

GEMA PEDRERO MÁRQUEZ*, MARÍA JOSÉ CASTRO DORANTES*, MANUEL SOTO DELGADO**

*Enfermera del Servicio de Urología. **FEA de Urología.

Unidad de Gestión Clínica de Urología. Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz

Papel de enfermería en la seguridad del paciente durante el recorrido del paciente quirúrgico urológico

RESUMEN

La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos. El trabajo que presentamos describe la elaboración de un mapa de riesgo sobre el recorrido del paciente quirúrgico urológico y el importante papel que desempeña la enfermería en las distintas fases del proceso para así reducir los incidentes evitables.

El proceso denominado recorrido del paciente quirúrgico urológico incluye desde el momento de la indicación quirúrgica en consultas externas del urólogo hasta la llegada del paciente a la planta de hospitalización una vez intervenido. Para realizar el mapa de riesgos de la unidad se empleó la metodología y matriz de riesgo del modelo de la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente del Reino Unido. La priorización de los ítems seleccionados según la matriz de riesgo fue analizada mediante el método de Hanlon adaptado.

En el mapa de riesgos se identificaron un total de 30 riesgos específicos. Se realizó la priorización de los distintos ítems según la metodología de Hanlon modificado y tras la misma se describió el papel de enfermería en la seguridad del paciente quirúrgico urológico.

El resultado final del mapa de riesgo nos ha mostrado que la mayoría de los problemas son comunes para diferentes áreas de quirófano, así como la necesidad de mantener un personal reciclado en puestos claves, una formación continua y análisis cíclicos de la situación en cada momento.

Palabras clave: seguridad del paciente, quirófano, enfermería.

SUMMARY

Patient safety is considered a priority in healthcare, increasingly complex activity, potential risks involved and in which no system can guarantee the absence of adverse events. The present paper describes the development of a risk map on urological surgical patient journey and the important role of nursing in the various stages of the process in order to reduce preventable incidents.

The process called path includes urological surgical patient from the time of surgical indication in outpatient urologist until the arrival of the patient to the ward once intervened. To make the risk map of the unit was used risk matrix methodology and model of the National Patient Safety in the United Kingdom. The prioritization of selected items as the risk matrix was analyzed using the method adapted Hanlon.

The risk map identified a total of 30 specific risks. We performed the prioritization of the various items according to the methodology of Hanlon modified and after it described the role of nursing in urological surgical patient safety.

The outcome of the risk map has shown that most of the problems are common to different areas of theater, as well as the need to maintain a recycling staff in key positions, continuous training and cyclical analysis situation at each moment.

Keywords: Patient Safety, Operating Room, Nursing.

INTRODUCCIÓN

La creciente complejidad de la asistencia sanitaria entraña riesgos potenciales sin que sea posible suprimir los eventos adversos que se producen, por lo que garantizar la máxima seguridad del paciente se ha convertido en los últimos años en un área prioritaria de trabajo para el sector sanitario (1).

La urología es una especialidad médico-quirúrgica con un gran número de intervenciones quirúrgicas y procedimientos diagnóstico-terapéuticos. Según el estudio ENEAS, Urología es la cuarta especialidad quirúrgica con mayor número de eventos adversos, con una incidencia del 10,4% (2).

El trabajo que presentamos describe la elaboración de un mapa de riesgo sobre el recorrido del paciente quirúrgico urológico y el importante papel que desempeña la enfermería en las distintas fases del proceso para así reducir los incidentes evitables.

MATERIAL Y MÉTODO

El proceso denominado recorrido del paciente quirúrgico urológico incluye desde el momento de la indicación quirúrgica en consultas externas del urólogo hasta la llegada del paciente a la planta de hospitalización una vez interve-

nido. A continuación se detalla el diagrama de dicho proceso.

Consulta del especialista
Consulta preanestesia
Acogida en planta prequirófano
Acogida en bloque QX prequirófano
Quirófano
Traslado de quirófano a REA
Cuidados posquirúrgicos en REA
Traslado del paciente de REA a planta de urología
Acogida del paciente en planta de urología

En la elaboración del mapa de riesgo sobre el recorrido del paciente quirúrgico urológico participaron 5 urólogos de la unidad, 6 enfermeras de la unidad de Urología (2 del área de quirófano, 2 del área de consultas externas y 2 del área de hospitalización), 6 auxiliares de clínica (2 del área de quirófano, 2 del área de consultas externas y 2 del área de hospitalización) y un celador.

Tres enfermeras de la unidad fueron las responsables del desarrollo del proyecto que se realizó de forma proactiva (identificando riesgos potenciales para su prevención).

Para realizar el mapa de riesgos de la unidad se empleó la metodología y matriz de riesgo del modelo de la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente del Reino Unido (3). Para ello se distribuyó una hoja de recogida de datos (tabla 1) donde los participantes del proyecto reflexionaban sobre los motivos de inseguridad en el recorrido del paciente quirúrgico urológico. La metodología usada para identificar eventos adversos fue la de *brainstorming* (técnica de lluvia de ideas).

La priorización de los ítems seleccionados según la matriz de riesgo fue analizada mediante el método de Hanlon adaptado (4).

Una vez priorizados los riesgos se elaboró un plan de acciones preventivas para disminuir el riesgo de eventos adversos en el paciente urológico-quirúrgico así como las actuaciones de enfermería en las distintas fases del proceso.

RESULTADOS

En el mapa de riesgos se identificaron un total de 30 riesgos específicos: 7 en el momento de la indicación quirúrgica en la consulta externa del especialista, 4 en la consulta de preanestesia, 5 en la acogida del paciente en planta de hospitalización antes de quirófano, 8 en la acogida del paciente en el bloque quirúrgico (prequirófano) y en el quirófano, 2 durante el transporte del paciente (de planta a quirófano, de quirófano a reanimación y de reanimación a planta de hospitalización), 3 durante los cuidados del paciente interveni-

do en reanimación y 1 a la llegada del paciente a la planta de hospitalización desde reanimación.

Según la frecuencia y niveles de gravedad de la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente del Reino Unido se obtuvieron los siguientes resultados:

1. Primer nivel (máxima atención, color rojo): 6 ítems.
2. Segundo nivel (color naranja): 11 ítems.
3. Tercer nivel (color amarillo): 12 ítems.
4. Cuarto nivel (mínima atención, color verde): 1 ítem.

Se realizó la priorización de los distintos ítems según la metodología de Hanlon modificado y tras la misma se describió el papel de enfermería en la seguridad del paciente quirúrgico-urológico (anexo 1).

DISCUSIÓN

Los servicios quirúrgicos reúnen una serie de características que los convierten en unidades de alto riesgo para la aparición de eventos adversos (5,6). Según los datos aportados por Aranaz et al. (2) en el estudio ENEAS, la incidencia de eventos adversos es del 8,4% (7,7-9,1%) en los hospitales españoles, de los que el 42,6% sería evitable. En los estudios internacionales de referencia, la incidencia es similar y la tasa de eventos adversos que se relacionan con el proceso quirúrgico en los hospitales se sitúa alrededor del 50% (7, 8).

Se define el recorrido de paciente quirúrgico como el itinerario que sigue el paciente durante su atención quirúrgica en el periodo de tiempo que comprende desde el momento de la indicación quirúrgica en consultas externas hasta el momento justo de recibir al paciente en la planta de hospitalización una vez intervenido. En nuestro trabajo hemos querido conocer los acontecimientos que pueden provocar la aparición de eventos adversos durante este proceso y el papel fundamental que ejerce la enfermería en su prevención.

El diseño de un mapa de riesgo propio tiene por objetivo el estudio de los acontecimientos adversos derivados de la asistencia sanitaria mediante la identificación, evaluación-análisis del riesgo y tratamiento del mismo. En la elaboración de un mapa de riesgo entendemos que es de gran importancia emplear siempre una matriz de riesgo que se complemente de una herramienta de priorización, en nuestro caso el método de Hanlon modificado.

El método de Hanlon permite, como ya se ha dicho, la priorización de puntos críticos, basado en cuatro componentes básicos, la magnitud del problema, su severidad, la eficacia de la solución y su factibilidad, con ello se asigna una puntuación final basada en una ponderación de las cuatro variables descritas previamente, que nos ha permitido eficazmente priorizar nuestras líneas de trabajo en materia de seguridad.

Además, el resultado final del mapa de riesgo nos ha mostrado que la mayoría de los problemas son comunes para diferentes áreas de quirófano, así como la necesidad de mantener un personal reciclado en puestos claves, una formación continua y análisis cíclicos de la situación en cada momento. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Informe, febrero 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo.
2. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.
3. National Patient Safety Agency. Healthcare risk assessment made easy. London: English National Health Service, 2007.
4. Hanlon J, Pickett G. Public Health: administration and practice. 1990. Times Mirror/Mosby College Publishing: Missouri.
5. Makary MA, Sexton JB, Freischlag JA, Millman EA, Pryor D, Holzmueller C, et al. Patient safety in surgery. *Ann Surg.* 2006; 243: 628-632.
6. Vincent C. Understanding and responding to adverse events. *N Engl J Med.* 2003; 348: 1051-1056.
7. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Russell A, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med.* 1991; 324: 370-376.
8. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Russell A, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med.* 1991; 324: 377-384.

ANEXO 1

1. Correcta identificación del paciente.
 - Enfermera de consultas externas y de consulta de preanestesia: corroborar la identidad del paciente con los siguientes datos: nombre, apellidos y fecha de nacimiento.
 - Enfermera de hospitalización y bloque quirúrgico: identificación correcta del paciente mediante la pulsera identificativa.
2. Evaluación e identificación del riesgo de caídas al ingreso. Para la evaluación del riesgo de caídas al ingreso del paciente se utilizará la escala de Downton y se identificará el alto riesgo de caídas mediante una pegatina azul, tanto en la carátula de la historia clínica del paciente como en la pulsera identificativa.
3. Evaluación e identificación de las alergias del paciente.
 - Enfermera de hospitalización: evaluará las alergias del paciente rellenando la hoja de ruta quirúrgica en el momento del ingreso del paciente. Identificación de las mismas con una pegatina amarilla en la carátula de la historia clínica y en la pulsera identificativa del paciente.
 - Enfermera de quirófano: evaluación de las alergias rellenando el listado de verificación quirúrgica.
4. Conocer el tratamiento domiciliario del paciente.
 - Enfermera de consultas externas: en el momento de la indicación quirúrgica en consultas externas, la enfermera de dicha área entregará al paciente una hoja de conciliación de tratamiento domiciliario que el paciente deberá aportar completamente rellena tanto el día de su visita a la consulta de preanestesia como a su ingreso.
 - Enfermera de hospitalización: al ingreso, la enfermera responsable del paciente confirmará con el paciente y/o familiares dicho tratamiento y lo incluirá dentro de la historia clínica.
5. La enfermera de hospitalización deberá corroborar la documentación preoperatoria (estudio preanestésico, consentimientos informados de anestesia y del procedimiento quirúrgico).
6. Marcaje del sitio correcto de intervención.
 - Enfermera de hospitalización: verificará que el procedimiento de marcaje se haya realizado y, en caso contrario, deberá registrar el hecho en la hoja de ruta quirúrgica y notificarlo verbalmente cuando entregue al paciente en el preoperatorio.
 - Enfermera de quirófano: el marcaje será registrado por la enfermera en el listado de verificación de intervenciones quirúrgicas.
7. La enfermera de hospitalización y de quirófano (circulante) verificarán la solicitud de componentes sanguíneos y la disponibilidad de los mismos en los casos que sea necesario.
8. La enfermera de quirófano (circulante) rellenará el listado de verificación de intervenciones quirúrgicas.
9. La enfermera de quirófano supervisará la correcta higiene de manos, la preparación del campo quirúrgico y la esterilización del material quirúrgico.
10. La enfermera de reanimación rellenará la hoja de ruta quirúrgica, aplicará los tratamientos e indicaciones prescritas por anestesia y urología y aplicará una correcta higiene de manos en la manipulación del paciente.
11. Priorización de tareas durante el traslado de pacientes de quirófano a reanimación para evitar desconexión de vías, catéteres, etc.
12. Priorización de tareas al recibir el paciente en el área de hospitalización desde el bloque quirúrgico.

