

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 INSTITUCIONALIZADO EN CENTROS GERIÁTRICOS

Autor principal CLARA ADRIÁN ESPINOSA

CoAutor 1 NOEMI GALAN BORRELLA

CoAutor 2

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

Palabras clave Sociosanitario Geriátrica Evento adverso EARCAS

» **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 un problema que afecta transversalmente a todos los niveles de atención y en especial a las clases sociales más vulnerables.

Nuestro estudio pretende conocer el grado de conocimiento sobre este tema que tienen los profesionales de 12 centros sociosanitarios distintos, describiendo qué eventos suceden más frecuentemente, sus posibles causas y las medidas correctoras prioritarias en su abordaje, comparando resultados con los datos publicados a nivel nacional, especialmente en el estudio EARCAS. Se generó una encuesta autoaplicada con ítems que hicieran referencia a nuestro objetivo de estudio

Los eventos más frecuentemente registrados fueron la falta de un plan personalizado de cuidados, falta de control de factores de riesgo cardiovascular, incontinencia urinario-fecal, caídas, úlceras por presión, diarrea, conjuntivitis, falta de adhesión al tratamiento y yatrogenia gastrointestinal o neurológica.

Los factores que más contribuyen a su aparición son el entrenamiento previo del profesional y los problemas de comunicación entre el equipo y los pacientes y sus familiares.

Las medidas consideradas más útiles para subsanar estos eventos consistirían en favorecer una atención más personalizada del paciente y establecer una adecuada comunicación entre los integrantes del equipo y con el anciano.

Como conclusión podemos decir que el nivel de conocimiento que tienen los profesionales ha ido creciendo con el tiempo, aunque aún no se ha avanzado en la solución de los problemas más frecuentemente registrados.

» **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.**

Definir el nivel de conocimiento que los trabajadores de diferentes centros sociosanitarios de diferentes CCAA poseen acerca de la Seguridad del Paciente.

Realizar un estudio descriptivo sobre los eventos relacionados en la seguridad del paciente más frecuentes durante la asistencia diaria en los centros sociosanitarios incluidos en el estudio, sus posibles causas y medidas correctoras propuestas.

Comparar los datos obtenidos con los que aportan los estudios nacionales, especialmente EARCAS.

» **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.**

Las CCAA donde se desarrolló el estudio fueron Extremadura, Castilla y León Y Castilla-La Mancha.

Se seleccionaron 12 centros sociosanitarios cercanos a nuestro ámbito de trabajo que estuvieran dispuestos a participar en el estudio.

Se generó una encuesta autoaplicada, usando como guía la empleada en el estudio EARCAS, para ser rellenada por el personal de diferentes categorías (médico, enfermera y auxiliar) que ejercen su labor profesional en dichos centros.

Se estableció una relación de eventos adversos frecuentes conocidos, solicitando a cada trabajador que los ordenase según se produjeran en su centro, siguiendo una escala ordinal facilitada en el cuestionario.

Se identificaron aquellos problemas que los trabajadores consideraban prioritarios de solucionar en sus centros.

Se creó una relación de posibles medidas que ayudasen a la subsanación de dichos errores.

Se propuso que los trabajadores definieran qué factores de los facilitados en la encuesta favorecen el desarrollo de eventos adversos.

Se compararon los resultados con los datos publicados a nivel nacional en el estudio EARCAS.

» **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.**

Las encuestas se repartieron en los 12 centros seleccionados, recuperando 30 de ellas rellenas, 15 en la CCAA manchega, 13 en Castilla y León y 2 en Extremadura. El 66,7% de centros tenían financiación mixta-concertada, el 16,7% totalmente público y otro 16,7% totalmente privados. La mayoría de respuestas fueron aportadas por técnicos auxiliares, seguido de DUE y médicos; en 1 caso fue rellenada por otro tipo de profesional. Salvo 2 encuestados, todos contaban con más de 1 año de experiencia en su puesto de trabajo. El 53,3% de trabajadores lo hacían a media jornada, 5 trabajaban a tiempo completo y 9 tenían otro tipo de vinculación laboral. El 90% de los encuestados tenían trato directo con los internos del centro. El 60% de los centros tenía una capacidad de internamiento entre 50 y 100 camas (1 centro superaba estas cifras). El índice de ocupación media superaba el 75% de la capacidad. En 11 centros existía personal accesorio a los encuestados (trabajador social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, rehabilitador) y en 3 centros un psicólogo clínico. La edad media de los internos superaba 80 años, siendo el 86,7% dependientes para ABVD en algún grado. El 90% de encuestados aseguraban tener algún tipo de formación en este tema y salvo 1 caso, todos afirmaban que en sus centros surgían diariamente problemas relacionados con la seguridad del paciente. Las actividades formativas en estos centros se realizan nunca o casi nunca. El nivel de autoconocimiento en encuestados tenía de mediana 8 sobre 10 (DE 2.44). Todos los centros

disponían de algún sistema de registro de eventos adversos, destacando caídas, problemas GI (control diario de deposiciones) y presencia de UPP.

Los eventos relacionados con la Seguridad del paciente se referían a 12 meses previos a la encuesta, divididos en errores en la valoración general del paciente, en el diagnóstico, objetivados durante los cuidados, infecciones asociadas a la atención sanitaria, errores de medicación y eventos adversos producidos por medicamentos. Los resultados se recogen en orden de frecuencia como ninguna vez, 1 o 2 veces al año, varias veces al año, mensual, semanal o diario. El 62% de las encuestas refieren que la identificación del paciente no sucede de manera errónea nunca (6,7% varias veces/año). Los mayores errores de identificación se refieren a la actualización de la Hª Clínica del paciente (sólo en 36,7% no sucedían). Los errores de diagnóstico más frecuentes se refieren al retraso en el mismo (50% encuestas consideran que sucede varias veces/año). El mal control de FRCV y los trastornos de ánimo tiene frecuencia del 50% y 25%, respectivamente. Los errores en el cuidado son principalmente incontinencia y trastornos GI (15% aparición diaria), caídas (60% varias veces/año) y aparición UPP (semanal en 50%). Las infecciones por cuidados suelen ser diarrea y conjuntivitis (<15% eventos semanales). El 80% de errores de medicación se deben a incumplimiento del tratamiento por el paciente con frecuencia mensual y 60% en relación a la duración de los mismos. Los EA producidos por medicamentos son GI y neurológicos (36,7% varias veces/año), alteraciones de glucemia (53,3% varias veces/año) y sequedad de boca (40% varias veces/año).

Las medidas prioritarias de subsanar por los encuestados fueron: identificación adecuada, valoración inicial y actualización de Hª clínica del paciente (error de valoración); detectar cambios en estado basal, realizar diagnóstico adecuado y mejorar atención urgente (error en diagnóstico); UPP, caídas y deshidratación (error en los cuidados); infección UPP, neumonía aspirativa, ITU y toxoinfección alimentaria (infecciones asociadas); eliminar medicación innecesaria y evitar errores en administración equivocada de paciente (errores de medicación); reacciones alérgicas, hemorragia por ACO, depresión respiratoria y mal control glucemia (EA por medicamentos)

Sólo 2 de 30 encuestados aportaban ideas de mejora: mejorar comunicación entre personal del centro y familiares, actualizar Hª clínica, mejorar formación del personal, estabilización de plantillas que permita conocer mejor a los pacientes, vigilancia más estrecha de pacientes con cambios recientes de medicación o situación sanitaria

El factor que más contribuye a la aparición de EA sobre Seguridad es la formación y entrenamiento del profesional (media 8,25, DT 1,35) seguido de factores de comunicación (media 8, DT 1,12). Los factores menos influyentes serían los ligados al equipamiento y recursos (media 6,57, DT 1,95) y los factores de equipo y sociales (media 6,50, DT 2,48)

Discusión: nuestro agrupa centros con diferentes tipos de financiación no incluidos en EARCAS (sólo público o privado). Los datos recogidos son representativos ya que la jornada laboral y el trato directo con ancianos es amplio, el índice de ocupación de centros es elevado y la edad media de internos supera los 80 años. El nivel de conocimiento medio acerca de Seguridad del Paciente de los trabajadores (8 sobre 10) ha mejorado respecto EARCAS (6,6 sobre 10). Los sistemas de registro son distintos en cada centro, lo que imposibilita su comparación, aunque los principales eventos recogidos coinciden con EARCAS. Siguen sin realizarse actividades formativas en los centros, lo que explica que los errores se sigan produciendo en igual porcentaje que en EARCAS. Los diferentes errores descritos por apartados coinciden con lo expresado en EARCAS. Todas las medidas propuestas por los encuestados van encaminadas a establecer una atención más personalizada del anciano. Los principales factores favorecedores de errores son fácilmente subsanables, no siendo necesario un gran consumo de recursos en conseguirlo.

» APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Destaca la escasez de registros de eventos adversos en los diferentes tipos de centros sociosanitarios estudiados, no encontrando diferencias ni tan siquiera por el modelo de gestión económica. Existe, del mismo modo, gran heterogeneidad de los mismos, lo que impide hacer comparaciones que permitan mejorar la calidad asistencial. Hay poca legislación al respecto

» PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.

Ampliar la legislación específica sobre Seguridad del Paciente, con obligatoriedad de registro de eventos adversos en todos los ámbitos. Crear herramientas de registro validadas que permitan hacer comparación entre centros, mejorando así la calidad asistencial en nuestros ancianos

» BIBLIOGRAFÍA.

Estudio EARCAS: eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011

Reyes-Alcázar V, et al. Revisión sistemática sobre recomendaciones de seguridad del paciente para centros sociosanitarios. Med Clin (Barc). 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2013.02.016>

Garjón Parra J, Gorrincho Mendíbil J. Seguridad del paciente: cuidado con los errores de medicación. BIT. 2010; Vol. 18 (3):31-46

Recomendaciones para la mejora de la seguridad del paciente en centros sociosanitarios. Cadiz: Consejería de Salud y Bienestar Social; 2012

Palacio Lapuente F. La seguridad del paciente: un problema grave y actual. AMF. 2011; Vol. 7 (9):496-503