

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"

PLAN DE SEGURIDAD CLÍNICA DE LA UNIDAD DE HEMATOLOGÍA/ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ

Autor principal CRISTINA QUINTERO GONZALEZ

CoAutor 1 PILAR BRITO CHAPARRO

CoAutor 2

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

Palabras clave SEGURIDAD RIESGO CALIDAD AMFE

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

La seguridad del paciente es una prioridad reconocida de los sistemas sanitarios del mundo. El reto es cómo prevenir los daños derivados de la atención sanitaria. La seguridad del paciente se considera, por tanto, una prioridad en la asistencia sanitaria.

La máxima seguridad del paciente se consigue por un conocimiento adecuado de los riesgos, la eliminación de los innecesarios y la prevención y protección de aquellos que hay que asumir de forma inevitable. Los mapas de riesgo son una herramienta muy útil para conocer de forma gráfica los agentes generadores de riesgo y para la planificación de diferentes estrategias para la seguridad del paciente.

El objetivo de este plan es la seguridad del paciente, y mejorar con ello la calidad de la asistencia sanitaria, para dar en nuestra unidad una atención sanitaria segura y disminuir la incidencia de daños.

Como puntos críticos de los procesos:

-Proceso de ingreso-alta: la identificación del paciente y acomodación del paciente a su cama y a sus instalaciones.

-Proceso de higiene: valoración del paciente (por parte de la enfermera y auxiliar), correcta higiene de manos y lavado, arreglo, movilización del paciente.

-Proceso de medicación: administración de medicación.

-Proceso de Hemoderivados: comprobación de datos por parte de enfermería.

Por último hemos pensado que es necesario crear un registro para poder controlar, medir y notificar todas las incidencias y datos aportados por el

» **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.**

El objetivo de este plan es la seguridad del paciente y mejorar con ello la calidad de la asistencia sanitaria para dar en nuestra unidad una atención sanitaria segura y disminuir la incidencia de daños. Básicamente el propósito es el de aportar unas directrices que sirvan de ayuda para disminuir riesgos e impida la variabilidad en la práctica clínica, no tratándose tampoco de un patrón rígido en determinados aspectos o áreas donde puede existir una diferencia de opinión razonable.

Desde 2009, la planta, es una unidad de gestión, por lo tanto está obligada a cubrir una serie de objetivos entre los que se encuentran la formación, acreditación, publicaciones, asistencia a congresos. El personal se está informando desde entonces que la Seguridad es el primer paso para mejorar la calidad asistencial, a través de cursos que imparte Formación Continuada. No existe un plan de seguridad como tal en nuestra planta, hasta que realizamos el presente, aunque se está controlando por parte del supervisor: reacción transfusional, error de identificación de

» **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.**

Hemos realizado un Plan de Seguridad de la Unidad de Oncología/Hematología del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva, en Octubre de 2013, ante la necesidad de detectar errores cometidos por los profesionales o los riesgos existentes de cometerlos y poder actuar frente a ellos. Nos hemos basado en la experiencia y la práctica diaria.

Los pacientes nos ingresan a través de urgencias, otras unidades, consultas externas y/o hospital de día. Son oncológicos, hematológicos y ectópicos. En el momento del ingreso se realiza una valoración inicial según las necesidades de Virginia Henderson. Los pacientes oncológicos/hematológicos tienen una estancia media / larga en la mayoría de los casos.

La máxima seguridad del paciente se consigue por un conocimiento adecuado de los riesgos, la eliminación de los innecesarios y la prevención y protección de aquellos que hay que asumir de forma inevitable. Los mapas de riesgo son una herramienta muy útil para conocer de forma gráfica los agentes generadores de riesgo y para la planificación de diferentes estrategias para la seguridad del paciente.

A) Medicación y hemoterapia: errores y efectos adversos.

-Errores de prescripción: medicación errónea, dosis errónea y medicación inexistente.

-Errores de transcripción: tratamiento prescrito no legible.

-Errores de preparación: medicación inexistente y dosis errónea.

-Errores de dispensación-administración: dar medicación inexacta al paciente, dar medicación al paciente equivocado y medicación inexistente

B) Latrogénicas vinculadas a la hospitalización y los cuidados.

-UPP: secundarias a la inmovilización y alimentación deficitaria.

-Flebitis: como consecuencia del no seguimiento del protocolo de cambio de tres días o si precisa antes, por una medicación perfundida (citostáticos, antibióticos, etc.) y debido a una mala técnica de inserción del catéter venoso.

-Caídas: debido a la desorientación temporoespacial y a las infraestructuras (wc).

-Infecciones nosocomiales: debidas al no uso de guantes, mala higiene de manos y mala praxis al realizar técnicas asépticas.

C) Elementos de seguridad clínica.

-Carro de Parada: según protocolo de la unidad, se debe de revisar la segunda noche de cada turno y dejar anotadas las incidencias, caducidades etc., en un libro de registro, aunque no siempre se lleva a cabo.

-Identificación de pacientes: Debido a los frecuentes traslados internos, nos debemos dirigir al paciente por nombre y apellidos y hacer hincapié en el personal flotante.

D) Infraestructuras.

-Fijas: ventanas selladas, mal acceso a las duchas, y centralización del sistema de aire /calefacción.

-Móviles: tenemos sólo un andador en la unidad y cuatro colchones antiescaras, la grúa para movilización de pacientes, poseemos silla de ruedas, hay un solo sillón por enfermo; cuando éstos se tienen que sentar por reposo relativo, el cuidador tiene que usar la cama del paciente.

Los procesos en los que hemos trabajado son:

- Proceso de ingreso/alta.
- Medicación y Hemoterapia.
- Higiene.

Hemos realizado análisis modo de fallos (AMFE) para detectar errores cometidos, posibles causas y cómo controlarlos.

PROCESO INGRESO/ALTA

GESTION DE CAMAS:

FALLO: Ubicación en plantas ectópicas. EFECTO: Baja calidad en la valoración de Enfermería y retraso en la valoración médica. G:4. CAUSAS: Sobrecarga de trabajo y bajo conocimiento del personal. F:7. CONTROL: Colaboración entre Enfermería, medicina y administrativos.D:5. NPR:140

IDENTIFICACION DEL PACIENTE:

FALLO: No preguntar el nombre completo del paciente ni identificarlo con pegatinas. EFECTO: Confusión de pacientes.G:9. CAUSAS: Sobrecarga de trabajo. Pobre comunicación entre el profesional y el paciente. F:4. CONTROL: Comprobación del nombre completo y colocación de pulsera identificadora. D:5. NPR:183

ACOMODACIÓN EN LA HABITACIÓN:

FALLO: No comprobar los posibles instrumentos a usar(Aspirador, oxígeno,colchones,). EFECTO: Posible muerte por aspiración debido al mal montaje o mal estado del instrumento. G:10. CAUSAS: Sobrecarga de trabajo. Malas instalaciones e instrumental. Falta de conocimientos o formación del personal o familiar.F:4. CONTROL: Comprobación de los posibles instrumentos a usar antes de la llegada del paciente.D:6. NPR:240

PROCESO MEDICACIÓN/HEMODERIVADOS

TRANSCRIPCION:

FALLO: Dosis errónea. No comprender la letra del facultativo. EFECTO: Confusión en la medicación. Empeoramiento de la enfermedad. G:9. CAUSAS: Sobrecarga de trabajo. Difícil interpretación por mala caligrafía. F:3. CONTROL: Revisión conjunta del tratamiento por médicos y enfermeras. D:2. NPR:54

ADMINISTRACIÓN:

FALLO: Mala identificación del medicamento. Administración por vía incorrecta. Malos accesos venosos. EFECTO: Empeoramiento de la enfermedad. G:10. CAUSAS: Envases de medicamentos similares. Sobrecarga de trabajo. F:5. CONTROL: Mejor identificación de los medicamentos. Informar al paciente de la administración y verificar verbalmente y con la pulsera datos del paciente. D:5. NPR:250

COMPROBACION POR PARTE DE ENFERMERIA.

FALLO: No verificar coincidencia de datos del paciente y etiqueta del hemoderivado. EFECTO: Administración de sangre al paciente equivocado. G:10. CAUSAS: Sobrecarga de trabajo. Personal no formado.F:3. CONTROL: Comprobación de datos antes de la transfusión.D:2. NPR: 60

PROCESO HIGIENE

VALORACIÓN POR PARTE DE ENFERMERA Y AUXILIAR

FALLO: Pobre valoración. EFECTO: Mala práctica de higiene con aumento del riesgo de caídas y upp. G:8. CAUSAS: Sobrecarga de trabajo y falta de trabajo en equipo. F:5. CONTROL: Higiene realizada por enfermera, auxiliar y celador para valoración multidisciplinar. D:3. NPR:120

CORRECTA HIGIENE DE MANOS.

FALLO: No cambiar los guantes de un paciente a otro y no lavarse las manos. EFECTO: Infecciones nosocomiales. G:10. CAUSAS: Pobre formación en el tema. F:7. CONTROL: Formación periódica sobre infecciones nosocomiales y prevención de éstas. D:2. NPR:140.

HIGIENE

FALLO: No secado de pliegues, movilizaciones incorrectas, pliegues en las sábanas. EFECTO: Aumento del riesgo de upp. G:8. CAUSAS: Sobrecarga de trabajo, baja formación del profesional. F:5. CONTROL: Formación a los profesionales y trabajo multidisciplinar. D: 3. NPR: 120

G: Gravedad, F: Frecuencia, D: Detección, NPR: Número de Prioridad de cada Riesgo.
Una vez estimados G, F y D los multiplicamos para obtener en NPR que dará un valor entre 1 y 1000. Este valor nos dirá la importancia del modo de fallos que estamos analizando.

Como puntos críticos de los procesos:

» **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.**

Como herramientas/medidas que hemos utilizado para obtener los resultados:

- Indicador Centinela: errores en la identificación de los pacientes relacionado con los cambios internos de la unidad por necesidades (aislamientos).
- Indicador para el proceso ingreso/alta: cumplimiento del proceso de identificación de pacientes.
- Indicadores para proceso de higiene: upp, infecciones nosocomiales y caídas.
- Indicadores para proceso de medicación y hemoderivados: infecciones de catéteres centrales y errores de medicación.

-INDICADOR DE PROCESO INGRESO/ALTA

-Definición: cumplimiento del proceso de identificación del paciente.

-Dimensión: continuidad y seguridad.

-Justificación: su utilidad se basa en trabajar con seguridad, con un determinado paciente y sus características y no confundirlo con otro. Lo medimos para no aplicar tratamientos inadecuados o no dirigidos específicamente a un determinado paciente.

-Fórmula

Nº de pacientes con pulseras identificativas, confirmada su identificación verbalmente ENTRE EL Nº de pacientes ingresados en la unidad de Hematología/Oncología HJRJ X 100

Nº de pacientes no identificados (sin pulsera) ENTRE EL Nº de pacientes ingresados en la unidad de Hematología/Oncología HJRJ X 100

-Población:

Criterios de inclusión: todo paciente que entre para ser valorado por el servicio de urgencias tiene que ser identificado.

Criterios de exclusión: los pacientes que ingresen tiene que llevar pulsera identificativa, aquellos que no ingresen, deben de llevar una pegatina identificativa hasta el momento de su alta.

-Tipo: es un indicador de proceso, donde mediremos si se cumple o no el correcto proceso e identificación de paciente.

-Estándar: pretendemos conseguir que todos los pacientes que ingresen en el HJR estén identificados tanto con la pulsera como verbalmente.

Hablaríamos de alarma ante la existencia de un paciente no identificado o con pulsera de otro paciente, por lo tanto el estándar de nuestro indicador será empírico, y por consenso de todo el personal que valore la incorrecta identificación del paciente.

-Fuente de datos: nuestra fuente de datos será manual, dejando constancia en los registros de valoración de Enfermería.

INDICADOR PARA PROCESO DE MEDICACIÓN Y HEMODERIVADOS

-Definición: Errores de Medicación y Hemoderivados de pacientes de la unidad de Hematología/Oncología del HJR.

-Dimensión: Adecuación y seguridad.

-Justificación: queremos medir los errores que cometemos cuando administramos medicación y hemoderivados, pues no tiene sentido administrar una medicación no específica o no destinada a un determinado paciente, produciendo un grave incidente de salud.

-Fórmula:

Nº de pacientes que han sufrido una administración errónea en medicación/hemoderivados en Unidad de Hematología / Oncología DIVIDIDO

ENTRE Nº de pacientes ingresados en la unidad de Hematología/Oncología HJRJ X 100

-Explicación de los términos: Puede existir dudas sobre la equivocación en la administración de medicamentos, por lo que ante esa duda, si el profesional ha cometido o no el error siempre lo vamos a considerar como un error, aunque no se produzca graves daños o ninguno al paciente.

Nº de pacientes que han sufrido una administración de medicación/hemoderivados errónea dudosa en la unidad de Hematología/Oncología del HJRJ DIVIDIDO ENTRE Nº de pacientes ingresados en la unidad de Hematología/Oncología HJRJ X 100

-Población:

Error de medicación/hemoderivados en la administración en pacientes la unidad de Hematología/Oncología HJRJ DIVIDIDO ENTRE Nº de pacientes ingresados en la unidad de Hematología/Oncología HJRJ X 100

Se incluirán todos los errores en la administración por parte de enfermería y auxiliar de enfermería.

-Tipo: es un indicador de resultado, donde nos interesan encontrar la existencia o no de errores de administración de la medicación/hemoderivados.

-Estándar: un nivel adecuado de cumplimiento del indicador es la no aparición de errores o accidentes en la medicación/hemoderivados. La alarma aparece con solo un accidente en un paciente en su medicación/hemoderivados. El estándar de errores en la administración de la medicación/hemoderivados, tiene que ser empírico por consenso y validado por todos los profesionales que trabajamos en la unidad, ya que tendremos que crear la conciencia adecuadas para reconocer que nos equivocamos y que es importante notificarlo.

-Fuente de datos: el modo de obtención de datos sería de forma automática, a través de un correo electrónico, donde el personal pueda registrar

» APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Poder controlar, medir y notificar todas las incidencias y datos aportados por el personal de la unidad en relación a la seguridad clínica.

» PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.

Crear un sistema informático relacionado con el control de la administración de los citostáticos en nuestra unidad.

» BIBLIOGRAFÍA.

- <http://www.who.int/patientsafety/research/Sesion1.pdf>

- <http://www.pdcahome.com/3891/amfe-guia-de-uso-del-analisis-modal-de-fallos-y-efectos/>