

V CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Evidencia científica en la Seguridad del Paciente: Asistencia sanitaria de calidad y promoción de salud"

MONITORIZACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y APLICACION DE MEDIDAS PREVENTIVAS Y/O CORRECTORAS EN UGC DE RADIODIAGNÓSTICO

Autor principal JUANA MARIN SANCHEZ

CoAutor 1 MARIA PILAR PEDRAZA MORA

CoAutor 2 M DEL CARMEN RAMIREZ LOPERA

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Médica

Palabras clave Seguridad del paciente/Efectos adversos Atención a la salud Tomografía Computerizada por rayos X Imagen por Resonancia

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

Introducción-El trabajo que se presenta es parte de un proyecto más amplio que se está desarrollando actualmente en la UGC de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario Reina Sofía (HURS) de Córdoba, y cuyo propósito es implantar un Plan de Gestión de Seguridad del paciente. Objetivos-Conocer e identificar los Eventos Adversos (EA), los fallos, causas y medidas preventivas en la modalidad de Tomografía Computerizada y Resonancia Magnética; así como dibujar el mapa de riesgo relacionado con dicho proceso clave. Metodología-Se trata de una investigación cualitativa mediante los Grupos de Discusión (GD). Se formó 7 GD, uno por proceso identificado en la UGC de Radiodiagnóstico, se trabajo en 4 sesiones de 2 horas, se empleo el método AMFE para analizar los EA hallados, se listó según IPR. Las acciones preventivas y/o correctoras las propusieron los GD. Aunque en esta comunicación nos centramos en los datos obtenidos en el proceso Tomografía Computerizada y Resonancia Magnética. Resultados-Se identificó a 30 EA y se formularon 163 acciones preventivas específicas aportadas por el GD, aunque también se mencionan otras actuaciones transversales para la prevención de EA propuestas por la Organización Mundial de la Salud (2,4,7,9) así como, Estrategias para la Seguridad del paciente (11,12,13,16,20,22,24) y Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

Es frecuente hablar de Eventos Adversos (EAs) en sanidad; estos pueden derivar de deficiencias en diferentes niveles de la atención sanitaria, tanto en atención primaria como en especializada, en plantas de hospitalización, en servicios de emergencias o en servicios de apoyo al diagnóstico. Son numerosos los estudios que lo avalan: IBEAS(1) habla de 11,85% de paciente que han sufrido EAs, EVADUR(2) en torno al 12% y ENEAS(3) un 9,3%.

En nuestro caso, una persona atendida en la unidad de radiología puede sufrir, como en cualquier otra unidad, EAs comunes y ligados al hecho mismo de la asistencia. Pero además existen otros específicos, relacionados con el proceso de atención que reciben en ella. Por tanto se parte del hecho de que los pacientes que acuden a Servicio de Radiodiagnóstico, tienen un riesgo de sufrir algunos EAs comunes y otros específicos no intencionados y derivados de la asistencia prestada (4). Debemos aceptar esta realidad y, como quiera que los estudios realizados hasta la fecha muestran aproximadamente un 50% o más de estos EAs, son evitables (5).

La UGC de Radiodiagnóstico del HURS de Córdoba lleva varios años trabajando para y por la seguridad del paciente en la atención sanitaria siguiendo las directrices planteadas y marcadas por la organización en esta materia.

En este marco queda planteada la necesidad de identificar la magnitud y las características del problema, y aunque no es más que un comienzo, es el primer paso para poner soluciones y conseguir disminuir la carga de enfermedad debida a riesgos asociados a los cuidados proporcionados. El estudio persigue tres objetivos generales: 1) Identificar de manera exacta los EAs, los fallos y las causas que los producen; 2) Analizar esos EAs ya filiados con consecuencia en el paciente y proponer acciones preventivas para disminución del riesgo, 3) Diseñar e implantar mapas de riesgo.

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

Se propone un diseño de carácter cualitativo y se considera el Grupo de Discusión (GD) como una conversación diseñada para obtener información sobre un tema de interés en una situación relajada. Es una modalidad de entrevista grupal dinamizada y dirigida por un moderador que provoca discusión, controla el desarrollo del discurso y cataliza la producción deshaciendo bloqueos. Se puede distinguir tres fases:

1.-Fase de preparación
En ella se decide cuantos GD se van a formar, el número de miembros en cada uno de ellos, el tiempo de reunión, lugar y quién/quienes los va a moderar.

*Número de GD: la UGC de Radiodiagnóstico se divide en 7 procesos: mama, radiología infantil, intervencionista, TC y RM, ecografía, urgencias y estudios contrastados; por tanto, se forma 7 GD.

*Sujetos: cada GD está compuesto por un número oscilatorio de miembros entre 9 y 19 en relación al total de profesionales que trabajan en cada proceso. La elección fue aleatoria, al azar. La homogeneidad del GD es la pertenencia al mismo proceso y la heterogeneidad la otorga la pertenencia a diferentes categorías profesionales (médicos, enfermeras, TER, administrativos, celadores y directivos de la UGC de Radiodiagnóstico).

En nuestro proceso TC y RM, el GD lo compone 15 miembros.

*Tiempo: 4 sesiones de 2 horas, 1 por semana.

*Lugar de reunión: Salas de reuniones.

*Moderador y analista: La Unidad de Calidad y Documentación Clínica.

2.-Fase de desarrollo

En todas las sesiones de trabajo, los moderadores aportan un contenido formativo introductorio con la entrega de documentos y bibliografía de interés en relación al contenido de cada sesión.

*1ª sesión: Cada GD empleo la tormenta de ideas para la elaboración de un listado de los EAs, los fallos y las causas de estos, específicamente en cada proceso. Se consigue la elaboración del catálogo de EAs y posteriormente el mapa de riesgo por proceso.

*2ª sesión: Tras informar a los miembros del GD el significado del Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) y el Índice de prioridad de riesgo (IPR); se analizaron y priorizaron (según frecuencia, gravedad, detectabilidad y criticidad) los EAs detectados.

*3ª y 4ª sesión: Se identifico y consensuo las acciones preventivas y/o correctoras a desarrollar en la práctica para disminuir el riesgo de aparición

La Unidad de Calidad y Documentación Clínica es la responsable de analizar toda la información recopilada en los 7 GD.

» **RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

En el proceso de TC y RM, se identificaron 30 EA, 33 fallos producidos por 43 causas. El GD propuso 163 medidas concretas en forma de acciones preventivas y/o correctoras.

Por cuestiones de espacio y extensión se va a describir el listado de los EAs del proceso TC y RM y los 5 primeros EAs identificados según IPR con algunos de los fallos, causas y acciones preventivas.

Como Ea tenemos:

- 1.Extravasación de contraste yodado
- 2.Excesiva radiación a los pacientes
- 3.Hacer la prueba a otro paciente o que se ponga malo
- 4.Realización de prueba innecesaria
- 5.Miedo psíquico
- 6.Confusión de un enfermo por otro
- 7.Claustrofobia
- 8.Caída del paciente
- 9.Quemadura de paciente (obesos)
- 10.Caída de resonancia
- 11.Rotura de audífonos u otro dispositivo en resonancia
- 12.Demora en realización o información de los estudios
- 13.Daño en la espalda de los pacientes
- 14.Tardanza en la comunicación al paciente de la cita
- 15.Falta de preparación del paciente y bajada innecesaria a la unidad
- 16.Molestias al paciente y falta de intimidad
- 17.Angustia e inseguridad
- 18.Falta de intimidad
- 19.Agresividad/irritabilidad de los pacientes
- 20.Reacción alérgica a medicamentos (contraste yodado)
- 21.Diagnóstico erróneo
- 22.Retirada accidental de vía o sonda
- 23.Desorientación en la llegada del paciente
- 24.Flebitis
- 25.Movilización de la prótesis en pacientes con prótesis metálica
- 26.Errónea indicación y administración de medicamentos
- 27.Realización inadecuada de estudio
- 28.Crisis hipertensiva en RM
- 29.Realizar estudios con radiación en embarazadas
- 30.No realización de la prueba

Según el promedio IPR, los EAs obtenidos:

- 1.Reacción alérgica a medicamentos-contraste yodado (149,83) debido a la administración de medicamento y siendo su causa la imposibilidad de identificar reactividad a contraste. Entre algunas de sus acciones preventivas: preguntar si sufre alergia, no poner contraste ante una duda, disponer de material y poseer formación adecuada en reacciones alérgicas.
- 2.Errónea indicación y administración de medicamentos (106,45) debido a la contraindicación a medicamentos y siendo su causa desconocimiento por parte del paciente. Como acciones preventivas se destaca la disponibilidad a acceder a la historia clínica del paciente.
- 3.Demora en realización o información de los estudios (96,64) debido a la demora del celador/TER o radiólogo causado por la demanda asistencial y por la ausencia de profesionales. Entre algunas acciones preventivas tenemos no sobrecargar agendas y disminuir la presión asistencial.
- 4.Excesiva radiación (98,58) debido a una no valoración de la edad, causado por una falta de formación. Entre las acciones preventivas tenemos el establecimiento de protocolos de seguimiento con otros servicios peticionarios, el reciclado de profesionales y valoración de manera más exigente la historia clínica del paciente.
- 5.Confusión de un enfermo por otro (97,67) debido a una mala identificación del paciente causado por un cambio de volante. Destacamos algunas medidas preventivas como la comprobación de los datos del paciente a través de la etiqueta identificativa y/o historia clínica del paciente. Además, de las medidas preventivas específicas filiadas por el GD, en el mapa de riesgo aparecen actuaciones transversales para la prevención de EAs; los propuestos por:
 - La Organización Mundial de la Salud, "Nueve soluciones para la seguridad del paciente"
 - *(2) Identificación del paciente
 - *(4) Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto
 - *(7) Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos
 - *(9) Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud
 - La Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal
 - *(4) Calidad de datos
 - *(10) Deber de secreto
 - *(11) Comunicación de los datos
 - La Estrategia para la Seguridad del Paciente
 - *(11) Disminuir barreras arquitectónicas y señalar adecuadamente los centros
 - *(12) Identificación inequívoca de la ciudadanía que entra en contacto con el SSPA
 - *(13) Identificación correcta y entorno seguro en la asistencia telemática
 - *(16) Potenciar el uso seguro de la medicación para prevenir los errores en el proceso de prescripción, conservación, preparación y administración de medicamentos
 - *(20) Establecer las medidas necesarias para la detección y actuación ante el riesgo de caídas
 - *(22) Fomentar entornos seguros en las inmovilizaciones mecánicas y farmacológicas

» **APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

La aplicación de estas medidas preventivas y/o correctoras permitirá disminuir de forma consistente la aparición de EAs en la práctica, por tanto, permite crear y reforzar una cultura de seguridad en la UGC de Radiodiagnóstico.

La monitorización de EA debe ser incorporado en forma sistemática y sostenida dentro del proceso de atención de cada paciente, involucrando a cada miembro de la UGC de Radiodiagnóstico en 3 aspectos: 1)declaración obligatoria de EA a través de la Web del HURS; 2)conocimiento por parte de la Dirección de la unidad de cualquier EA declarado 3)análisis permanente de EA y puesta en marcha de medidas preventivas y/o

» **PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.**

- 1.-Analizar los EA notificados a través del registro habilitado para tal fin, del año 2013.
- 2.-Agrupar las acciones preventivas propuestas por los GD por líneas de trabajo siguiendo esta clasificación: modificaciones y mejoras en el proceso asistencial, práctica clínica, actividades formativas, protocolos/procedimientos, información específica a los paciente, gestión, listado de comprobación, tecnologías de la información y de la comunicación, medidas para mejorar la accesibilidad y la comunicación y otros.
- 3.-Evaluar y medir el impacto de las acciones preventivas y/o correctoras en EAs ya filiados.
- 4.-Constituir una Comisión Permanente de Seguridad en la UGC de Radiodiagnóstico para analizar constantemente, revisar, minimizar y evitar los EAs.

» **BIBLIOGRAFÍA.**

- 1.-Ministerio de Sanidad y Política Social de España y la Organización Mundial de la Salud en colaboración con los Ministerios de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. estudio IBEAD. Prevalencia de efectos adversos en Hospitales de Latinoamérica. Madrid 2010.
- 2.-Tomas S, Chanovas M, Roqueta F y otros. Estudiio EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los Servicios de Urgencias de Hospitales españoles. Emergencias 2010; 22: 415-28.
- 3.-Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio ENEAS 2005: Estudio Nacional sobre Efectos Adversos ligados a la hospitalización. Madrid 2006.
- 4.-Eavab Thornton MD, Olga R, Brook MD, Mishal Mendiratta-Lala MD, Donna T and al. Application of failure Mode and Effect Analysis in a Radiology Department. RadioGraphics 2011; 31:281-293.
- 5.-Limón Ramirez R, García Rubio J, Miralles Bueno JJ y otros. Estudio de eventos adversos en sanidad privada. Proyecto de Confianza de Seguridad del paciente. Revista de Calidad Asistencial. 2012. vol 27.