

VI CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Impacto Positivo de la Seguridad del Paciente en la Atención Sanitaria al Ciudadano"

SEGURIDAD DEL PACIENTE INGRESADO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE ONCOLOGÍA

Autor principal PABLO FERNANDEZ PLAZA

CoAutor 1

CoAutor 2

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

Palabras clave seguridad hospitalización oncología médica

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

Se han revisado los incidentes de seguridad registrados en el último año por la Unidad de Oncología en el Observatorio para la Seguridad del Paciente y partiendo de esa base se desarrolla plan de actuación en los aspectos más críticos.

» **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.**

INTRODUCCIÓN

Son numerosos los aspectos relacionados con la seguridad del paciente que debemos tener en cuenta en una Unidad de Hospitalización de Oncología. Tras revisión de los incidentes de seguridad registrados en 2014 en la Unidad de Gestión Clínica se han establecido varias líneas de actuación al objeto de minimizar los incidentes de seguridad en el paciente ingresado. Nos hemos centrado básicamente en las caídas, los procedimientos clínicos, la medicación, los procesos administrativos y el equipamiento clínico.

OBJETIVOS

- Conocer los incidentes de seguridad registrados en 2014 en la UGC.
- Desarrollar un plan de actuación en los aspectos más destacados.

» **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 ha realizado un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo sobre los incidentes de seguridad registrados en la Unidad de Oncología en 2014. Los incidentes fueron aportados por los miembros de la unidad a lo largo del año en el Observatorio para la seguridad del paciente. Partiendo de dicho estudio se establece un plan de actuación diseñado por los integrantes del grupo de seguridad de la unidad.

» **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

Clasificación de los 26 Incidentes de seguridad registrados en 2014:

- Caídas: 13 (50%)
- Procedimientos clínicos: 5 (19,23%)
- Medicación/fluidos: 4 (15,38%)
- Documentación: 2 (7,69%)
- Equipamiento clínico: 1 (3,85%)
- Proceso administrativo: 1 (3,85%)

A) CAÍDAS

Entre las circunstancias que se encontraban presentes en el momento de las caídas, destacan:

- Horario nocturno, especialmente al levantarse al cuarto de baño. El paciente no avisó a los familiares presentes al levantarse ni tocó el timbre.
- Falta de información en acompañantes (al irse dejan barandillas de cama bajadas, acompañan al wc a pacientes que no deben moverse de la cama).
- Pacientes portadores de drenaje pleural, catéteres, sueroterapia,
- Paciente en tratamiento con analgésicos opioides, sedantes, hipnóticos.
- Pacientes asténicos y desnutridos.

B) PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS

Entre ellos cabe destacar:

- Obstrucción y retirada de drenaje pleural por enrollamiento del tubo de salida, relacionado con excesiva movilidad del paciente.
- Extravasación de quimioterapia relacionada con malos accesos venosos en pacientes que incumplían parcialmente las recomendaciones enfermeras sobre la comunicación inmediata de anomalías y la reducción de la movilidad del miembro de la vía venosa (todas de escasa importancia por la rápida detección).

C) MEDICACIÓN O FLUIDOS

Los casos registrados hacen referencia a envío por farmacia de quimioterapia con volumen de dilución erróneo, y prescripciones de tratamientos incompletas en formato no electrónico.

D) DOCUMENTACIÓN Y PROCESOS ADMINISTRATIVOS

Destacan los errores en la colocación de etiquetas identificativas en pruebas solicitadas, los errores en la identificación de muestras

con códigos, y el ingreso de paciente faltando historia clínica.

E)EQUIPAMIENTO CLÍNICO

Hacen referencia al mal estado de algún carro usado en transporte de pacientes y rotura de barandilla lateral en cama de paciente.

DISCUSIÓN

Una vez analizados los resultados obtenidos en la Unidad de hospitalización de oncología se han puesto en marcha las siguientes medidas:

CAÍDAS:

- Sesión formativa a equipo sobre medidas de prevención (barandillas laterales en cama, colocación de timbre cerca, utensilios de uso a mano, aumento de vigilancia nocturna.)
- Valoración del riesgo de caídas en todos los pacientes ingresados (escala Downton). Señalización en cabecero de pacientes de mayor riesgo mediante cartel específico.
- Elaboración de recomendaciones para el usuario sobre prevención de caídas, tanto durante su ingreso como al alta.

PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS:

- Sesión formativa a equipo sobre cuidados en pacientes con drenaje pleural, con especial atención a la irrigación (mantenimiento de permeabilidad) y vigilancia del tubo.
- Realización de talleres sobre administración de quimioterapia, especialmente destinados a personal de nueva incorporación, y centrados en prevención y actuación ante la extravasación (medidas generales y específicas).
- Actualización de las guías informativas para usuarios con quimioterapia, ampliando lo referente a medidas preventivas (no movilización, aviso si signos de extravasación.)

MEDICACIÓN/FLUIDOS:

- Realización de reuniones con farmacia para prevención de errores relacionados con preparación, validación y administración de quimioterapia, así como puesta en marcha de mejoras en diferenciación de tipos de quimioterapia (intratecal/iv) y en presentaciones de fármacos de aspecto similar.
- Realización de reuniones con equipo facultativo para mejorar la prescripción electrónica de quimioterapia incorporando recomendaciones ASCO.
- Identificación en unidad de hospitalización de fármacos de alto riesgo y separación de los que tienen nombre y aspecto similar.

DOCUMENTACIÓN Y PROCESOS ADMINISTRATIVOS :

- Realización de reuniones con equipo para mejorar la identificación de pruebas solicitadas y analíticas.
- Establecimiento de normativa estricta respecto a ingreso de pacientes con historia clínica incompleta.

EQUIPAMIENTO CLÍNICO:

- Comunicación rápida de anomalías en mobiliario a mantenimiento para arreglo inmediato, así como solicitud de mejoras en mantenimiento preventivo.
- Cumplimiento de la asignación semanal por parte del equipo de hospitalización y comunicación a supervisor de las anomalías detectadas referentes a deficiencias en mobiliario y equipamiento.

CONCLUSIONES:

- El conocimiento por parte del equipo de enfermería de los incidentes de seguridad ocurridos en la unidad permiten establecer mejoras en los aspectos más afectados.
- La formación del equipo sanitario y la información al usuario, junto con las medidas de mejora de seguridad del entorno físico del paciente hospitalizado, forman la base de las actuaciones a realizar.
- La colaboración de todo el personal implicado en los circuitos permite obtener una dimensión más exacta de nuestra realidad asistencial en los aspectos de la seguridad clínica de los pacientes.

» APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Mediante este trabajo se dan a conocer incidentes de seguridad ocurridos en nuestra unidad de oncología y las medidas propuestas para minimizarlos, lo cual puede ser de utilidad en unidades similares.

» PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.

Este trabajo se basó en lo registrado por los profesionales de la Unidad en el Observatorio para la Seguridad del Paciente la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Probablemente numerosos incidentes ocurridos se escaparon a este registro. Nuestra investigación se dirigirá a mejorar dicho registro y terminar de poner en práctica las medidas de mejora recomendadas, para en un segundo paso evaluar la eficacia de las medidas propuestas.

» BIBLIOGRAFÍA.

- Boulanger J, Ducharme A, Dufour A, Fortier S, Almanria k. Management of the extravasation of antineoplastic agents. Support Care Cancer.2015 May; 23(5):1459-71
- Buerger García O. Riesgo de traumatismo y riesgo de caídas en una unidad de geriatría. Metas de enfermería 2014; 17(5):8-12
- García A, Tobaruela Soto M, Iranzo Fernandez M. Errores e asociados con la prescripción, validación, preparación y administración de medicamentos citostáticos. Farmacia Hospitalaria 2008; 32 (3):183-189.
- García Vivar C, Canga Armayor N, Oroviogoicechea Ortega C. Práctica avanzada en enfermería. Experiencia sobre la implementación en una unidad de oncología. Revista Rol de Enfermería 2012; 35(12); 348-362
- Molas Ferrer G, Farré-Ayuso E, doPazo-Ooubiña F, deAndres-Lazaro A, et all. Le rel adherence to an extravasation protocolo ver 10 years in a tertiary care hospital. Clin J Oncol Nurs.2015 Apr 1; 19(2):E 25-30