

VI CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

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

REGISTRO INFORMÁTICO DE EVENTOS ADVERSOS COMO HERRAMIENTA DE SEGURIDAD EN UCI.

Autor principal MAITE LOREA KUTZ ZALDUMBIDE

CoAutor 1 SILVIA MARIA GARCIA FERNANDEZ

CoAutor 2

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

Palabras clave Seguridad Herramienta Errores de Medicación Evento Adverso

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

Introducción: hablar de seguridad del paciente es abordar el proceso por el que una organización proporciona atención y cuidados seguros, lo que se manifiesta por ausencia de lesiones accidentales atribuibles a éstos. La seguridad implica efectuar una gestión adecuada de riesgos, dotarnos de capacidad para conocer y analizar posibles incidentes, aprender de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo, buenas prácticas acordes con el conocimiento científico, sensibles a valores, expectativas, preferencias de pacientes, vinculadas a la ausencia de Eventos Adversos(EA) y una adecuada organización asistencial. Material y método: Análisis descriptivo de incidentes notificados durante 2011-2013 mediante sistema de registro de un hospital y ocurridos en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Ámbito: población del área de cobertura sanitaria de la Agencia Pública Hospital Costa del Sol. Sujetos de estudio: pacientes ingresados en UCI que hayan sufrido incidentes registrados. Criterios de exclusión: 1) Pacientes que no hayan sufrido incidente 2) Habiendo sufrido incidente no haya notificación. 3) Pacientes que hayan sufrido incidente antes ingresar. Resultados y discusión: Un 94,7% de EA son considerados evitables. El 74,7% de EA declarados ocurren en días laborables. El 26,1% de registros de EA son de UCI. EA más frecuentes: Uso de medicamentos (42.4%);50% errores de administración. Identificación de pacientes (14,1%). Dispositivos y equipamiento (16.2%), 81.3% de EA son de enfermeros.

» **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.**

hablar de seguridad del paciente es abordar el proceso por el cual una organización le proporciona atención y cuidados seguros, lo que se manifiesta por la ausencia de lesiones accidentales atribuibles a los mismos, siendo esto clave para la mejora de la calidad asistencial (1). Del mismo modo, hablar de seguridad implica efectuar una gestión adecuada de riesgos, dotarnos de la capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes que se produzcan, aprender de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de su ocurrencia, así como, buenas prácticas acordes con el conocimiento científico disponible, sensibles a los valores, expectativas preferencias de los pacientes, vinculadas a la ausencia de Eventos Adversos(EA) y propiciadas por una adecuada organización asistencial (2,3). El proceso más implicado en las notificaciones es el uso de medicamentos. También hay que destacar, la identificación de pacientes y la evaluación/ revisión de pacientes. En un número destacado de casos no se describe el tipo de procedimiento.

El objetivo de la seguridad del paciente es lograr que los sistemas sanitarios sean más fiables y reducir al mínimo la probabilidad de producir daño a los pacientes. Para ello, es necesario profundizar en el conocimiento acumulado mediante el análisis de errores, incidentes y eventos adversos (4). El objetivo que perseguimos es el de la prevención de los sucesos adversos. La notificación y análisis de incidentes y eventos adversos, son herramientas fundamentales para la consecución de dicho objetivo. Las prácticas deben tener como objetivo que los errores no causen (EA) a pacientes. Uno de los EA más frecuentes, como hemos mencionado, está relacionado con el uso del medicamento, por eso, la utilización de medicamentos se fundamenta en un sistema muy complejo, con múltiples etapas, se deben abordar todas, para garantizar la seguridad: etiquetado, almacenamiento, prescripción, dispensación, preparación y administración. (5)

Los objetivos de este trabajo son:

- Identificar y analizar Eventos Adversos.
- Prevenir aparición de los mismos.
- Reducir y minimizar sus efectos.
- Implantar Acciones de Mejora.

» **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.**

Análisis descriptivo de los incidentes notificados durante el año 2011-2013 mediante el sistema de registro y notificación de un hospital y ocurridos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Ámbito: población del área de cobertura sanitaria de la Agencia Pública Hospital Costa del Sol (HCS).

Sujetos de estudio: pacientes ingresados en UCI que hayan sufrido EA e incidentes que hayan sido registrados.

Criterios de inclusión:

- 1) Pacientes que hayan sido ingresados en UCI.
- 2) Pacientes que hayan sufrido un EA durante su ingreso en la UCI.
- 3) Pacientes a los que se les haya realizado un registro informático del EA sufrido.

Criterios de exclusión:

- 1) Pacientes que no hayan sufrido ningún incidente.
- 2) pacientes que habiendo sufrido un incidente no haya ninguna notificación.
- 3) Pacientes que hayan sufrido un incidente antes de su ingreso en UCI.

Resultados y conclusiones:

Un 94,7% de los EA son considerados evitables por los declarantes. El 66.0% de los EA registrados llega al paciente. En 2011 fue un 39,6%. El 74,7% de los eventos declarados ocurren en días laborables. El 26,1% de los registros de EA ocurren en UCI. Hay un aumento de notificaciones de EA cada año. El 37,3% de los eventos se produce en turno de mañana entre las horas 8-12 seguido del que ocurre en el intervalo 16-20h con un 25,3% y del intervalo 20-24 con un 16%. Los eventos más frecuentes están relacionados con:

El uso de medicamentos (42.4%):

-50% errores de administración.

-23% errores de transcripción .

Dispositivos y equipamiento (16.2%)

Identificación de pacientes (14,1%)

Factores relacionados con

el paciente, no se especifican las causas en la mitad de los casos

Factores relacionados con los profesionales, adquiere importancia la

falta de supervisión y los problemas de actitud y conducta.

Factores

relacionados con procedimientos de actuación relacionados con seguimiento inadecuado de los procedimientos (55%) y falta de procedimientos de actuación (22%). Los factores relacionados con el liderazgo/ gestión de la información y del entorno físico relacionados con el exceso de cargas (35%) y la falta de Continuidad Asistencial 25%). Hay que destacar, que al menos en nuestro hospital los enfermeros son los que más declaran los EA con un 81.3% de los casos.

EVENTOS ADVERSOS REGISTRADOS 2011-2013

causas

Administración medicamentos:

2011...5 EA

2012...10 EA

2013...12 EA

Identificación paciente:

2011...1 EA

2012...3 EA

Cuidados del paciente:

2012...1 EA

2013...1 EA

Error Pixys:

2011...4 EA

2012...1 EA

2013...1 EA

Fallo de material:

2011...1 EA

2013...4 EA

Evaluación del paciente:

2012...1 EA

Realización de técnicas:

2012...2 EA

Error identificación muestras:

2011...1 EA

2012...1 EA

Autoextubación:

2011...1 EA

2013...3 EA

Autoretirada de sonda nasogastrica:

2013...1 EA

Error transcripción del tratamiento:

2013...2 EA

Errores humanos:

2013...2 EA

TOTAL EA:

2011...13 EA

2012...19 EA

2013...26 EA

EA registrados/100 ingresos.2011 2,18 %; 2012 2,91 %; 2013 3,57%

» 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.

Ocultar y silenciar los errores y fallos que ocurren y se cometen son conductas habituales, debido a las acciones punitivas temidas. El miedo a sanciones, litigios y pérdida de crédito y prestigio profesional, por este motivo, en nuestra UCI el registro informático se realiza de forma anónima como mecanismo de mejora de calidad y de hecho, desde el comienzo de este registro anónimo de eventos adversos, incidentes y errores las notificaciones han ido aumentando, puesto que el profesional sanitario no es sometido a ninguna acción punitiva y sí se toman medidas para minimizar los efectos adversos y prevenirlos en lo máximo posible, aprendiendo de los errores. A pesar de todo, no podemos hablar de un 100% de registros, ya que venimos de una cultura de ocultación, que irá

cambiando con lentitud, pero gracias a la cultura de seguridad y calidad del paciente podemos decir que vamos teniendo una mejora de calidad asistencial en la que se incluye como herramienta el registro informático de los incidentes. "Crear una cultura centrada en el aprendizaje a partir de incidentes y sucesos adversos en contraposición a la culpa, el reproche y el correspondiente castigo".(Declaración de Luxemburgo sobre seguridad del paciente. Luxemburgo,5 Abril 2005)Agencia Calidad del SNS. La utilización de medicamentos se fundamenta en un sistema muy complejo, con múltiples etapas, se deben abordar todas, para garantizar la seguridad: etiquetado, almacenamiento, prescripción, dispensación, preparación y administración. Las prácticas deben tener como objetivo que los errores no causen efectos adversos(EA) a pacientes.

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

Con la utilización de las Herramientas de Seguridad tales como el uso seguro del medicamento, registro informático anónimo (tema de nuestro estudio), la exactitud en la identificación del paciente, mejorar la efectividad de la comunicación entre el personal sanitario, reducir el riesgo de infecciones relacionadas con la atención recibida, dar continuidad y precisión a la medicación a utilizar a lo largo del proceso de atención, reducir el riesgo de lesiones para el paciente producidas como consecuencia de las caídas y con la difusión de este tipo de trabajos ayudamos a mejorar en la cultura de la seguridad, aportando una mejora en la calidad asistencial, manteniendo sistemas de vigilancia y notificación de incidentes y efectos adversos, promocionando actitudes favorables hacia la seguridad del paciente.

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

Tras la exposición de los resultados nos planteamos la necesidad de comenzar a conformar grupos de trabajo para el análisis de los Eventos Adversos notificados que tengan mas relevancia y que hayan podido tener consecuencias importantes.

Aplicaremos 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-Estrategia para la Seguridad del Paciente del SSPA 2011-2014.

2-Gea-Velázquez de Castro MT, Aranaz-Andrés JM. Eventos adversos asociados a la asistencia del paciente pluripatológico ingresado en hospitales de crónicos. Med Clin (Barc). 2010;135 Supl 2:17-23.

3- Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid:Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad; 2012. Disponible en:http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf.

4-Indicadores de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. V4. 09/02/11. Madrid:Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. Disponible en:http://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/indicadores_sp.p

5- Informe Notificación de Eventos Adversos Anual 2013 HCS.