

INMACULADA MENASANCH MARTI**, M^a TERESA PEIG MARTI**, JESSICA MORENO GALLEGO**, ANNA BALLART MACIÀ**, HELENA ESCODA ALGUERO**, SANDRA ANENTO NOLLA***, PATRICIA PARRILLA BARRAGAN**, M^a TERESA ESCODA PELLISA****, M^a LLUISA BRULL GISBERT *

*Supervisora de la Unidad de Especialitats I del Hospital de Tortosa Verge de la Cinta

**Enfermeras de la Unidad de Especialitats I del Hospital de Tortosa Verge de la Cinta

***Enfermeras, Profesoras asociadas del Departamento de Enfermería de la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona, Campus Terres de l'Ebre y superusuarias del programa Gacela Care

****Enfermera de la Unidad de Especialitats I del Hospital de Tortosa Verge de la Cinta y profesora asociada del Departamento de Enfermería de la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona, Campus Terres de l'Ebre.

Evolución de la seguridad en el servicio de Urología

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente se ha consolidado como una estrategia prioritaria de Sistema Nacional de Salud y es un objetivo del Plan Nacional de Calidad. La seguridad clínica es la prevención de lesiones al paciente o efectos adversos como consecuencia de los procesos asistenciales. La tasa estimada de efectos adversos en los hospitales es del 4-17%, y un 50% podían evitarse.

La evolución de los servicios de salud hace necesario que se cree una cultura de seguridad. En la unidad de Urología del Hospital de Tortosa Virgen de la Cinta estamos consiguiendo que el profesional esté involucrado en la gestión de esa seguridad, incorporándola en el trabajo diario. Desde nuestra unidad iniciamos en 2006 un estudio observacional descriptivo para ver los factores de riesgo que intervienen y afectan a la seguridad, relacionados con la medicación, con la identificación, con la documentación y con las técnicas de enfermería. Desde entonces hemos creado un sistema para identificar y analizar los problemas de seguridad. Se han incorporado prácticas seguras para prevenir errores y sus consecuencias. También utilizamos indicadores para la evaluación y monitorización de la seguridad.

OBJETIVOS

- **Unificar criterios** de actuación para evitar errores que afecten a la seguridad del paciente. Conocer el porqué del error.
- **Evaluar los cambios** producidos tras la incorporación de medidas correctoras obtenidas de la investigación de los propios profesionales.
- **Aportar formación** sobre criterios de seguridad al equipo de profesionales de la unidad.
- **Implicar a los profesionales** de la unidad en la mejora continua e integrar las tareas de gestión de riesgos en el trabajo diario.
- **Mejorar** la calidad asistencial y el grado de seguridad del paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

Comenzamos nuestro proyecto realizando un trabajo de investigación, observando nuestro servicio y efectuando reuniones con todo el personal que mediante técnicas (como la lluvia de ideas –*brainstorming*–, o la espina de Ishikawa) íbamos concretando dónde se podían presentar los errores en seguridad. Con este trabajo inicial conseguíamos también la implicación e interés por la seguridad de todo el personal de la unidad, haciéndoles participar desde el primer momento.

El segundo paso fue recoger datos objetivos sobre la seguridad en nuestra unidad, el estudio lo realizamos mediante una recogida de información y de datos de las historias clínicas y creamos una parrilla con todas las variables a estudiar.

Después hicimos varias reuniones para exponer a los demás compañeros/as los resultados obtenidos y también propusimos unas acciones de mejora, que estuvieron expuestas durante un tiempo en los «Kárdex» de enfermería, en el control y en la sala de estar de enfermería.

El paso siguiente fue la evaluación de las mejoras que se habían propuesto después de un período de un año. Los resultados fueron positivos, y seguimos avanzando, queríamos que esto no quedara sólo en un experimento sino que formara parte de nuestra tarea diaria. Realizamos un sistema organizativo que incorporaba de manera fácil las tareas de información, ejecución y evaluación de la seguridad a nuestras tareas diarias. La visualización continua de la tabla gráfica de seguridad permitía también evitar la discontinuidad de ese control de seguridad por parte de los profesionales de la unidad y también el personal eventual que en muchas ocasiones acude al servicio de Urología.

Las variables a evaluar son:

- Prevención de caídas.
- Úlceras por presión.
- Seguridad del medicamento:
 - Errores en la medicación.
 - Conservación y control de los medicamentos en los cajetines y la nevera.
 - Colocación y comprobación de la caducidad de los medicamentos (comprimidos y viales).

■ Caducidad, orden y colocación de la medicación en la nevera.

- Revisión del carro de paros cardíacos.
- Identificación del paciente.
- Cirugía en el lugar equivocado.
- Implementación de la documentación clínica.
- Riesgo social.
- Continuidad asistencial.
- Control de aislamientos.
- Revisión del material de las habitaciones.
- Correcta clasificación de los residuos.
- Revisión de los dispositivos de seguridad.

Posteriormente hemos estado realizando evaluaciones periódicas que nos gratifican por los resultados que mejoran día a día, algunos de los cuales exponemos más adelante.

RESULTADOS

Algunos de los resultados obtenidos hasta el momento son:

1. Prevención de caídas

- Acciones:
 - Hoja acogida (valorar riesgo, escala Stratify).
 - Seguimiento enfermería (registro de caídas).
- Corte evaluación mensual.
 - 2008 incidencia 0,6%
 - 2009 incidencia 0,6%

2. Úlceras por presión

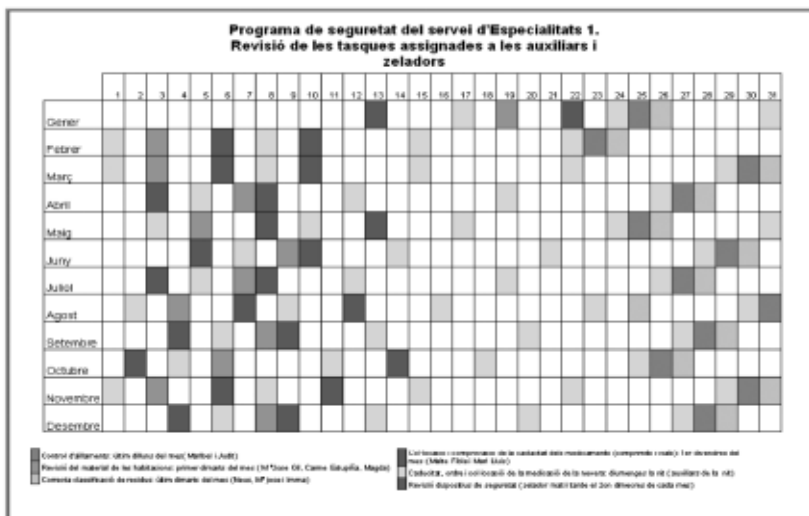
- Acciones: evaluación de todos los pacientes ingresados en el momento de la evaluación.
- Corte semestral.



- 2007 1 UPP 2º grado extrahospitalaria.
- 2008 2 UPP 3º grado extrahospitalaria.
- 2009 1 UPP 1º grado intrahospitalaria.

3. Seguridad del medicamento

- Acciones: 10 acciones de mejora.
 - Utilización de etiquetas identificativas.
 - Confirmar la identificación del paciente.
 - No utilizar corrector (Typex).
 - Cambio de casilla cuando se modifica la pauta de la orden de medicación.
 - Escribir los mg, ml, cc...
 - Rellenar la casilla: fecha de inicio.
 - Firmar siempre la medicación.
 - Cambiar la ubicación del cloruro potásico.
 - Formación en servicio de los medicamentos de alto riesgo: insulina, estupefacientes, heparina, CLK y quimioterapias.
 - Revisar los tratamientos después del pase de visita con el médico, siempre que sea posible.
- Corte trimestral.
 - 2006 5,3%
 - 2007 3,5%
 - 2008 3,3%

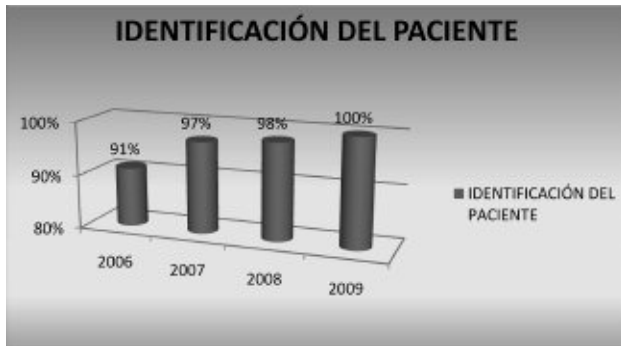


4. Revisión del carro de paros

- Acciones: difusión del protocolo.
- Revisiones quincenales (primer y tercer viernes de mes).

5. Identificación del paciente

- Acciones: observación directa.
- Corte semestral
- 2006 91%
- 2007 97%
- 2008 98%
- 2009 100%



6. Cirugía en el lugar equivocado

2008: 1 incidencia (julio 2008 se rasura al paciente equivocado).

Cirugía litiasis renal o ureteral Check list de verificació. Seguretat clínica

1. Consulta Externa		Inclusió en la llista d'espera quirúrgica	
Nom de l'uròleg:		Cirurgia a realitzar:	
Verificació en UIV:			
Confirmar el nom del pacient	si	no	
Confirmar el costat afectat	dret	esq.	
2. Sessió clínica			
Verificació en UIV:			
Confirmar el nom del pacient	si	no	
Confirmar el costat afectat	dret	esq.	
3. Planta d'hospitalització			
Nom de la infermera:			
Confirmar el nom del pacient	si	no	
Confirmar costat amb el full de quiròfan	dret	esq.	
Confirmar costat amb el pacient	dret	esq.	
Preparar l'àrea corresponent	dret	esq.	
4. Quiròfan		Preoperatori immediat.	
Nom del cirurgià:			
Verificació en UIV:			
Confirmar el nom del pacient	si	no	
Confirmar el costat afectat	dret	esq.	
Verificació en Rx simple preop:			
Confirmar el nom del pacient	si	no	
Confirmar el costat afectat	dret	esq.	
Assenyalar el lloc d'insició al pacient	dret	esq.	

7. Documentación clínica

- Acciones: revisión de todas las historias de los pacientes ingresados en el momento del corte.
- Corte trimestral.

	2007	2008
Acogida	100%	100%
Valoración	98%	99%
Observaciones	100%	100%
Medicamentos	82,8%	98,86%

En el último trimestre de 2008 se implantó el programa informático de enfermería Gacela Care.



8. Continuidad asistencial

8.1. Riesgo social

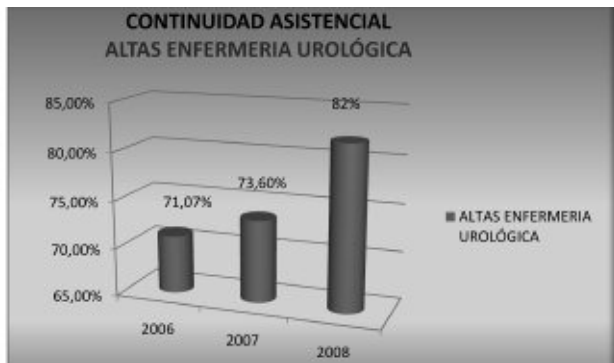
Esta valoración se hace al ingreso y se detecta si el enfermo en el momento de volver a su domicilio tiene una estructura familiar que lo hace posible o, por el contrario, tenemos que gestionar un sistema de soporte al alta: centro socio sanitario, con la enfermera de enlace para coordinarnos con las enfermeras de primaria o la trabajadora social de su domicilio. Esto muchas veces hace que, en el momento del alta, ésta sea más fluida y no ocurra que la familia no pueda llevarse a su domicilio.

- Corte mensual
- 2006 95%
- 2007 97%
- 2008 99%



8.2. Altas en enfermería urológica

2006	71,07%
2007	73,60%
2008	82,00%



8.3. Programa urostomizados

Los pacientes a los que se ha realizado educación sanitaria han sido 10, de los cuales 7 son varones y 3 hembras. Los resultados han sido satisfactorios en cuanto a la técnica en sí, excepto dos casos, uno por artritis reumatoide en los dedos y no aceptación de la enfermedad de la paciente que derivó los cuidados exclusivamente a los familiares, y otro caso de una paciente inglesa a la cual no se le ha podido hacer seguimiento por volver a su país natal. Se están realizando talleres teórico-prácticos en centros de atención primaria a los profesionales y videoconferencias en aquellos que disponen de tecnología avanzada.

Se realizaron talleres in situ en los centros de atención primaria, y los profesionales encontraron en un 80% muy satisfactorio el contenido de la formación y un 20% satisfactorio, en cuanto a la aplicación práctica de los conocimientos en relación al lugar de trabajo, un 100% muy satisfactorio y la organización y docencia 80% muy satisfactoria.

9. Prevención de la infección

9.1. Protocolo de preparación del paciente quirúrgico

2006	97,0%
2007	95,8%
2008	98,8%

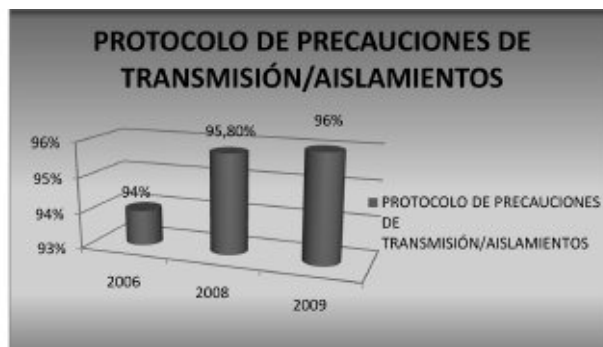
Evaluación semestral por la enfermera higienista.



9.2. Protocolo de precauciones de transmisión/aislamiento

2006	94,0%
2007	95,8%
2008	96,0%

Datos facilitados por la enfermera higienista.



10. Revisión del material de las habitaciones

Está en proceso de evaluación.

Éstos son los formularios utilizados para obtener datos objetivos.

DATA	AUXILIAR	PRESSES BUIT	OXIGEN	MUNTATGE ASPIRADOR	OBSERVACIONS

DATA	AUXILIAR	TENSIOMETRES	ECG	DEFIBRILADOR	BOMBES

11. Revisión de los dispositivos de seguridad

DATA	RESPONSABLE	MATERIAL PRESTAT	OXIGEN TRANSPORT	CADIRA DE RODES	GRUA	OBSERVACIONS

DATA	ZELADOR	BANANES LLIT	RODES LLIT	TIMBRE	TIMBRE WC	SUPORT DUTXA	BANANA WC	OBSERVACIONS

12. Correcta clasificación de los residuos

- Acciones:
 - Observación directa, mensual.
 - Formación.
- Corte trimestral.

HTVC Hospital de Tortosa Verge de la Cinta www.gencat.net/los/cinta						
DATA	RESPONSABLE	RESIDU TIPUS I	RESIDU TIPUS II	RESIDU TIPUS III	RESIDU TIPUS IV	OBSERVACIONS

Institut Català de la Salut Departament de Salut

DISCUSIÓN

En la unidad de urología se está trabajando desde hace varios años en la instalación de la cultura de la seguridad. Al principio era una idea; después, un proyecto, mucho trabajo y, por fin, una realidad. Hemos podido comprobar una mejora asistencial gracias a incorporar la gestión de los riesgos a nuestro trabajo diario. Después de investigaciones realizadas y práctica diaria nos reafirmamos en el hecho de que aumentar la conciencia profesional respecto a este tema y a cada acción de mejora asistencial nos aumenta la garantía de ofrecer mayor seguridad a los pacientes. Si en realidad queremos ofrecer unos servicios de enfermería de calidad, hemos de fomentar esta cultura de seguridad entre los profesionales implicando a los pacientes y a sus familiares en una mejora continua, fortaleciendo el trabajo en equipo, garantizando una buena y fluida comunicación entre todos los turnos, también en los momentos de más riesgo, cuando se producen traslados de pacientes, e implicar a la dirección para así fomentar las prácticas seguras.

CONCLUSIONES

En nuestra unidad hemos fijado el abordaje integral del problema con la puesta en marcha de la estrategia de se-

guridad clínica descrita que aglutina los esfuerzos de todos los profesionales. El 10% del total de pacientes que ingresan en el hospital sufre un efecto adverso, de los cuales hasta un 50% son previsibles. Enfocar sistemáticamente los problemas de seguridad ha sido el gran logro de esta unidad de urología.

NO HAY TIEMPO MEJOR APROVECHADO QUE AQUEL QUE SE EMPLEA EN EVITAR ERRORES QUE FINALMENTE NO OCURREN. ESTE TENDRÍA QUE SER UN LEMA MUY PRESENTE A NIVEL DE DIRECCIONES DE ENFERMERÍA, DIRECCIONES MÉDICAS Y EN GENERAL DE TODAS LAS INSTITUCIONES

La pregunta clave es: ¿Qué cambios son necesarios para crear una cultura de seguridad?

Nuestra respuesta:

1. Identificar y analizar los problemas de seguridad.
2. Incorporar prácticas seguras para prevenir errores y consecuencias.
3. Utilizar indicadores para la eva-

luación y monitorizaje de la seguridad.

Integrar las tareas de gestión de riesgos en nuestro trabajo diario, realizando evaluaciones periódicas y difundiéndolos resultados, puede servir para mejorar nuestro trabajo cotidiano y, por tanto, la seguridad del paciente. Seguiremos cometiendo errores y seguiremos intentando evitarlos, corregirlos y aprender de ellos. Cuantas más barreras, menos errores. No hay tiempo mejor aprovechado que aquel que se emplea en evitar errores que finalmente no ocurren. Este tendría que ser un lema muy presente a nivel de direcciones de enfermería, direcciones médicas y en general de todas las instituciones. ▼

BIBLIOGRAFÍA

- Enfermería Fundamental. Fernández Ferrín, Carmen; Garrido Abejar, Margarita; Santo Tomás Pérez, Magdalena; Serrano Parra, M^a Dolores, Master de enfermería. Ed. Masson, Barcelona 2000.
- La seguridad del paciente a debate. Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de los Pacientes. Madrid, 15 y 16 de febrero 2005.
- Aprender de los errores médicos. El País. Edición del martes, 21 de marzo de 2006.
- J. Delagneau, D. Cañís, A. El Bou-Taibi, J. Martí, M. Mendoza, Ll. Brull i J. Rebull. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Mayo, 2006. Los efectos adversos en la asistencia sanitaria. www.europa.eu.int/health/ph.
- Por la seguridad del paciente. El boletín informativo de la Organización Panamericana de la Salud. www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ah ora03_nov04.htm
- Importancia de la malnutrición por defecto entre los pacientes hospitalizados. www.bvs.sld.cu/revistas/ali/vol13_1_99/ali01199.htm
- Necesidad de seguridad, ¿está cubierta en los pacientes del Servicio de Urología? Estudio descriptivo. I. Menasanch et al. Revista ENFURO 2007, núm 102, págs. 26-31.