TÍTULO

EQUIPO DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA: AVANZANDO EN SEGURIDAD

INTRODUCCIÓN

Los errores relacionados con la medicación constituyen un grave problema sanitario con importantes repercusiones asistenciales y económicas. Además, generan la desconfianza del paciente en el sistema y dañan a los profesionales e instituciones sanitarias.

Controlar los errores con la medicación resulta una necesidad para incrementar la seguridad del paciente quirúrgico y es uno de los apartados incluidos en la declaración de Helsinki sobre seguridad del paciente en anestesiología. La utilización habitual de medicamentos de alto riesgo en quirófano,preparación y administración de varios fármacos simultáneamente durante la anestesia, pacientes quirúrgicos de edad avanzada, con patologías crónicas y cada vez más polimedicados, alérgias… son elementos críticos que han de ser correctamente manejados en el contexto de una cirugía segura.

OBJETIVOS

Objetivo general: Mejorar la seguridad del paciente quirúrgico minimizando los posibles riesgos derivados del uso de medicación durante la cirugía.

Objetivos específicos:

-Conseguir una mayor difusión de los errores de medicación entre el equipo de Enfermería.

- Aumentar la interacción, debate y colaboración entre los profesionales para consensuar medidas que disminuyan los errores de medicación.

- Promover prácticas seguras en el manejo de medicación

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo transversal que tiene como objeto revisar y analizar aquellos incidentes de seguridad relacionados con el uso de medicación en quirófano registrados desde enero a diciembre del año 2016 y 2017 por profesionales de enfermería a través del OSP y por anestesiólogos mediante el sistema de notificación de SENSAR y OSP. Los responsables del hospital reciben informe oficial a través de email con los incidentes notificados relacionados con su unidad. En nuestro caso se deriva al responsable del grupo analizador de incidentes y los referentes en seguridad para incorporarlos a una base de datos propia para que el grupo analizador de incidentes del bloque quirúrgico del Hospital de Valme proceda a su análisis. En este estudio hemos trabajado con los siguientes indicadores extraidos de los incidentes analizados y clasificados por el grupo analizador:

- Número absoluto de incidentes notificados a los sistemas de notificación, relacionados con el paciente quirúrgico.
- % de incidentes notificados a los sistemas de notificación, relacionados con la medicación en pacientes quirúrgicos.
- % de incidentes notificados por enfermería

RESULTADOS

En dicho periodo se han notificado 125 incidentes de seguridad relacionados con el paciente quirúrgico. Desde nuestra unidad de Gestión clínica de Anestesia y reanimación se notificaron 59 incidentes de los cuales en 31 casos (52,54%) se han identificado errores o utilizaciones inapropiadas de la medicación en el paciente quirúrgico y 11 de ellos (35,48%) afectaban directamente a nuestra área quirúrgica/URPA. Estos incidentes han consistido en:

- Administración equivocada de fármacos o su dosificación: 18 casos (58%)

- Error en el almacenamiento: 4 casos (12,9%)

- Errores en el manejo de la anticoagulación oral preoperatoia: 5 casos (16,1%)

- Error relacionado con dispositivos de administración de medicación: 4 casos (12,9%)

Con respecto a los resultados obtenidos en el estudio es importante señalar, con respecto a los incidentes de seguridad relacionados con la medicación dentro del bloque quirúrgico en la UGC de Anestesia y Reanimación del Hospital de Valme, que un 58% de los casos estuvieron relacionados de algún modo con la administración y casi un 13% con el almacenamiento. Esto nos indica la dirección en la que debemos trabajar mejorar la seguridad de nuestros pacientes. En concreto la Enfermería de Quirófano se han implementado las siguientes medidas orientadas a mejorar la seguridad del paciente quirúrgico en relación con el uso de medicación, muchas de ellas en trabajo conjunto con Anestesia:

- Continuidad en el análisis de incidentes de seguridad por el grupo analizador multidisciplinar del bloque quirúrgico.

- Actualización del protocolo para enfermería para la realización de bloqueos nerviosos periféricos en quirófano.

- Cuatro sesiones anuales de “Escuela de pacientes”

-Programa de Entrevista Prequirúrgica de Enfermería

- Implementación sistemática del sistema de etiquetado internacional de jeringas para medicación de quirófano y área quirúrgica

- Sesiones clínicas específicas y acreditadas por la ACSA sobre difusión de cultura de seguridad, incidentes notificados,análisis y medidas tomadas, errores de medicación, prácticas seguras en quirófano…

- Introducción en el área quirúrgica de un sistema automatizado para la dispensación y control de estupefacientes para garantizar la trazabilidad correcta de estupefacientes en bloque quirúrgico.

CONCLUSIONES

Toda esta información recogida y analizada sobre incidentes de seguridad relacionados con la medicación en quirófano nos ha servido para autoevaluarnos, aprender de nuestros propios errores, emprender acciones de mejora e implementarlas progresivamente con muy buena acogida por parte de los profesionales y orientadas a potenciar la seguridad y la calidad asistencial hacia nuestros pacientes, que en definitiva son la razón de ser de la Unidad y su atención debe realizarse con un enfoque personalizado, respetuoso, eficiente y de calidad para conseguir el mayor grado de salud, independencia y satisfacción de las personas que atendemos y cuidamos.

En un futuro próximo será interesante analizar cómo las mejoras puestas en marcha han influido en la notificación de incidentes relacionados con la administración de medicación de quirófano: en que medida se siguen repitiendo los mismos incidentes, si han disminuido los que están relacionados con la administración que ocupaban el porcentaje de incidentes más altos o si se sigue afianzando entre los profesionales la cultura de seguridad impulsada por los referentes de nuestra UGC.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estrategia de Seguridad de Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015- 2020. Madrid; 2015.Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: https://www.seguridaddelpaciente.es/es/informacion/publicaciones/2015/estrategia-seguridad-del-paciente-2015-2020/

2. Bartolomé, A., Gómez-Arnau, J., Arnal, D., Puebla, G., Santa-Úrsula, J. A., Marzal, J. M., García del Valle, S. El Sistema español de notificación en seguridad en Anestesia y Reanimación (SENSAR). Informes, estudios e investigación 2010. Ministerio de Sanidad, política social e igualdad. Recuperado de: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/InformeSENSAR.pdf

3. Recomendaciones para el Etiquetado de los medicamentos inyectables que se administran en Anestesia. Sistema Español de Notificación en seguridad en Anestesia (SENSAR), Instituto para el uso seguro de los medicamentos (ISMP-España). Enero 2011. Recuperado de: www.sensar.org

4. Navarro P, Arnal D. Errores de medicación: un reto para la Anestesiología. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2017;64:487---9.

5. Aranaz Andrés, J. M. Departamento Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología. Universidad Miguel Hernández de Elche. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Informe febrero 2006. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de: http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf

6. Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). Informe de incidentes de seguridad notificados en 2014-2015. Informes, estudios e investigación 2016 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de: https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2016/160523_FINAL-Informe_SiNASP.pdf

7. Grupo de trabajo: Buenas práctica en el suso de medicamentos. Guía de práctica segura: manejo de la medicación de alto riesgo. 2010. Recuperado de: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/index.html

8. Caba Barrientos F, et al. ¿Qué hemos aprendido de la notificación de incidentes de seguridad en el Bloque Quirúrgico?: estudio descriptivo transversal de 2 años de actividad de un grupo analizador multidisciplinar. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2018.