

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"

ENFERMERÍA: NOTIFICACIÓN Y CAUSAS DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN URGENCIAS DEL HOSPITAL DE MOTRIL.

Autor principal MARIA DOLORES ZURITA TORRES

CoAutor 1 CRISTINA CORPAS RODRIGUEZ

CoAutor 2 CONCEPCION ZURITA TORRES

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

Palabras clave Seguridad del paciente accidentes notificación urgencias médicas

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

Objetivo: Estudiar las tasas, causas y tendencias de notificación de EA (eventos adversos)/I (incidentes) en el servicio de urgencias(SU) del Hospital Santa Ana de Motril(H.M.).

Métodos y material: Estudio descriptivo ,retrospectivo de los I/EA notificados en la UGC(Unidad de Gestión Clínica) de CCU(cuidados críticos y urgencias) de dicho hospital durante los años 2012, 2013 y los del SU en el primer trimestre(PT) de 2014.

Resultados y discusiones: Los resultados obtenidos muestran unas tasas de notificación (TN) muy bajas durante los años 2012 y 2013. Dichas tasas aumentan espectacularmente en el PT de 2014. Los resultados obtenidos para los años 2012 y 2013 no son extrapolables a la realidad si los comparamos con los resultados de 2014.

Los factores causales más frecuentes de I/EA y sus porcentajes son: Procedimientos asistenciales/procesos clínicos (PA/PC)(25%), medicación y fluidos endovenosos(M)(15%), dispositivos y equipamiento médico(DEM) (15%), conducta(C)(10%), caídas(10%), accidente del paciente (10 %) y oxígeno gas vapor(10%).

Conclusiones: El aumento de las TN de I/EA durante el PT de 2014 denota un aumento de la cultura de seguridad entre el personal sanitario del SU. Los factores causales más frecuentes son: PC/PA y M, que pueden relacionarse con los observados por Requena y Aranaz y el estudio

» **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.**

ANTECEDENTES:

La seguridad del paciente (SP) según la OMS(año 2008) es la ausencia de daño real o potencial asociado a la atención sanitaria.

La SP en los hospitales es un componente esencial de la calidad asistencial. Para considerar segura una práctica clínica debe cumplir 3 objetivos principales: identificar los procedimientos clínicos y terapéuticos más seguros y eficaces, asegurar su aplicación a quien los necesita y realizarlos correctamente sin errores (1). La medida del riesgo ligado a los cuidados hospitalarios es una cuestión importante para el Sistema de Salud, tanto en su dimensión sanitaria como económica, jurídica, social e incluso mediática(2).

Podemos definir EA e I de la siguiente forma:

1. EA: lesión/daño no intencional relacionado con la asistencia sanitaria, más que con las complicaciones de la enfermedad del paciente(3).

Dentro de EA podemos diferenciar grave y leve.

2. I (near misses): 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. El I se diferencia del EA únicamente en el resultado, ya que el EA presenta lesiones en el paciente producto de la atención sanitaria(4).

Es difícil hacer una estimación aproximada a la realidad sobre la incidencia y/o prevalencia de EA en los SU, esto es debido a la diversidad metodológica de los diferentes estudios sobre EA en hospitales y SU. La mayoría de los estudios realizados son retrospectivos y suelen basarse en la revisión de historias , lo que originaría una detección inferior a la que acontece realmente, además los estudios suelen centrarse en pacientes que pasaron por urgencias y fueron hospitalizados , pero no en los pacientes que fueron dados de alta desde las propias urgencias.

Diferentes estudios realizados en EE.UU., Australia, Gran Bretaña, Dinamarca, Nueva Zelanda y Canadá reflejan unas tasas de EA entre un 4-17%. Foster y col , Canadá 2004, determinaron una prevalencia de EA en el 6% de las visitas a urgencias y De Vries y colaboradores publicaron, en un metaanálisis ,que el 80% de los EA ocurren en la hospitalización y de ellos un 3% en urgencias(1).

En España encontramos 3 estudios referentes:

-Estudio Nacional de Eventos Adversos (ENEAS), realizado por el Ministerio de Sanidad en 2005, analizando 24 hospitales. Este muestra una incidencia de EA hospitalarios del 9.3 4. Hasta un 37% de los EA hospitalarios tienen su origen en algún procedimiento practicado previamente en urgencias(2).

A raíz de los datos del anterior estudio, Requena y Aranaz extrajeron una serie de datos asociados a la asistencia sanitaria en los SU y determinaron que la incidencia de EA relacionados con la asistencia en urgencias y detectados durante la hospitalización fue de 0.76% (IC 0,511,1%), la proporción de EA producidas en el SU fue de un 3%(IC: 1,6%-4,5%) del total de EA. De ellos los ocurridos con mayor frecuencia son los leves y los que están relacionados con los cuidados (48.3% cuidados: 20.7% medicación: 13.8% infecciones nosocomiales: 6.9% algún procedimiento: 10.3% diagnostico)(1).

-Estudio APEAS, está asociado a atención primaria, por lo cual sus datos no son extrapolables a los SU hospitalarios.

-Estudio EVADUR (Eventos Adversos ligados a la asistencia en los servicios de Urgencias españoles), desarrollado por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias de forma prospectiva en 21 hospitales. Determina una incidencia del 12% en los pacientes visitados en urgencias que sufren algún tipo de incidente relacionados con la asistencia sanitaria, de ellos el 54.8 se acompaña de daño al enfermo. Los principales factores causales de EA/ los relaciona con los cuidados (25.3%), medicación (23%), diagnostico(18%) y comunicación e identificación de pacientes (17 %). De estos EA solo fueron registrados en la historia clínica un 17% (1).

Estos estudios constituyen una aproximación a la realidad de cifras acontecidas de EA, pues se estima que el 95% de los EA no se declaran(2). Por ello se están implantando los sistemas de notificación y registro (SNR) de I/EA (voluntarios y anónimos) como fuente de información y herramienta para el estudio y análisis de dichos EA.

En Andalucía, nuestra comunidad autónoma, el Observatorio para la seguridad del Paciente (OSP) cuenta con un Sistema de Gestión de Incidentes (SGI) donde pueden notificarse los I/ EA acaecidos en las diferentes UGC , servicios.. de los diferentes hospitales ,centros de salud, etc. andaluces . Dicho observatorio es uno de los pilares fundamentales de la entidad pública Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía,

OBJETIVOS:

2.1. Objetivo general del estudio:

Estudiar los datos de notificación de EA/I en el SU del H. M.

2.2. Objetivos específicos:

1. Determinar las TN de I/EA en el SU de dicho hospital.
2. Analizar las causas de EA/ I notificados para el SU del H.M.
3. Determinar tendencias de notificación dentro del SU del H.M. hasta la actualidad.

» **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.**

Actualmente los datos obtenidos a través de la notificación de EA/I en los SNR de EA/I constituyen una herramienta clave para mejorar la seguridad del paciente dentro de la asistencia sanitaria. Dada la escasez de estudios realizados en nuestro país y debido a sus limitaciones creemos importante efectuar este estudio con el fin de mejorar y aumentar la cultura de seguridad dentro de nuestro servicio.

MATERIAL Y METODOS:

Tipo de estudio: Estudio descriptivo retrospectivo.

Período del estudio: La recogida de datos se realizó en el mes de marzo de 2014.

Diseño del estudio: Primeramente se solicitó autorización al Comité de Ética de Investigación del H.M. y posteriormente se solicitaron los datos necesarios al personal del servicio responsable de su manejo.

Tipo de muestreo: se recogió la totalidad de los datos existentes.

Muestra de estudio: todos los EA notificados del SU de dicho hospital y en su defecto los notificados de la UGC de CCU durante los años 2012, 2013 y el PT de 2014.

Procedimiento: la recogida de datos se efectuó a través de la persona responsable del SU del H.M. Esta persona tiene acceso a los datos notificados al observatorio y al personal de enfermería encargado de introducir los eventos adversos ocurridos en el servicio.

Variables de estudio :

- Número de EA notificados durante los años 2012, 2013 y el PT de 2014.
- Número de incidentes notificados durante el periodo mencionado anteriormente.
- Tipo o causa de EA/I notificado.

Análisis de los datos: Los datos recogidos se introdujeron en el programa estadístico del powert point y se calcularon frecuencias y porcentajes.

» **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.**

RESULTADOS:

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

No existen datos de notificación de EA/I de seguridad al OSP previos al año 2012 por parte del SU ni de la UGC de CCU. Previamente a dicho año las notificaciones de EA/ I de seguridad se llevaban a cabo a través de unas hojas físicas de notificación que el SU disponía y que se entregaban directamente al supervisor o jefe de servicio.

Los datos notificaciones de EA/I de seguridad obtenidos para el SU y servicio de CC(cuidados críticos) del Hospital está englobado conjuntamente como UGC de CCU para los años 2012 y 2013, en cambio para el PT de 2014 son única y exclusivamente del SU.

Las notificaciones efectuadas durante los años 2012 y 2013 son muy escasas, 7 notificaciones durante el año 2012 y en 9 durante 2013, en cambio para el PT de 2014 fueron 20. Este importante incremento en la notificación de EA, hace pensar que las cifras obtenidas durante los años 2012 y 2013 no se corresponderían con la realidad de los acontecidos durante dichos años en dicha UGC.

Esto a su vez denota una importante tendencia al alza en cuanto a la notificación de EA (gráfica 1).

<http://i.imgur.com/ZRkB661.png>

Estas cifras de notificación del PT de 2014 no son extrapolables al resto de trimestres de 2014, pues en dicho hospital se atiende a una población de derecho aproximadamente de 150.271 habitantes .Esta cifra llega a duplicarse durante la época estival, como viene recogido en el manual de acogida del SU del Hospital de Motril, lo que supone un aumento de la demanda sanitaria en las urgencias durante dicho periodo. A esto hay que sumarle que, durante este periodo, se produce la incorporación de nuevo personal para cubrir vacaciones de la plantilla habitual del servicio, con lo cual, en dicho periodo aumenta el riesgo de acontecer mas EA/ I en el servicio como viene reflejado en el Mapa de Riesgos del SU del H.M.

Las causas de EA/I vienen reflejadas en el gráfico 2 y 3 con sus respectivos porcentajes.

<http://i.imgur.com/TvfsLHg.png>

Las causas y porcentajes de EA/I para el PT de 2014 vienen reflejadas en el gráfico 4.

<http://i.imgur.com/YO9XXty.png>

Comparación de las causas de EA/ I de estos tres años (gráfica 5):

<http://i.imgur.com/SwX5p0z.png>

En este análisis comparativo por años, destacamos:

- Que no existe una causa común más frecuente en los tres años.
- Que en el año 2012 las causas más comunes acaecidas estaban relacionadas con las siguientes categorías: PA/PC, M y D.
- En el 2013 la causa más común estaba relacionada con la M seguida de las relacionadas con la categoría de D.
- En el PT de 2014 la causa más común está relacionada con la categoría de PA/PC, seguida de las relacionadas con las categorías de M y DEM en igual porcentaje estas dos últimas.

DISCUSION:

Del análisis de los datos obtenidos , deducimos que de los tres años analizados y a pesar de solo contar con datos del PT del 2014, los datos más representativos de notificación vienen determinados por los notificados en 2014, los cuales corresponden única y exclusivamente al SU del H.M.

Dichos datos (PT 2014) comparándolos con Requena y Aranaz muestran las siguientes similitudes:

-La principal causa de EA/I está relacionada con los cuidados (48.3%) que junto con procedimientos (10.3%) constituían un 58.6% para Requena y Aranaz, dicho cuidados y procedimientos vienen incluidos en el OSP en una única categoría PA/PC (25%).

-La segunda causa de EA/I para Requena y Aranaz está relacionado con la medicación (20.7%) y en nuestro estudio para 2014 son la M (15%) y equipamientos médicos (15%).

Comparando los datos de 2014 con el estudio Evadur vemos que en éste último también vienen reflejados como principales factores causales de los EA/I, entre otros, los relacionados con los cuidados (25.3%) y la medicación (23%).

Como conclusión final observamos una tendencia al alza de notificaciones registradas de EA/I al OSP, lo cual es algo muy positivo para nuestro

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

El conocer las tasas y causas de los EA/I en los SU es determinante para el análisis de dichos datos y posterior desarrollo de buenas prácticas

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

Actualmente existe una línea abierta de investigación multicentro dentro del AGC de CCU en los hospitales de Baza y Motril sobre notificación de I/EA por parte de enfermería, con la que se espera obtener resultados que aporten propuestas de mejora en la SP dentro del AGC de CCU

» **BIBLIOGRAFÍA.**

1. S Luengas Amaya. Seguridad del paciente: Conceptos y análisis de eventos adversos.[en línea] Disponible en : <http://www.cgh.org.co/imagenes/calidad1.pdf>. 2009 Julio.[consultado 16/03/2014]
2. Ministerio de Sanidad y Consumo .Sistemas de registro y notificación de eventos adversos. [en línea] Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/93482414/Articles-7103-Recurso-1>.[consultado el 24/03/2014].
3. M. Chanovas, I. Campodarve, S. Tomás Vecina. Eventos adversos en los servicios de urgencias: ¿El servicio de urgencias como sinónimo de inseguridad clínica para el paciente? Monografías emergencias 2007;3:7-13.[en línea].Disponible en: http://www.noble-arp.com/src/img_up/28072010.1.pdf. [consultado 01/03/2014]
4. J. Alcaraz Martínez, M.L. Blanco Linares, M.A. González Soler, T. López Picazo, M.D. Lorenzo Zapata, E. Martínez Bienvenido. Eventos adversos en los servicios de Urgencias. Revisión de consultas como fuente de datos. Revista de calidad asistencial. ELSERVIER. 2010 Junio. Vol 25(3) p. 129-135. .[en línea].Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/calidad-asistencial-256/eventos-adversos-los-servicios-urgencias-revision-reconsultas-13150664-originales-2010>.[consultado 01/03/2014]