

# VI CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

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

## ANÁLISIS DE RIESGOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

**Autor principal** MONTSERRAT LUQUE CÍVICO

**CoAutor 1** MARIA JOSE MAIRENA VALDENEBRO

**CoAutor 2**

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

**Palabras clave** seguridad UCI riesgos eventos adversos

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

Porque la seguridad de los pacientes se reconoce como un problema grave en la asistencia sanitaria, hay una necesidad urgente para el desarrollo y aplicación de estrategias en la prevención y detección temprana de errores. Pensamos que la UCI constituye un área de especial interés para el desarrollo de medidas de seguridad, por lo que nos planteamos conocer los puntos de máximo riesgo.

El análisis ha sido elaborado por un médico y dos enfermeras de la UCI de la Agencia sanitaria Costa del Sol, con la colaboración de otros profesionales. Se elaboró una plantilla especificando tres áreas de riesgos, riesgos asociados a la patología del paciente, riesgos asociados al proceso asistencial y riesgos derivados de las instalaciones y equipos. Se entregaron las plantillas a los participantes, habiéndose establecido el criterio de interpretación de resultados para su posterior análisis. Se utilizó una escala liker de 1-5 para puntuar la probabilidad de ocurrencia y una segunda escala liker de 5-1 que puntuaba la consecuencia, entendida como el posible daño causado.

Como resultado se identifican 5 puntos de mayor riesgo:

• Transmisión de infecciones (81%).

• Parada Cardiorespiratoria (73%).

• Errores de medicación (73%).

• Caídas (71%).

• Obstrucción de la vía aérea (71%).

Por lo tanto consideramos necesario comenzar a conformar grupos de trabajo que apliquen la metodología Análisis Modal Fallo Efecto (AMFE) en los riesgos concretos que se quieran evaluar en la unidad.

» **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 asistencia sanitaria entraña riesgos de seguridad para los pacientes. De un tiempo a esta parte han aumentado considerablemente las publicaciones e informes sobre seguridad del paciente pero la falta de consenso y de un lenguaje común ha obstaculizado su interpretación y comparación.

Ya en la década de los cincuenta y sesenta, algunos estudios dieron cuenta de eventos adversos (EA) y a principios de los años noventa empezó a disponerse de datos objetivos en ese sentido, con la publicación de los resultados del Harvard Medical Practice Study en 1991 (2)(3) que estimó la incidencia de daños iatrogénicos en hospitales de Nueva York. Otros estudios como el de Utah-Colorado (4) y el Quality in Australian Health Care Study (5) han estimado la magnitud de los EA durante el último cuarto de siglo. A pesar de las distintas incidencias encontradas, la práctica totalidad de los estudios coincidió en clasificar como evitables alrededor del 40-50% de los EA identificados.

Investigaciones posteriores en Australia, Reino Unido, Irlanda del Norte y EEUU, en particular la publicación en 1999 del informe: To err is human: building a safer health system por el Instituto de Medicina de EEUU (6), aportaron más datos y colocaron el tema en la cabecera de los programas políticos y en el centro del debate público en todo el mundo.

En España, el estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización realizado en 2005 (6), estimó que la incidencia de pacientes con EA relacionado directamente con la asistencia hospitalaria era del 8,4%, e identificó algunas de las causas como los errores en la medicación, las infecciones nosocomiales y los problemas técnicos durante el procedimiento, pero lo más trascendente es que un 42,8 %, se consideraron evitables. Como consecuencia el 31,4% produjeron un incremento de la estancia, en un 24,4% de los casos el EA fue el responsable del reingreso del paciente en el hospital, y en más de un 65% fue necesaria la realización o administración de procedimientos o tratamientos adicionales.

Observamos, por tanto, que los efectos no deseados secundarios a la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados, y que a las consecuencias personales en la salud de los pacientes por estos daños, hay que añadir el elevado impacto económico y social de los mismos.

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se plantea una Alianza Mundial(7) (8) para la seguridad de los pacientes en su transitar por el sistema sanitario a fin de promover esfuerzos encaminados a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes. Esta alianza hace especial hincapié en fomentar la investigación como uno de los elementos esenciales.

En nuestro entorno más cercano el Ministerio de Sanidad y Consumo inició en 2005 una estrategia en seguridad del paciente para el Sistema Nacional de Salud en colaboración con las CCAA y otras organizaciones. También el Sistema Nacional de Salud recoge en su Plan de Calidad (14) 12 estrategias, y concretamente la número 8: Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS.

Fruto de la cooperación entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de su agencia de calidad, y de la Universidad de Murcia, se realizó el Proyecto de Colaboración Análisis de la Cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español (15). Este estudio identifica las fortalezas y debilidades en el clima de seguridad, señalando claramente como negativa la percepción que los profesionales tienen sobre la seguridad de los pacientes, apareciendo diferencias significativas por unidades.

El estudio señala a la UCI como uno de los servicios donde se obtiene una menor tasa de representación, dato que llama nuestra

atención. Pensamos que las Unidades de Cuidados Intensivos constituyen un área de especial interés para el desarrollo de medidas de seguridad ya que el uso de tecnologías complejas junto con la mayor vulnerabilidad de los pacientes atendidos, y el hecho inevitable de trabajar en un entorno de prisas y enorme presión, hacen que la posición de los profesionales sea aún más comprometida en cuanto a las posibilidades de cometer errores.

Es por eso por lo que nos planteamos conocer los puntos de máximo riesgo para la seguridad del paciente ingresado en la unidad de cuidados intensivos, lo que nos permitirá analizar las causas y poder así prevenir, o en su defecto detectar precozmente, la aparición de estos riesgos y establecer medidas que nos permitan eliminar su aparición o reducirlos al máximo.

El análisis será llevado a cabo en la UCI de la Agencia Sanitaria Costa del Sol que está constituida por 15 boxes individuales con un equipo asistencial de 2 médicos intensivistas, 4 enfermeros y 2 auxiliares de enfermería por turno.

Objetivos:

&#9668; Identificar los puntos críticos para la seguridad del paciente derivados de la atención sanitaria en UCI.

&#9668; Conocer los factores ligados a nuestro entorno que dan lugar a que cometamos errores: evento adverso.

&#9668; Difusión del documento a los profesionales.

» **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.**

En primer lugar se constituyó un grupo de trabajo formado por un médico y dos enfermeras, encargado de planificar el proceso de elaboración y diseño del mapa de riesgo en la unidad de cuidados intensivos.

Fueron detectadas tres áreas bien diferenciadas en la unidad donde poder identificar diferentes puntos de riesgo:

- Riesgos asociados a la patología del paciente crítico.
- Riesgos asociados al proceso asistencial del paciente ingresado en UCI.
- Riesgos derivados de las instalaciones y los equipos.

En consenso y tras la revisión de la documentación fueron descritos 52 puntos de riesgo que se ordenaron alfabéticamente en una plantilla, con el objetivo de poder categorizar la probabilidad de ocurrencia de cada uno de los riesgos así como la gravedad en cada uno de los procesos. Se utilizó una escala liker de 1-5 para puntuar la probabilidad de ocurrencia y una segunda escala liker de 5-1 que puntuaba la consecuencia, entendida como el posible daño causado, dándonos como resultado final el riesgo relativo de cada uno de los puntos críticos detectados medidos en porcentaje.

Probabilidad de que ocurra:

- 1= raro
- 2=improbable
- 3=posible
- 4=probablemente
- 5=casi seguro

Daño posible:

- 5= Catastrófico
- 4= Importante
- 3= Moderado
- 2= Leve
- 1= Insignificante

Riesgo relativo: 0% - 100%.

Posteriormente se seleccionó un panel de expertos, 6 en total, encargado de puntuar la relevancia o no de cada uno de los puntos críticos detectados. La elección de profesionales se estableció con arreglo a los siguientes criterios:

1. Idoneidad: experiencia clínica, prestigio profesional, representatividad y conocimiento de la materia. (Todos los participantes cuentan con una experiencia en el manejo de pacientes críticos superior a cinco años y han formado parte de grupos de trabajo de mejora en la unidad)
2. Disponibilidad: posibilidad de colaboración y motivación. (Todos los profesionales forman parte de la plantilla en activo y han mostrado su interés en participar).
3. Heterogeneidad: diferentes enfoques. (Se han incluido profesionales de las distintas categorías que conforman el equipo multidisciplinar de atención al paciente crítico).

Se entregaron las plantillas a los participantes y tras el análisis de los resultados obtenidos en las puntuaciones se estableció un listado de todos los puntos de riesgo identificados, pudiéndolos ordenar de mayor a menor porcentaje de riesgo.

» **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.**

De todos los resultados obtenidos se identifican con mayor porcentaje de riesgo (>70%) 5 puntos claves para la seguridad en el proceso de atención al paciente durante su ingreso en la unidad de cuidados Intensivos.

&#9668; Transmisión de infecciones (81%).

&#9668; Parada Cardiorespiratoria (73%).

&#9668; Errores de medicación (73%).

&#9668; Caídas (71%).

&#9668; Obstrucción de la vía aérea (71%).

(Anexo II: Tabla de resultados).

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

&#9668; Incrementar la alerta de los profesionales hacia la seguridad en su labor diaria.

&#9668; Crear cultura de seguridad: haciendo reflexionar sobre la minimización de riesgos.

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

Tras la exposición de los resultados nos planteamos la necesidad de comenzar a conformar grupos de trabajo que apliquen la metodología Análisis Modal Fallo Efecto (AMFE) en los riesgos concretos que se quieran evaluar. Este método nos permitirá priorizar y establecer acciones de mejora, así como poder eliminar o reducir la probabilidad de que se produzcan errores.

» **BIBLIOGRAFÍA.**

1. Wilson Rm, Runciman Wb, Gibber Rw, Harrison Bt, Newbey L, Hamilton Jd. The Quality in Australian Health Care Study. (Med J Aust.

- 1995) PubMed Resul; Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10718351>
2. Khon Lt,Corrigan Jm, Donaldson Ms. To err is human: Building a safer health system. 2000; Disponible en: <http://www.iom.edu/Object.File/Master/4/117/ToErr-8pager.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Calidad de la Atención; seguridad del paciente. Informe de la secretaria. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2002. Diponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA59/A59\\_22-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_22-sp.pdf)
4. Plan de Calidad para el Sintema Nacinal de Salud. 2006Mar; Disponible en: <http://www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/notaPrensa20060323Textolntegro.pdf>
5. Análisis de la Cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito Hospitalario del Sistema Nacional de Salud español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en : [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Análisis\\_cultura\\_SP:ambito\\_hospitalario.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Análisis_cultura_SP:ambito_hospitalario.pdf)