

IMMACULADA MENASANCH MARTI; RAQUEL FRANCH LLASSAT; ROCÍO VIÑUELA LÓPEZ; SANDRA ANENTO NOLLA; M^a TERESA ESCODA PELLISA; ASUNCIÓN PONS PRATS; LLUÏSA BRULL GISBERT; CINTA MARSÀ FADURDO

Necesidad de seguridad: ¿Está cubierta en los pacientes del Servicio de Urología? Estudio descriptivo

RESUMEN

La seguridad es uno de los máximos objetivos a alcanzar por todos los servicios sanitarios; dado que, junto a la eficacia, la efectividad, la eficiencia, equidad, adecuación, accesibilidad, puntualidad, satisfacción y respeto, conseguirán que el servicio sea de la máxima calidad. En el Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, fue de los objetivos globales a alcanzar para el año 2006. Por tanto, el personal de enfermería del Servicio de Urología queremos dar nuestra aportación y tomar conciencia de que damos cuenta de los errores o de los efectos adversos mejorará la seguridad de los pacientes, ya que vamos a aprender de ellos.

Palabras clave: Seguridad del paciente, calidad asistencial, incidente, registro de errores.

Key words: Security of the patient. Welfare quality. Incident. Registry of errors.

INTRODUCCIÓN

La seguridad, según el modelo de cuidados de Virginia Henderson, es una necesidad humana básica que se refiere a la estabilidad, la independencia, la protección de los peligros ambientales y a la ausencia de miedo y ansiedad.

Aplicándolo a la práctica clínica, es la prevención de lesiones al paciente o de efectos adversos como resultado de los mismos procesos asistenciales.

Es un componente esencial de la calidad asistencial y prioritaria en la organización y funcionamiento del sistema sanitario, dado que la tasa de efectos adversos (EA) en hospitales ha sido estimada entre 4/17 % y un 50% de los mismos han sido considerados evitables.

En EE.UU., el informe del 2000 «To error is human» del Institute of Medicine concluyó que entre 44.000 a 98.000 pacientes mueren como resultado de errores en los procesos de atención sanitaria.

La OMS, en el 2002, en su 5ª asamblea, informó de tasas de 3,2 a 16,6 % de efectos adversos en países desarrollados.

La seguridad es uno de los máximos objetivos a alcanzar por todos los servicios sanitarios; dado que, junto a la eficacia, la efectividad, la eficiencia, equidad, adecuación, accesibilidad, puntuali-

dad, satisfacción y respeto, conseguirán que el servicio sea de la máxima calidad.

En el Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, es uno de los objetivos globales a alcanzar para este año. Por tanto, el personal de enfermería del Servicio de Urología queremos dar nuestra aportación y tomar conciencia de que damos cuenta de los errores o de los efectos adversos mejorará la seguridad de los pacientes, ya que vamos a aprender de ellos.

Para empezar a tomar conciencia, tenemos que diferenciar claramente los términos. Para ello hemos escogido la terminología utilizada en un estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización

Proyecto IDEA, FIS 2002-2.005), promovido por el Ministerio de Sanidad:

- Efecto adverso: Todo accidente o incidente recogido en la historia clínica del paciente, que ha causado daño al paciente o lo ha podido causar.
- Accidente: Suceso aleatorio imprevisto e inesperado que produce daño al paciente o pérdidas materiales o de cualquier tipo.

TODA ACTIVIDAD HUMANA, Y LA ASISTENCIA HUMANA LO ES, ESTÁ SUJETA A ERROR. LOS EFECTOS ADVERSOS SE PRODUCEN EN LA ASISTENCIA SANITARIA COMO EN CUALQUIER OTRO ÁMBITO, AUNQUE QUE EN EL ÁMBITO DE LA SALUD ES ESPECIALMENTE SENSIBLE AL ERROR

- Incidente: Suceso aleatorio imprevisto e inesperado que no produce daño al paciente ni pérdidas materiales o de cualquier tipo.
- Error médico (clínico): Acto de equivocación u omisión en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que ocurra un efecto adverso.
- Casi-error: Caso en el que el accidente ha sido evitado por poco; cualquier situación en la que una sucesión continuada de efectos que detenidos han evitado la aparición de potenciales consecuencias.
- Negligencia: Error difícilmente justificable, ocasionado por desidia, abandono, apatía, estudio insuficiente, falta de diligencia, omisión de precauciones de vidas o falta de cuidados en la aplicación del conocimiento que debería tener un profesional cualificado.
- Mala Praxis: Deficiente práctica clínica que ha ocasionado un daño al paciente. Se entiende como tal, cuando los resultados son claramente peores a los que, previsiblemente, hubieran obtenido profesionales distintos y de cualificación similar, en idénticas circunstancias.

Para comprender un poco más la necesidad de seguridad, tendríamos que ampliar la mirada y estudiar todos los factores que intervienen y afectan a la misma: relacionados con la estructura, con la organización, con el entorno, con el propio paciente, con los recursos y con los profesionales.

Cuanto más se identifiquen y analicen los problemas de seguridad, más podremos aprender de ellos. Este es el principal objetivo que persigue la denominada Alianza Estratégica para la seguridad de los pacientes, impulsada en Cataluña por el Departamento de Salud de la Generalitat, que lo que pretende es generar una mayor confianza en los usuarios de la sanidad.

En la actualidad, el Departamento de Salud sólo dispone de un registro para tres tipos de incidentes:

- Relacionados con la medicación.
- Relacionados con las infecciones nosocomiales.
- Relativos a la transfusión o extracción de sangre.

Cualquier otro tipo de error, que no figure entre éstos, no se notifica salvo si sus consecuencias son muy graves o letales, o si se solucionan en el seno del centro hospitalario o de primaria.

Esto impide a los responsables sanitarios conocer el verdadero alcance del problema y determinar a qué dianas deben dirigirse las estrategias de corrección.

La implicación de los profesionales, por tanto, entre otras cosas investigando sobre este tema, es fundamental. Y este es básicamente nuestro propósito, estudiando si esta necesidad de seguridad está cubierta en los pacientes del Servicio de Urología.

OBJETIVOS

- Definir los principales términos relacionados con la seguridad de los pacientes.
- Identificar los errores en la actuación de enfermería en la unidad de Urología.
- Proponer medidas de corrección a partir de los errores detectados.

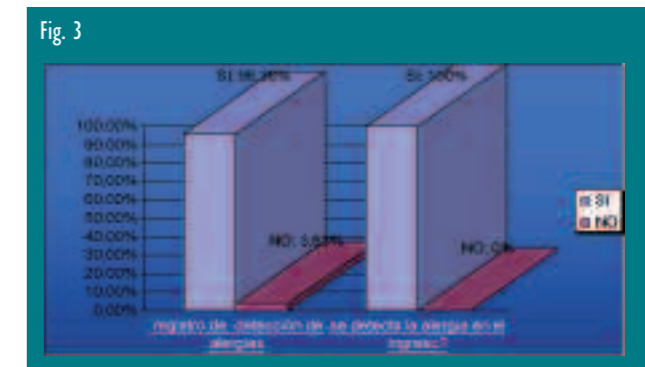
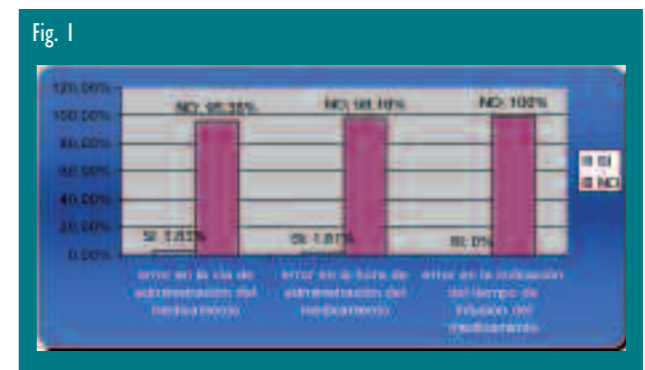


Fig. 5

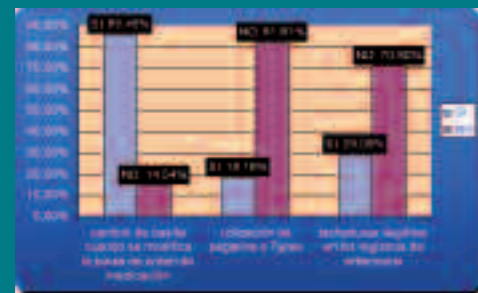


Fig. 6

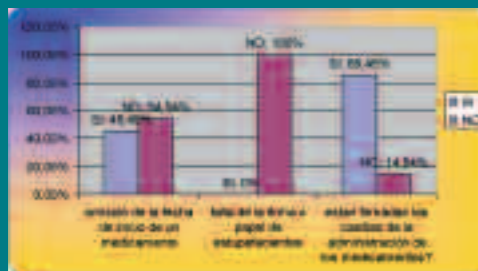
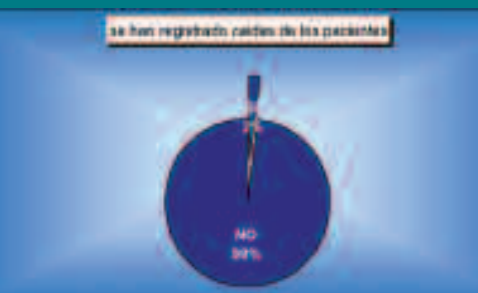


Fig. 7



Fig. 8



- Mejorar la práctica y calidad asistencial.
- Incrementar la seguridad de los pacientes de la Unidad de urología, y por tanto, la seguridad del hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

La población estudiada son los pacientes programados del Servicio de Urología, dados de alta y elegidos de forma aleatoria durante el primer trimestre del año 2006.

El estudio lo realizamos mediante una recogida de información y de datos de las historias clínicas, e hicimos una parrilla con todas las variables a estudiar: medicación, caídas, documentación, dietas y técnicas en el pre y posoperatorio.

Previamente se realizó una prueba piloto en la que nos dimos cuenta que había variables a rectificar o a añadir para el estudio definitivo.

RESULTADOS

Después del estudio realizado hallamos los siguientes resultados:

En cuanto a la medicación:

- Se detecta un error del 3'63% en la omisión del registro de la vía de administración de los medicamentos en la hoja de órdenes de tratamiento de enfermería, y un 1'81% en la hora pautada para administrarlo.
- No hay errores en la indicación del tiempo de infusión de cada medicamento.
- Hay un error importante a tener en cuenta: 22% en la falta de registro de las unidades de medida en mg o ml..., lo cual no quiere decir que no lo hallamos dado bien, sólo que no lo registramos al completo.

El registro de alergias a los medicamentos representa un error mínimo 3,63% que no lo registramos en la historia del paciente, pero que sí sabemos que en las observaciones de enfermería no hay ninguna incidencia al respecto.

En aquellos casos en que los pacientes habitualmente toman medicación en el domicilio nos encontramos en que en un 18% la medicación domiciliar no se ha pautado durante su ingreso hospitalario. Dos probabilidades a tener en cuenta:

- La medicación habitual puede considerarse por parte del médico innecesaria intrahospitalariamente, o se ha pautado algo similar (por ejemplo otro antihipertensivo).
- En aquellos pacientes intervenidos quirúrgicamente, la pauta terapéutica de entrada debe adaptarse a la cirugía, no pueden tomar tratamiento oral y muchos de los medicamentos están en función de la toma de constantes vitales y del seguimiento diario.

Se detecta un 14,54% de error en la hoja de administración de medicamentos por no cambiar de casilla cuando se modifica la pauta de medicación.

Por ejemplo, cuando se cambia medicación endovenosa a medicación oral se superpone en la misma casilla.

EL ESTUDIO LO REALIZAMOS MEDIANTE UNA RECOGIDA DE INFORMACIÓN Y DE DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS, E HICIMOS UNA PARRILLA CON TODAS LAS VARIABLES A ESTUDIAR: MEDICACIÓN, CAÍDAS, DOCUMENTACIÓN, DIETAS Y TÉCNICAS EN EL PRE Y POST-OPERATORIO

Fig. 9

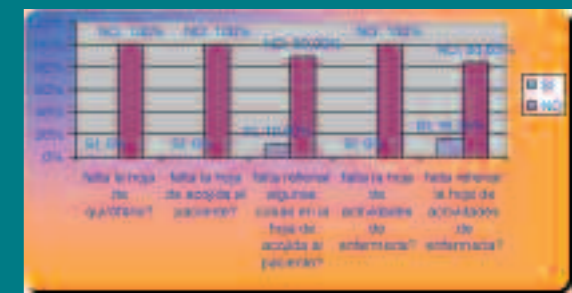


Fig. 10

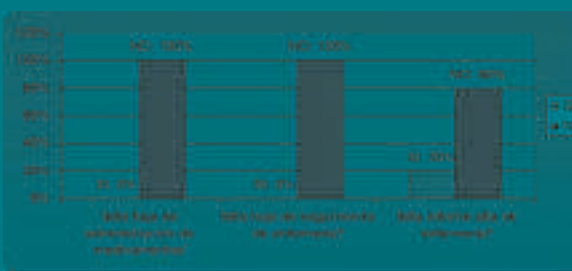


Fig. 11

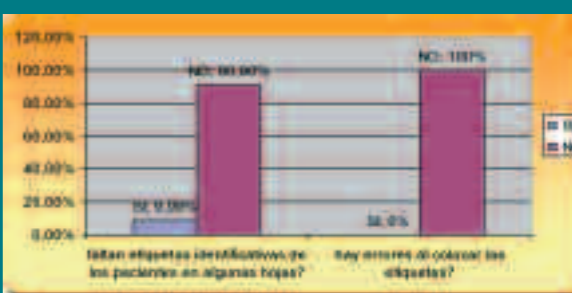
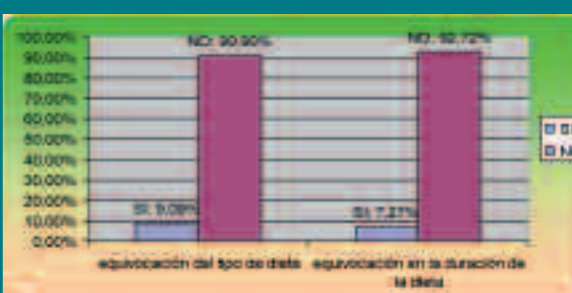


Fig. 12



También la utilización de «typex» o pegatinas 18,18% y tachaduras ilegibles en los registros de enfermería en un 29,09% .

Hay errores importantes 14,54% en cuanto a la omisión de la firma personal de cada enfermero/a en las casillas de medicación horaria y omisión en la fecha de inicio de un medicamento en un 45,45%.

En cuanto a la identificación:

Se detecta que no ha sido registrado si llevan brazalete identificativo en un 64%, pero observamos que no hay ninguna casilla para registrarlo.

El otro 36% lo han registrado en la hoja de seguimiento de enfermería.

En cuanto a la documentación:

- No hay falta de hojas de quirófano ni de acogida al paciente, sin embargo detectamos un 10,90% de falta registro en algunos apartados de cada hoja, como también las hojas de actividades de enfermería un 16,36%.
- En un 20% se detecta la falta de informe de alta de enfermería.
- En un 9,09% observamos la falta de etiquetas identificativas de cada paciente en algunas de las hojas que forman la historia clínica enfermera, aunque no hay ningún error en su colocación exacta.

Dietas:

- Error también en los diferentes tipos de dietas en un 9,09% y en un 7,27% en la duración de la dieta y resaltar como positivo que en caso de ayunas se realizan correctamente, resultado de 100%.

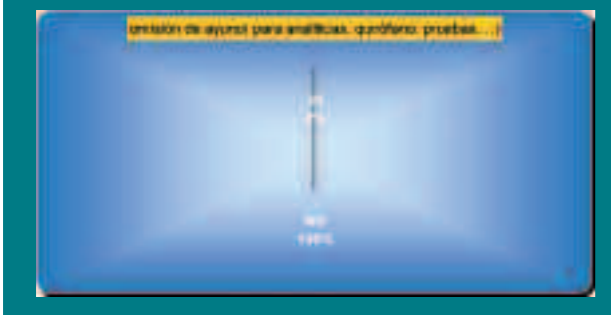
Técnicas:

- No aparecen errores en la preparación de los pacientes quirúrgicos (preparación de zonas quirúrgicas, colocación de vía venosa, rasuración...).

Como positivo también no hay ningún error en el tiempo para retirar las sondas vesicales, sueroterapia, drenajes, lavados vesicales...

Tampoco detectamos errores en la extracción de sangre para las muestras para analíticas.

Fig. 13



Sólo se detecta el registro de una caída en todas las historias revisadas.

DISCUSIÓN

Sabemos que toda actividad humana, y la asistencia humana lo es, está sujeta a error. Los efectos adversos se producen en la asistencia sanitaria como en cualquier otro ámbito, pero es cierto que el ámbito de la salud es especialmente sensible al error. Los usuarios exigen, y con razón, que se hagan rigurosos estudios de riesgos y que se diseñen estrategias para controlarlos y minimizarlos.

Al mismo tiempo, cada vez es más evidente que la disminución de los efectos adversos está más relacionada con la mejora de los aspectos organizativos del sistema que con las conductas individuales. Esto significa actuar a nivel de la organización, evitando la idea de culpabilidad individual y poniendo de relieve el origen multicausal de cualquier fallo.

Queda, pues, un largo camino por recorrer y se hace necesario un pequeño cambio de cultura, no ocultando los errores, sino aprendiendo de ellos. Si sabemos qué tipo de errores es más fácil que ocurran, pondremos los medios para que no se repitan o se minimicen. Las instituciones tendrían que tener los mecanismos para que se puedan notificar los errores y esto facilitaría el aprendizaje.

Aparte de notificar, también se tendrían que divulgar las «mejores prácticas» o, lo que es lo mismo, protocolos adecuados y actualizados. Actualmente los ocho hospitales del ICS están actualizando los protocolos de actuación de enfermería y armonizándolos.

Nunca tenemos que olvidar que lo que queremos es generar confianza en los usuarios de sanidad. Así pues, en nuestro estudio, con los enfermos de urología tendremos que analizar detenidamente a partir de los resultados el porqué se producen estos errores. Lo analizaremos por apartados:

En el apartado de medicación:

Observamos un grado importante de error en cuestiones muy fáciles y obvias, por ejemplo, cambiar de recuadro cuando una medicación pasa de ser endovenosa a oral, en vez de comenzar de nuevo, tachamos E.V. y escribimos V.O., o en omitir alguna firma en medicamentos que hemos administrado, o en omitir fechas de inicio, dosis, etc. En definitiva, en cosas que sólo requieren un poco más de tiempo y realmente tener claro que es muy importante. Si tuviéramos en mente las implicaciones legales de estas omisiones, seguramente nadie dejaría de hacerlo. Si nos viéramos implicados en algún juicio sabríamos que «todo lo que no está firmado no está dado». Pero creemos que antes de llegar a descubrirlo así, sería conveniente dar cursos de formación continuada a todo el personal sobre aspectos legales básicos de la práctica clínica y sobre seguridad hospitalaria.

Y también insistir mucho a los alumnos, en las Escuelas de Enfermería, de la importancia de cumplimentar bien toda la documentación y que no se den por sentadas cosas que parecen tan obvias pero que cada persona puede inter-

pretar de manera diferente (mg por ml, etc.) y que realmente se tome conciencia que escribir bien no es malgastar tiempo, sino al contrario.

Desde la institución y con las tecnologías de la comunicación ayudaría el tener conectadas las órdenes de tratamiento médicas directamente con farmacia y evitaría letras indecifrables, transcripciones erróneas y facilitaría que todos entendiéramos lo mismo.

Destacar también que todavía tachamos los errores de transcripción con «typex» o pegatinas en un 14,28%, cuando lo adecuado sería poner error; este es el pequeño cambio de cultura que decíamos antes.

En cuanto a los registros de medicamentos de estupefacientes, vemos que se ha cumplido en un 100%, pero hay que decir que en este estudio no había ningún enfermo que tuviera pautado estupefacientes. Esto lo queremos comentar porque en la práctica diaria sí que se observan muchas omisiones a la hora de registrar estos medicamentos en la hojas especiales que hay para tal efecto y que desde farmacia se insiste en que sólo se dispensarán el número de estupefacientes que estén firmados. Aun así no se firma, puede ser por olvido, por desidia, por el momento en sí (situaciones críticas), etc.

En el apartado de identificación:

Creemos que sería necesario proponer a la dirección de enfermería, y más especialmente a la adjunta de Formación Continuada, la posibilidad de incorporar en la historia de acogida del paciente un apartado donde registrar si el paciente ingresa con identificación o al menos si se pone la pulsera identificativa en el momento del ingreso. Siempre es un buen cribaje a la hora de asegurarnos si un medicamento o cualquier técnica, además de tenerlo en nuestra hoja de medicamentos o de actividades, nos podemos asegurar a pie de cama con el brazaletes, mirando si la acción o el medicamento se corresponden con el paciente.

En el apartado de documentación:

Tendríamos que discutir y plantearnos, otra vez, revisar las hojas de actividades, que por el hecho de estar los planes de cuidados estandarizados no significa que no debamos realizar la evaluación de los mismos. Seguramente, con el programa informático Gacela de enfermería que se pondrá en marcha en el 2007 en nuestro hospital, muchos de estos errores por falta de tiempo creemos que mejorarán.

En cuanto a las dietas:

Se detectan errores por falta de observación de los propios problemas del paciente. Por ejemplo, un señor hace días que no hace deposición y pautamos un enema, en cambio no hemos previsto cambiar a una dieta rica en fibras.

HEMOS IDENTIFICADO CUÁLES SON LOS EFECTOS ADVERSOS MÁS IMPORTANTES EN NUESTRA UNIDAD. PODREMOS PROPONER MEDIDAS DE CORRECCIÓN A PARTIR DE LA OBSERVACIÓN DE LOS ERRORES, EN TODO LO QUE PODAMOS MEJORAR DESDE LOS PROPIOS PROFESIONALES Y TAMBIÉN DESDE LA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA, CON TODO ELL VAMOS A MEJORAR EL NIVEL DE CALIDAD ASISTENCIAL

Estos errores serían fácilmente evitables.

En cuanto a las técnicas:

Resaltar que no aparecen errores. Esto daría un 100% de seguridad si nuestra profesión fuera sólo de técnicos de enfermería, pero creemos desde nuestra convicción de buenos profesionales de la enfermería que tenemos que mejorar en aquellos aspectos que realmente den ese nivel de seguridad que todo cliente/usuario de la sanidad exige y que además querríamos para nosotros mismos y para nuestros familiares.

Vamos a proponer acciones de mejora a partir de este estudio y continuaremos haciendo estudios prospectivos cada cierto tiempo para ver si estas cifras han mejorado. También podremos realizar encuestas a los propios pacientes de urología sobre cómo perciben su seguridad.

CONCLUSIONES

Al haber profundizado sobre los resultados creemos que podemos diferenciar entre los distintos términos relacionados con la seguridad e implicar a todo el resto del equipo. Cuantas más personas puedan llegar a participar en los cursos sobre seguridad hospitalaria, que en nuestro hospital han sido impartidos por la fundación Avedis Donabedian, más nos concienciaremos todos de su importancia.

Hemos identificado cuáles son los efectos adversos más importantes en nuestra unidad.

Podremos proponer medidas de corrección, a partir de la observación de los errores, en todo lo que podamos mejorar desde los propios profesionales y también desde la dirección de enfermería.

Con todo ello creemos que vamos a mejorar la práctica y por tanto el nivel de calidad asistencial.

Finalmente, y lo más importante, mejoraremos la seguridad de los pacientes en la Unidad de Urología y en consecuencia la seguridad del Hospital de Tortosa Virgen de la Cinta.

Y poniendo un toque de humor:
*Habiendo tantos errores
 para cometer,
 no vale la pena cometer el mismo*

Bertrand Russell

Non omnis error est dicendus stultitia
 (No todos los errores son debidos a la ignorancia)