errores más frecuentes en el ejercicio de la profesión de la matrona. Dichos errores se pueden clasificar en eventos adversos (con daños al paciente) e incidentes (sin repercusión para éste). De los eventos adversos detectados se ha observado que son más frecuentes en la fase de puerperio y en los ingresos por cesárea. Destacando la prevalencia de hemorragias e infecciones puerperales, pH neonatal <7,10 (asfisia neonatal), y reingresos en los partos instrumentales. Concluyendo que a medida que aumenta nuestro grado de intervención hay mayor probabilidad de complicaciones.

#### » 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?

La seguridad del paciente es un tema complejo en el que participan e interaccionan múltiples disciplinas y procesos, los cuales requieren un enfoque integrado que permita mejorarla. Es un principio fundamental de la atención al paciente y una dimensión de la calidad, incluso una condición (sin seguridad no puede existir calidad). El incremento de la seguridad del paciente requiere tener en cuenta tres objetivos complementarios: identificar y analizar los eventos adversos, prevenir los eventos adversos y reducir sus efectos.

Definiciones para la mejor comprensión del tema:

Evento adverso: una lesión relacionada con la asistencia sanitaria, más que con las complicaciones de la enfermedad del paciente. Incluye todos los aspectos de la atención tales como diagnóstico y tratamiento así como los sistemas y equipamientos utilizados.

Podemos distinguir dos tipos de eventos adversos:

Eventos adversos graves (por ejemplo muerte o pérdida de función)

Eventos adversos leve (por ejemplo fiebre o prolongación de la estancia)

Evento adverso prevenible: un evento adverso atribuible a un error.

Error sanitario: no realizar una acción tal como se planeó, o utilizar un plan equivocado para alcanzar un objetivo.

Incidente : acción u omisión que podría haber dañado al paciente, pero no lo dañó como consecuencia del azar, la prevención o la mitigación de la misma. Se podría decir que un incidente es indistinguible de un evento adverso en todo excepto en el resultado, es decir, en la presencia de lesiones en el paciente producto de la atención sanitaria.

La preocupación por la seguridad del paciente ha acompañado a la medicina desde sus orígenes, el interés creciente en este tema lleva a la OMS en 2004 a crear la Alianza internacional para la Seguridad de los pacientes y en 2005 a la Comisión Europea a elaborar la Declaración de Varsovia sobre la Seguridad de los pacientes, lo cual ha impulsado a los países a abordar este asunto a escala nacional. En España se han llevado a cabo diferentes estrategias dentro del Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad para hacer frente a este problema, con la reciente creación del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP), se pretende la mejora de la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes. Sin embargo, no se disponen aún de datos concretos publicados al respecto.

Los datos sobre la seguridad de los pacientes en centros sanitarios, relacionados con la atención de matronas a menudo no están disponibles. No obstante, existe un creciente interés en los resultados de calidad de un modelo de atención que pretende normalizar el proceso del parto, en el que las matronas cada vez cobran más importancia.

El impacto de los resultados adversos en obstétrica es considerable, por diferentes motivos: en primer lugar porque hay 2 personas implicadas (la madre y el recién nacido), también porque las consecuencias neonatales puede aparecer a largo plazo y causar importantes consecuencias sociales y familiares (esfuerzo y dedicación de los progenitores, coste económico, etc.), otro motivo es que, en obstetricia se esperan buenos resultados y la sociedad no suele estar preparada para aceptar la morbi-mortalidad en el proceso de embarazo, parto y puerperio, que en principio es fisiológico.

Es una de las áreas de la medicina con mayor número de reclamaciones, donde el obstetra será demandado 2,64 veces durante su carrera

#### » 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?

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Cinahl y Cuiden utilizando los términos de búsqueda: Patient safety, Risk, Medical errors, Adverse events, Deliberly, Midwife y Obstetrics, con la limitación de búsqueda: desde 2008 hasta la actualidad.

Criterios de inclusión de los artículos: No se han podido identificar suficientes trabajos sobre frecuencia, distribución o características de errores ocurridos en el desempeño de la profesión de la matrona, para llevar a cabo el objetivo del estudio. Por lo que también se han seleccionado artículos relacionados con: errores en la práctica enfermera (por las similitudes que pueden existir), sucesos adversos en obstétrica y planes de registro de efectos adversos hospitalarios en servicios de obstetricia.

Se han revisado un total de 28 artículos y 2 documentos del Ministerio de Sanidad: Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos

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

A continuación, vamos a exponer los resultados más relevantes hallados en los diversos estudios que, bajo nuestro criterio, tienen mayor repercusión y/o interés.

1. Implantación de un sistema de gestión de riesgos en obstetricia: aprendiendo de los errores. Hospital Universitario 12 de Octubre, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Madrid. Un 9,26% de los ingresos totales (4556) en obstetricia durante el 2008 presentan algún tipo de evento

prevalencia de las hemorragias puerperales, los pH<7,10 en el cordón umbilical, las transfusiones de hemoderivados y los reingresos en los partos instrumentales. Hubo 76 incidentes registrados: paritorio: 26 (33,8%), urgencias: 14 (18,2%), plantas de puerperio: 26 (33,8%) y quirófano: 11 (14,3%). De todas las notificaciones, 56 (72,7%) generaron una mejora. El tipo de mejora fue informativa en 42 (54,5%), formativa en 1 caso (1,3%) y operativa en 13 (16,9%). En 45 (58,4%) de ellas se proponía una solución al evento notificado.

2. Failures in childbirth care. Estudio realizado por la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad de Salford en 7 maternidades del noroeste de Inglaterra. Se estudian 37 casos de asfixia severa neonatal. Hubo 13 cesáreas de emergencia, 2 fórceps, 10 ventosas y 12 partos normales. De los cuales 32 fueron eventos adversos y sólo 16 son notificados como incidentes. Las 3/4 partes de los eventos adversos ocurrieron en períodos de mucho trabajo con un número inadecuado de matronas, a lo que se le sumó la excesiva tarea administrativa. 20/37 tuvieron lugar durante el turno de noche. En 32 de los casos, el personal carecía de experiencia en paritorio y reanimación neonatal. Además se quedaron sin apoyo y supervisión con casos complicados. En casi la mitad de todos los casos hubo un exceso o uso inadecuado de Syntocinón, subestimando sus riesgos.

3. Using prospective clinical surveillance to identify adverse events in hospital. Estudio realizado en un hospital universitario especializado en que se describen y comparan resultados de vigilancia clínica. Revisó un total de 1406 pacientes durante 12 semanas en cuatro servicios clínicos: cirugía cardíaca (n = 226), cuidados intensivos (N = 211), medicina interna (n = 453) y obstetricia (n = 516). El riesgo de EA es 1,4% en Obstetricia comparado con el 11% en los servicios de medicina interna y cuidados intensivos. La proporción de pacientes con resultados de una discapacidad permanente o muerte es del 0,2% en obstetricia frente al 4,9% en Cirugía Cardíaca. El motivo principal de admisión en obstetricia es parto 324 (63%), seguido de inducción 87 (17%), cesárea electiva 56 (11%), y rotura prematura de membranas 34 (7%). Los efectos adversos observados en el área de obstetricia son: error terapéutico 8 (36.4), complicaciones del procedimiento 7 (31.8), eventos adversos de la medicación 6 (27.3), complicaciones quirúrgicas 1 (4.6).

4. A novel approach to registration of adverse outcome in obstetrics and gynaecology. Estudio realizado en 6 hospitales de Países Bajos durante 12 meses, con el objetivo de evaluar los resultados adversos mediante formularios de registro. Se registraron un total de 10470 ingresos, 3843 en ginecología y 6627 en obstetricia, de estos últimos, 5.790 fueron por parto. Ocurrieron 351 complicaciones ginecológicas (9,1%) y 960 obstétricas (14,5). Los resultados en obstetricia: La principal complicación observada fue la pérdida de sangre en exceso (más de 1 litro) en el 41,8% de los casos, seguida de las infecciones puerperales en el 12% y la asfixia neonatal en el 9%.

5. Impact of a comprehensive patient safety strategy on obstetric adverse event. Realizado en un hospital universitario de tercer nivel con el objetivo de poner en marcha una estrategia integral para el seguimiento y la reducción de efectos adversos. Se introdujeron gradualmente múltiples intervenciones de seguridad del paciente en el servicio obstetricia. En la revisión previa a la implantación de la estrategia clasificaron las debilidades generales en: falta de directrices institucionales (por ejemplo, para inducciones misoprostol y la administración de oxitocina), prácticas ineficaces de comunicación, escaso conocimiento de cadena de mando, y ausencia de un mecanismo de aseguramiento de la calidad. Se registraron 13.622 partos (1135 por trimestre), la media del índice de resultado adverso trimestral fue 2,50% (DE 0,72%, rango 1.55-3.75%). Se observó durante el período de estudio una disminución de eventos adversos estadísticamente significativa ( $r^2 = 0,50$ ,  $P = 0,011$ ).

#### Conclusiones y Discusión

Los eventos adversos son más frecuentes en la fase de puerperio y en los ingresos por cesárea. A medida que aumenta nuestro grado de intervención hay mayor probabilidad de complicaciones.

Destaca la prevalencia de hemorragias e infecciones puerperales, pH neonatal <7,10 (asfixia neonatal), y reingresos en los partos instrumentales.

Un ratio bajo de matronas por turno, la nocturnidad, la carga de tarea administrativa y el personal nuevo e inexperto en un servicio hacen que aumente la probabilidad de eventos adversos.

Se detectan errores importantes en la dosis, el fármaco y en la vía de administración. Concretamente, en obstetricia, con el uso de syntocinón y otros fármacos administrados por vía epidural.

Dentro del ámbito sanitario, el área de obstetricia es una de las que más repercusiones económicas tiene por demandas. Ésto es así por el hecho de que la población diana es mayoritariamente sana. Además, son más frecuentes las complicaciones en obstetricia que en ginecología.

Muchos de los eventos adversos se deben a situaciones latentes del propio sistema y no a negligencias o imprudencias del personal.

Las matronas, forman parte del colectivo de enfermería y comparten muchas similitudes con este, como el modelo de atención a los pacientes, es por esto, que en parte, los errores ocurridos en enfermería pueden extrapolarse. Sin embargo, por algunas características de esta profesión, relacionadas por una parte, con su formación especializada en un área concreta de la salud, y por otro lado, por su autonomía en la atención profesional, sugerimos que es posible que haya errores diferentes, y que además, los errores comunes se distribuyan de distinta forma.

Según la literatura, existen diferentes iniciativas de sistemas de registro y notificación de eventos y de errores de medicación a nivel local y autonómico. Sin embargo, los que tienen una mayor cobertura se relacionan con la notificación de errores de medicación. La notificación de otros eventos adversos con menor repercusión quedan restringidos al entorno hospitalario o también llamados sistemas de notificación internos.

Incluso, en muchos casos, son considerados como propios del proceso patológico.

Todo esto hace plantearnos la elaboración de un registro de eventos adversos en nuestro servicio, que nos permita conocer el punto de partida,

#### » Barreras detectadas durante el desarrollo.

Las principales barreras identificadas, en la mayoría de estudios revisados, para la notificación de errores son: falta de conciencia de que un error ha ocurrido, de que se debe documentar y porqué; miedo a las acciones disciplinarias o denuncias, falta de familiaridad con los mecanismos de notificación, pérdida de autoestima, sentimiento de estar demasiado ocupados para documentar y falta de feedback cuando se produce un

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

En este estudio no tiene un papel activo la participación del paciente y/o su familia ya que está realizado desde una perspectiva estrictamente profesional. En la cual nos centramos en nuestros propios errores. Sin embargo, somos conscientes de que su contribución en la seguridad del paciente siempre es un elemento de gran ayuda.

#### » Propuestas de líneas de investigación.

Invitamos a seguir con nuestra propia línea de investigación, ya que no existe estudios suficientes. Además de ésta, proponemos las siguientes: La investigación sobre los factores que predisponen a estos errores. Lo cual facilitaría su gestión.

Los sistemas de registro y/o notificación usados en cada área de salud.

Las habilidades de cálculo en la dosificación farmacológica del personal sanitario.

#### » Bibliografía.

Camaño I, García A, López M, Frías H y Hernández JM. Implantación de un sistema de gestión de riesgos en obstetricia: aprendiendo de los errores. POG 2010;53(6):223-230

Forster A J, Worthington J R, Hawken S, Bourke M, Rubens F, Shojania K, et al. Using prospective clinical surveillance to identify adverse events in hospital. BMJ 2011;20:756-763.

Twijnstra AR, Zeeman GG, Jansen FW. A novel approach to registration of adverse outcomes in obstetrics and gynaecology: a feasibility study. BMJ