

RETIRADA INVOLUNTARIA DE DISPOSITIVOS EN UCI. ANÁLISIS DE VARIABLES.

Autor principal:

SANDRA
MAZA
ROMERO

Segundo co-autor:

GEMA
ROMERO
MOYANO

Área temática:

Calidad y Prácticas Seguras en el área de Enfermería en Urgencias y Cuidados Críticos

Palabra clave 1:

Equipos y suministros

Palabra clave 2:

Unidad de cuidados intensivos

Palabra clave 3:

Seguridad del paciente

Palabra clave 4:

Enfermería

Resumen:

La retirada (RET) accidental de dispositivos es un aspecto poco analizado de la calidad asistencial, es relativamente frecuente y puede comprometer seriamente la salud e incluso la vida del paciente (PAC) en el que sucede siendo un evidente problema de seguridad. El objetivo de este estudio cuasi-experimental fue conocer nuestras tasas y compararlas con las existentes en otros estudios. Por ello durante los años 2011 y 2012 recogimos estos sucesos para analizar las posibles causas y poder ofrecer soluciones para reducir el número de RET o factores de riesgo que pudieran precipitar su ocurrencia. Consideramos algunas variables que podrían influir como son desorientación(DES), aislamiento(AIS), agitación(AGI), sujeciones mecánicas(SM), etc. A partir del análisis de estos datos, elaboramos unas medidas para intentar reducir su incidencia. Hemos continuado con la recogida de datos entre los años 2013-2015 para evaluar su efectividad comparando los resultados con el periodo anterior.

Antecedentes/Objetivos:

Tras varios casos de RET involuntarias ocurridos en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Costa del Sol formamos un grupo de mejora en 2011 con el objetivo de conocer y adentrarnos en este campo. Empezamos a realizar un estudio descriptivo de los casos acontecidos en nuestra unidad de retirada involuntaria de dispositivos.

Existen muchos estudios sobre úlceras por presión, infección de catéteres, pero muy pocos sobre la RET de los dispositivos y las consecuencias para los pacientes. Creemos que este estudio

puede ayudar a mejorar la atención a los pacientes de forma más segura y proporcionar cuidados de alta calidad. Lo que más nos preocupa de la RET accidental de dispositivos son sus complicaciones directas, como son por ejemplo hemorragias, infecciones, neumotórax, etc., así como las derivadas a su re inserción.

Los objetivos de nuestro estudio son:

- Encontrar las causas relacionadas más comunes y establecer una serie de medidas para intentar reducir su incidencia.
- Comparar nuestras tasas con las de otros centros.

Descripción del problema - Material y método:

Estudio descriptivo en una unidad de cuidados intensivos (UCI) medicoquirúrgica de 12 camas. Fueron incluidos todos los PAC ingresados entre el 2011 y 2012.

Los dispositivos que fueron seleccionados para ser estudiados fueron los siguientes:

- Tubo oro traqueal(TOT)/Cánula de traqueostomía.
- Sonda nasogástrica(SNG)/nasoyeyunal.
- Drenajes torácicos.
- Drenajes abdominales.
- Vías venosas periféricas(VVP).
- Vías venosas centrales.
- Vías arteriales.
- Sonda vesical.

Las variables incluidas para estudio:

- Aislamiento.
- Desorientación.
- Sedación.
- Sujeciones mecánicas.
- Nº de PAC ingresados en la unidad en momento de retirada.
- Nº de días de estancia del paciente en la unidad.
- Hora de retirada.
- Situación neurológica del paciente(Ramsay).
- Modo de retirada:
- Personal sanitario presente en el momento de retirada.

Una vez establecidos los dispositivos y las variables a estudiar se diseñó un formulario para ser rellenado por el personal de enfermería en el momento en el que ocurriera la RET de algún dispositivo.

Durante el periodo del estudio fueron recogidos todos los casos ocurridos y fueron analizados con el programa estadístico STATICAL PACKAGE FOR SOCIAL SCIENCE (SPSS 15) para estudiar la influencia de las variables y la relación entre ellas. Los resultados son expresados:

- Porcentaje de dispositivos retirados accidentalmente.
- Nº de dispositivos retirados de forma accidental por 1000 días de permanencia del dispositivo.
- Confrontación de variables respecto a los dispositivos retirados.

Resultados y discusión:

A continuación, resumimos los datos más significativos encontrados en el periodo 2011-12 y después de instaurar las medidas correctoras entre los años 2013-15.
2011-12.

Frec Porc
V.V YUGULAR 4 7
V. V FEMORAL 1 1,8
VVP 7 12,3
SNG 30 52,5
SNY 3 5,3
TOT 6 10,5
TRAQUEOTOMIA 1 1,8
S.VESICAL 3 5,3
DRENAJE TORÁCICO 1 1,8
DRENAJE ABDOMINAL 1 1,8

2013-15

TIPO DE DISPOSITIVO

Frec Porc

V.V SUBCLAVIA 3 3,4
V.V YUGULAR 4 4,6
V.V FEMORAL 1 1,1
VVP 11 12,6
V.ARTERIAL 1 1,1
SNG 38 43,7
TOT 12 13,8
TRAQUEOTOMIA 1 1,1
S.VESICAL 8 9,2
DRENAJE ABDOMINAL 3 3,4
OTROS 5 5,7

Hemos calculado las tasas de dispositivos retirados por cada 1000 días(R/1000) de dispositivos insertados para poder compararlas de forma más objetiva con otras unidades y centros.

AÑO 2011-12

Vías Venosas Centrales: 1,47 Retiradas/1000 días(R/1000)

TOT/traqueostomía: 4,46 (R/1000)

SNG: 15,24(R/1000)

Sonda Vesical: (R/1000)

AÑO 2013-15

Vías Venosas Centrales: 1,43 (R/1000)

Vías Arteriales: 0,59 (R/1000)

TOT/traqueostomía: 4,23 (R/1000)

SNG: 12,01 (R/1000)

Sonda Vesical: 1,55 (R/1000)

Las tasas del resto de dispositivos no pudieron ser calculadas por no haber recogido el N° total de días de inserción.

En cuanto el estudio que hemos hecho para confrontar las distintas variables que pensamos podrían influir con los dispositivos retirados y su relación causal, destacamos:

AIS 2011-2012

Frecuencia(FREQ) Porcentaje(POR)

12 21,1

AIS 2013-2015

12 13,8

PAC DES, SED Y sin SM 2011-2012

FREQ POR

2 3,5

PAC DES, SED Y sin SM 2013-2015

FREQ POR

11 12,6

PAC DES, con SM y sin SED 2011-2012

FREQ POR

8 14

PAC DES, con SM y sin SED 2013-2015

FREQ POR

23 26,4

PAC DES, con SM y SED 2011-2012

FREQ POR

4 7

PAC DES, con SM y SED 2013-2015

FREQ POR

13 14,9

En cuanto al turno de retirada no hemos apreciado ningún dato relevante.

Aportación del trabajo a la seguridad del paciente:

En general podemos destacar que han disminuido las incidencias de RET accidentales de casi todos los dispositivos (exceptuando la sonda vesical) al introducirse estas medidas preventivas. El tipo de dispositivo más común en RET en ambos periodos fue la SNG con una tasa de 15,24(R/1000) en el primer periodo y una de 12,01 (R/1000) en el segundo. Este dato tan llamativo nos hace pensar que podríamos intentar otro mecanismo de fijación más seguro de la sonda.

No hemos observado relación significativa entre la RET accidental con el N° de días ingresados del PAC, ni con el N° de PAC ingresados a la vez en la unidad, ni con el N° de días que estuvo implantado el dispositivo.

Tampoco hemos tenido datos destacables de repercusión clínica, ya que solamente hemos tenido 2 casos durante los 5 años en los que hemos realizado este estudio.

Para evitar la RET accidental de dispositivos recomendamos las siguientes medidas:

- Valoración nivel agitación, ansiedad, sedación, dolor.
- Sujeciones mecánicas a aquellos pacientes que precisen.
- Sistemas adecuados para la fijación de SNG, catéteres.
- Vigilancia de los pacientes. Ajustar carga de trabajo.
- Evitar retrasos innecesarios en la retirada de los dispositivos.

Propuestas de líneas futuras de investigación:

Creemos que el estudio de las tasas de RET involuntaria de dispositivos y la comparación con la de otros centros y unidades sería de utilidad para ayudar en la creación de estándares que sirvan para el control de la calidad, por lo que continuaremos recogiendo datos hasta conseguir una muestra suficientemente importante.

Nuestras tasas son similares a las de otros centros sin diferencias significativas.

Continuaremos recogiendo casos de retirada involuntaria de dispositivos en los años sucesivos para seguir analizándolos, así como ver la eficacia de las medidas de mejora propuestas.

Bibliografía:

Carrión M, Ayuso D, Marcos M, Robles P, De la Cal MA, Alía I, et al. Accidental removal of endotracheal and nasogastric tubes and intravascular catheters. *Crit Care Med* 2000;28:63-6.

Marcos M, Ayuso D, González B, Carrión M, Robles P, Muñoz M et al. Análisis de la retirada accidental de tubos, sondas y catéteres como parte del programa de control de calidad. *Enfermería Intensiva* 1994;3:115-20.

Chiang AA, Lee KC, Lee JC, Wei CH. Effectiveness of a continuous quality improvement program aiming to reduce unplanned extubation: a prospective study. *Intensive Care Med* 1996;22:1269-71

Frezza EE, Carleton GL, Valenziano CP. A quality improvement and risk management initiative for surgical ICU patients: A study of the effects of physical restraints and sedation on the incidence of self-extubation. *Am J Med Qual.* 2000; 15: 221-5.
