

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"

SEGURIDAD DE PACIENTE EN HEMODIÁLISIS: ¿CÓMO PODEMOS MEJORAR?

Autor principal ANDRES MORENO RODRIGUEZ

CoAutor 1 ROSA SANZ GARCIA

CoAutor 2 LOURDES BENITEZ RUIZ

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

Palabras clave SEGURIDAD

DIALISIS

CHECK-LIST

ENFERMEDAD RENAL
CRONICA(ERC)

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

El enfermo en tratamiento sustitutivo renal (hemodiálisis) es un usuario frecuente del sistema sanitario. En nuestra unidad nos propusimos detectar los posibles riesgos evitables, implantar medidas y procedimientos que aumentaran la seguridad del paciente y minimizar y/o eliminar los riesgos detectados. Para ello aplicamos el ciclo de seguridad del paciente empezando por el análisis de la situación basal y terminando con la evaluación de los resultados que nos va a permitir conocer los puntos de mejora en nuestra actividad diaria. Se diseñó un estudio prospectivo y descriptivo siguiendo las estructuras del ciclo completo de mejora en nuestra unidad donde participó todo el personal de enfermería durante 19 meses. Seguimos dos líneas de actuación, una basada en la comunicación intra y extra unidad de todo el personal que participaba en las sesiones de hemodiálisis y seguimiento del paciente renal y otra línea relacionada con la formación en seguridad del paciente. Nuestros resultados tras la evaluación nos confirman que los registros y las listas de verificación favorecen la comunicación entre los profesionales y que nuestro personal manifiesta un gran interés por recibir información útil, sencilla y reglada que permita elevar la calidad del trabajo diario y que repercuta positivamente en los pacientes. El concepto de seguridad se instauró en nuestra unidad de hemodiálisis creando una cultura de mejora

» **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.**

La complejidad de los conocimientos y adelantos de la tecnología en nuestro sistema sanitario conlleva riesgos y las intervenciones en atención de salud se realizan para beneficiar a los pacientes pero también pueden causar daño. La experiencia nos demuestra que los eventos adversos existen y los pacientes pueden verse afectados a pesar de la dedicación y profesionalidad del personal sanitario. Las características de los enfermos que precisan hemodiálisis (tratamiento crónico, dispositivos de inserción, acceso continuo al sistema sanitario, aparataje.) hacen que sean más vulnerables a posibles daños innecesarios. Durante todo el tratamiento estos pacientes están expuestos a una serie de riesgos en su mayoría evitables. Para ello hay que conocerlos y evitarlos ya que la actividad asistencial en las salas de diálisis son variables y complejas y lograr un ambiente seguro dentro de la sala debe ser el principio fundamental de la atención sanitaria.

Para aumentar la seguridad del paciente tenemos que entender que esta depende de la interacción y el equilibrio de las actuaciones entre el sistema sanitario y sus profesionales y comprender los principios del diseño seguro como estandarizar, implantar listas de verificación, aprender de los errores y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo.

Nuestro objetivo es instaurar el ciclo de la seguridad del paciente como herramienta para mejorar el trabajo en equipo y aprender de los errores en una unidad de hemodiálisis.

» **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.**

Diseño: estudio prospectivo y descriptivo. Ámbito: unidad de hemodiálisis de un hospital Universitario de referencia. Sujetos: Personal de enfermería. Periodo de estudio: Desde julio de 2012 a enero de 2014 (19 meses). Recogida de datos durante todo el año 2013. Protocolo: El estudio se realizó siguiendo las estructuras del ciclo completo de mejora. Una inicial donde se analizó la situación y se identificaron los riesgos. En la 2ª fase se planificaron las respuestas y se desplegó el plan de mejora. Durante la 3ª fase se implementaron dichas intervenciones y en la última fase se evaluaron los resultados obtenidos. Variables: Elementos de identificación de riesgos y de comunicación

» **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.**

Intervinieron 24 profesionales, 66% enfermeros y 34% auxiliares de enfermería. Se realizaron 8.281 sesiones de hemodiálisis a 73 pacientes, de los cuales 33 eran enfermos agudos (45%) que recibieron 2521 sesiones (30%) y 40 pacientes crónicos (55%) que recibieron 5760 (70%) sesiones de hemodiálisis (3 sesiones paciente /semana). Se detectaron seis puntos de mejora clasificados entre lo errores activos (ocurren en el punto de contacto entre el paciente y el final de un sistema complejo) y se aplicaron intervenciones y procedimientos para subsanarlos:

1º) Mejorar la comunicación entre profesionales:

Para aumentar la comunicación entre los profesionales de la unidad y del centro, se programaron reuniones periódicas con algunos profesionales, dichas reuniones sirvieron también para detectar más puntos de mejoras.

Análisis de la situación basal: No se realizaban reuniones con el personal para este fin

Post-intervención: se realizaron un total de dos reuniones con 100% de asistencia del personal que formaba el grupo de trabajo (6 profesionales)

2º) Implantación de check-list de seguridad y documento de continuidad de cuidados:

Se implanto una lista de verificación o check-list de seguridad realizado en cada sesión de hemodiálisis de todos los pacientes, con el objeto de trabajar como un equipo, que se divida en tres partes diferenciadas, Pre-HD, Intra-HD y Post-HD donde además de confirmar el trabajo realizado por el profesional encargado de ese tratamiento trasmite información al resto del equipo.

Análisis de la situación basal: No existía check-list de verificación

Post-intervención: Se cumplimentaron en mayor o menor parte todas las sesiones de hemodiálisis, el 85 % en todos sus apartados (7.039), El 15% restante se dividía en un 4% la parte correspondiente a pre- hemodiálisis y un 11% cumplimentaba el Pre e Intra- hemodiálisis. De los ítems no señalados el 100% eran referentes a los registros informáticos y no estaban cumplimentados en ninguna de las tres partes, añadiendo en la lista de verificación de pre-hemodiálisis el no registrar el protocolo de caídas ni la identificación del personal.

El otro registro implantado fue un informe de continuidad de cuidados por cada sesión de hemodiálisis del paciente agudo donde se recogen las características del paciente, constantes vitales horarias, aportes, acceso vascular y otras observaciones. Este informe permite al personal de enfermería de hospitalización conocer los detalles de la sesión de hemodiálisis.

Análisis de la situación basal: No existía dicho documento quedando como alternativa la vía telefónica ante la necesidad de conocer algún dato de las sesiones de diálisis

Post-intervención: 100% de cumplimentación del documento e impresión del mismo

3º) prevención de infecciones:

Para prevenir las infecciones en catéteres, equipos y dispositivos de administración se realizaron cursos de formación del personal sanitario del lavado de manos (100% de asistencia) y se estandarizaron las medidas de prevención de las infecciones relacionadas con los catéteres, adaptando a la unidad los 5 puntos de mejores prácticas del proyecto bacteriemia zero.

Análisis de la situación basal: Se realizaba el protocolo de profilaxis antibiótica hospitalario ante intervenciones mínimamente invasiva

Post-intervención: Tras la aplicación del proyecto bacteriemia zero los resultados fueron de 0,25 bacteriemias/1000 días

4º) Identificación de pacientes:

Se regularizó y actualizó el procedimiento de este hospital establecido para identificación del paciente en el hospital.

Análisis de la situación basal: Se utiliza sistema de pulseras identificativas siendo poco práctico para las características de los pacientes crónicos de diálisis

Post-intervención: 45% de pacientes con el sistema de identificación, porcentaje relativamente bajo por la poca funcionalidad del sistema

5º) sistema de control de medicaciones:

Eliminar las causas mas frecuentes de errores en el uso de medicamentos. Para disminuir y erradicar este tipo de errores se instauró la medicación individualizada y se realizó formación específica en el uso de medicamentos.

Análisis de la situación basal: La medicación era preparada en el turno de mañana para todo el día en aquellos medicamentos que permitían dicha situación y no existía actividad formativa relacionada con la medicación y su administración

Post-intervención: 100% de los profesionales prepara la medicación que le corresponde por turnos y son responsables durante todo el proceso

6º) Reanimación cardiopulmonar básica avanzada (RCP):

Se acordó con la responsable de formación en Soporte vital del hospital para priorizar al personal de esta unidad para recibir la formación necesaria a través de los cursos reglados que se imparten al ser considerada unidad de riesgo de paradas cardiorespiratorias.

Análisis de la situación basal: existía un 31.25% de los DUES y un 25% de las Auxiliares de enfermería con reciclaje en RCP.

» APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

La implantación del check-list de seguridad en nuestra unidad ha disminuido el número de incidencias que se presentaban durante las sesiones de diálisis dando como resultado un aumento de la calidad de los cuidados y de la asistencia y se incrementó la eficiencia del sistema

» PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.

Los propios resultados obtenidos nos indican que existen oportunidades de mejoras por lo que seguir actuando sobre estos temas podría constituir una de las líneas de investigación futura

» BIBLIOGRAFÍA.

Holley J. A descriptive report of errors and adverse events in chronic hemodialysis units. Nephrol News Issues. 2006; 20(12):57-63.

Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS, To err is Human. IOM. Washington, D.C.: National Academy Press; 2000
Estudio ENEAS 2005. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2006
Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP). Enero 2009.