

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021



Minimizar
mejorar
Avanzar

XXV REUNIÓN SEUP

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

Minimizar
mejorar
Avanzar

COMUNICACIÓN LARGA

Incidentes ligados a la asistencia en los
Servicios de Urgencias Pediátricas (SUP)

Beteta Fernández D1. Pérez Cánovas C1. Alcaraz Martínez J2. Seva Llor AM3.

1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. 2. Hospital General Universitario Morales Meseguer. 3. Universidad de Murcia

INTRODUCCIÓN

- La **SEGURIDAD DEL PACIENTE** es un componente esencial en la calidad asistencial y es una prioridad de la asistencia sanitaria.
- ***INCIDENTE:** *"todo evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente"*
- Los SUP son servicios de alto riesgo potencial de aparición de incidentes, por los diferentes modelos organizativos y vulnerabilidad de los niños al daño iatrogénico.
- Pocos estudios sobre efectos adversos/incidentes SUP: Canadian Paediatric Adverse Events Study**/Academia Americana Peditria (Weingart et al.-Boston)***

*World Health Organization. Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo. Enero de 2009. WHO 2009.

**Matlow, A.G., Baker, G.R., Flintoft, V., Cochrane, D., Coffey, M. Cohen, E. Nijssen-Jordan, C. (2012). Adverse events among children in Canadian hospitals: the Canadian Paediatric Adverse Events Study. CMAJ (184)13, E709-E718.

***American Academy of Paediatrics Steering Committee on Quality Improvement and Management and Committee on Hospital Care. Policy Statement- principles of paediatric patient safety: reducing harm due to medical care. Paediatrics 2011; 127:1199–1210.

INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN

Una mejor comprensión del alcance y la carga del daño pediátrico es esencial para diseñar y efectuar acciones de seguridad dirigidas a reducir las enfermedades prevenibles y canalizar recursos hacia las mejoras necesarias del sistema.



OBJETIVOS

- Diseñar una herramienta de evaluación.
- Identificar incidentes de seguridad en los Servicios de Urgencias Pediátricas:
 - Conocer la frecuencia.
 - Fuentes: medicación, cuidados, pruebas complementarias, diagnóstico, gestión sanitaria.
 - Analizar los factores causales.
 - Evaluar las consecuencias.

METODOLOGÍA

DISEÑO DE HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN

- Cuaderno de recogida de datos: Adaptación del formulario de evaluación de incidentes utilizado en el estudio ERIDA*.
- Metodología Delphi.
- Grupo de expertos en seguridad del paciente del territorio nacional.
- Finalidad de consensuar los efectos y factores causales de los incidentes en los pacientes pediátricos.

*J. Alcaraz-Martínez, J.M. Aranz-Andrés, C. Martínez-Ros, S. Moreno-Reina, L. Escobar-Álvarez, J.V. Ortega-Liarte. Estudio Regional de Incidentes Derivados de la Atención (ERIDA) en Urgencias. Revista de Calidad Asistencial, vol. 31, issue 5, (2016), pp: 285-292.

METODOLOGÍA

ILA-UP

CUADERNO RECOGIDA DE DATOS

Nº caso: Dia: / /

Hora de llegada: Edad: Sexo Hombre Mujer

Modo de llegada a Urgencias Traslado de otro centro hospitalario

Inicia propia Derivada tras atención inicial en primaria o UME

La consulta ¿es motivada por un incidente de Seguridad previo? Sí No

Motivo de Consulta: Hora inicio consulta:

Categoría: Respiratorio Digestivo Fiebre Musculoesquelético SNC Dentobucario

Alergias/lesiones cutáneas Intoxicación ORL OFT Endocrinológico/Metabólico

CV/Circulatorio Dolor Ait. Comportamiento Psiquiátrico Abusos Otros

Atendido por Adjunto Urgencias Adjunto otros servicios R. Pediatría R. Familia

Hora de inicio de la atención:

Enfermedades Previas (Est. Congénita / Est. Crónica):

Durante su estancia ¿se realizaron exploraciones complementarias?:

No Analítica Exudado VRS RX ECO/TC PL ECG

Hemocultivo Urocultivo Coprocultivo Otra:

¿Se ha pautado tratamiento en urgencias? NO SI Indicar cual:

ORAL IM IV SC Inhalado Nebulizado nasal RECTAL

¿Se han realizado técnicas? NO SI Via periférica Via central Vesical Sonda NG

Otra:

Diagnóstico al alta: Hora de alta:

Destino al alta Domicilio Ingreso Traslado Éxito

¿Ha habido incidente en la atención inicial? No Sí, sin daño Sí, con daño

El incidente consta en: La historia Informe de alta No consta

SEGUIMIENTO

El seguimiento debe hacerse a los 7 días de la visita en Urgencias a TODOS los pacientes, hayan sufrido incidentes previos o no. Se realizará por revisión de historia clínica en pacientes ingresados o por cuestionario telefónico en los datos de alta. Si se detecta un evento adverso ocasionado por la asistencia en Urgencias en día del estudio, se rellenará la siguiente hoja (una para cada incidente)

PREGUNTAS PARA EL INTERROGATORIO TELEFÓNICO

a. ¿Ha sufrido Ud. desde su visita a Urgencias el día algún problema relacionado con la atención o indicaciones que se le dieron? Sí No

b. ¿Qué problema? (rellenar por el encuestador la hoja resumen)

Señalar el tipo de problema de entre los siguientes (por el encuestador):

- relacionado con la medicación

- relacionado con otros tratamientos aplicados

- relacionado con los cuidados aplicados

- relacionado con las pruebas realizadas

- relacionado con el diagnóstico

Número total de incidentes detectados:

ILA-UP

RESUMEN del Evento Adverso o Incidente (usar 1 por incidente)

Momento de aparición: en Urgencias dentro de los 7 días de seguimiento

1.- Describa el incidente y la lesión o complicación causados por el mismo:

2.- Detalle las circunstancias contribuyentes al principal problema que favorecieron la aparición del Incidente o Evento Adverso (EA):

3.- Detalle cualquier otro problema que influyera de forma significativa en la producción del EA:

4a.- ¿Cuál ha sido el impacto sobre el paciente?

1 El incidente no ha llegado a afectar al paciente por haberse detectado a tiempo.

2 El incidente sí ha llegado al paciente, pero no le ha ocasionado daño.

3 El incidente sí ha llegado a afectar al paciente y le ha ocasionado daño.

4b.- Si ha habido daño, ¿Qué repercusión ha tenido?

1 Ha sido daño psíquico o moral, sin daño físico.

2 Se dio un ocasionado más tiempo de observación o pruebas adicionales para comprobar consecuencias.

3 Ha habido daño físico sin tratamiento adicional.

4 Ha habido daño físico que ha requerido tratamiento adicional.

5 El paciente ha estado en situación crítica.

6 El paciente ha fallecido como consecuencia del evento adverso.

ILA-UP

5.- Señale los EFECTOS que se han producido en el paciente:

A. Relacionados con un procedimiento

1.- Hemorragia o hematoma secundario a procedimiento o cirugía.

2.- Hematuria relacionada con sondaje.

3.- Problemas con fibrilados/verdujes.

4.- Debilidades de suturas.

5.- otras complicaciones por procedimientos.

B. Relacionados con Infección Nosocomial

1.- Infección de herida quirúrgica.

2.- ITU asociada a sondaje.

3.- Bacteriemia asociada a dispositivo.

4.- Otra infección nosocomial.

C. Relacionados con los cuidados

1.- Fiebrils.

2.- Quemaduras, erosiones.

3.- Extravasación

4.- otras consecuencias de los cuidados.

D. Generales

1. Peor curso evolutivo de la enfermedad de base.

2. Necesidad de repetir procedimiento.

3. Necesidad de repetir visita.

Ningún efecto

E. Relacionados con la medicación

1. Náuseas, vómitos o diarreas secundarias a medicación.

2. Malestar o dolor por fármacos (epigastralgia).

3. Prurito, rash o lesiones dérmicas reactivas a fármacos o apósitos.

4. Manifestaciones alérgicas sistémicas.

5. Mal manejo del dolor.

6. Alteraciones neurológicas por fármacos.

7. Hipotensión por fármacos.

8. Hemorragia Digestiva Alta.

9. Desequilibrio por electrolitos.

10. Alteración del ritmo cardíaco o frecuencia cardíaca por fármacos.

11. Alteración funcional (hepática, renal, tiroidea).

12. Mal control de glucemia.

13. Efectos locales o fiebre tras vacuna o fármaco.

14. Otro.

F. Otra consecuencia

.....

ILA-UP

7.- Indique todos los FACTORES CAUSALES del incidente

A.- Relacionados con el procedimiento

1. RAM (Reacción Adversa Medicamentosas)

2. Medicamento erróneo.

3. Dosis incorrecta.

4. Omisión de dosis, medicación o vacuna.

5. Frecuencia de administración incorrecta.

6. Monitorización insuficiente.

7. Error de dispensación.

8. Paciente equivocado.

9. Duración del tratamiento incorrecta.

10. Falta de adherencia al tratamiento.

11. Interacción medicamentosas.

12. Retraso en la administración de medicación.

B.- Relacionados con la comunicación

1. Comunicación médico-paciente.

2. Comunicación enfermería-paciente.

3. Comunicación médico-enfermería.

4. Comunicación médico-médico.

5. Barrera idiomática.

6. Barrera cultural.

C.- Relacionados con la gestión

1. Error en identificación del paciente.

2. Duplicidad de historial clínico.

3. Falsedad de documentos.

4. Equivocación en información sanitaria (Resultados de pruebas de otros pacientes).

5. Espera prolongada.

6. Problemas con la historia informatizada.

7. Citación errónea.

D.- Relacionado con el diagnóstico

1. Error diagnóstico.

2. Retraso en el diagnóstico.

3. Retraso en derivación o interconsultas.

4. Error en valoración inicial/nivel de triaje.

E.- Relacionado con los cuidados

1. Manejo inadecuado del paciente.

2. Manejo inadecuado de la técnica.

3. Mantenimiento inadecuado de catéteres.

4. Inadecuado manejo de signos de alerta.

F.- Otros

.....

8.- En qué medida la asistencia prestada ha sido la causante de la lesión:

1. La lesión se debe enteramente a la patología del paciente (No hay EA).

2. Mínima probabilidad de que el manejo fuera la causa.

3. Ligera probabilidad de que el manejo fuera la causa.

4. Moderada probabilidad de que el manejo fuera la causa.

5. Es muy probable que el manejo fuera la causa.

6. Total evidencia de que el manejo fuera la causa del efecto adverso.

9.- ¿Se trata de un claro fallo en la actuación? Sí No

10.- Señala en qué medida podría haberse evitado (de 1 a 6)

Clara evidencia de que es evitable					
1	2	3	4	5	imposible evitarlo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.- ¿Qué es lo que se podría haber hecho para evitar este problema?

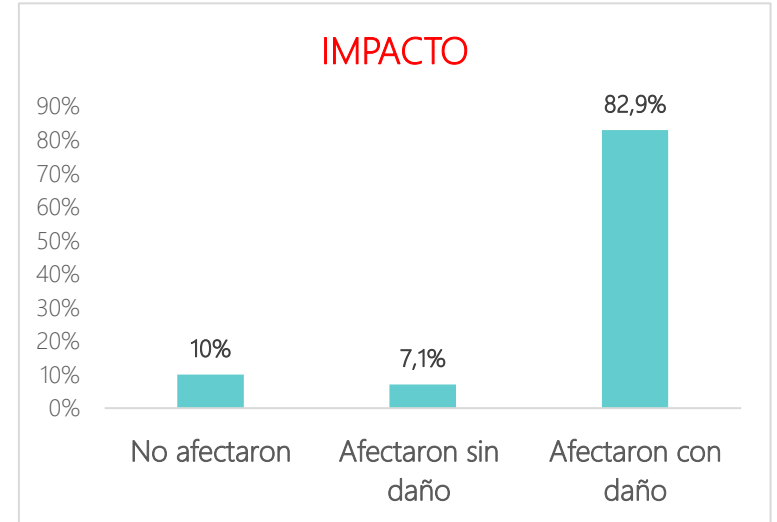
METODOLOGÍA

DISEÑO	Estudio observacional, descriptivo y transversal
LUGAR DE ESTUDIO	SUP H.C.U.Virgen de la Arrixaca (Murcia)
POBLACIÓN Y MUESTRA	Niños <14 años, atendidos en los SUP durante los meses de diciembre 2018 y enero 2019. Muestra: aleatorización por oportunidad en turno de mañana-tarde-noche (3-3-3)
TAMAÑO MUESTRAL	Para una PREVALENCIA de 9% / IC 95% / PRECISIÓN 4% / PÉRDIDAS 15%, se precisaba una muestra de 196 niños
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Niños <14 años atendidos SUP, cuyos representantes legales acepten por escrito participar en el estudio.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Barrera idiomática y pacientes clasificados con prioridad 1 de un sistema de triaje de 5 niveles.
HERRAMIENTAS DE MEDICIÓN	Cuaderno de recogida de datos. Adaptación del formulario de evaluación de incidentes utilizado en el estudio ERIDA.

VARIABLES	<p>Edad / Sexo / Turno de llegada /Modo de llegada / Motivo de consulta/ Categoría / Nivel de triaje / Quién realiza la atención inicial /exploraciones Tratamiento / Técnicas/ Tiempo de asistencia / Destino del alta / Adecuación del tiempo de asistencia al nivel de triaje.</p> <p>*SI INCIDENTE DE SEGURIDAD: Número / Causa / Momento / Impacto Efectos / Atención recibida / Factores causales / Evitabilidad potencial / Registro en la historia.</p>
PROCEDIMIENTO	<p>Estudio en 2 fases. 1ª FASE: Seguimiento mediante observación directa durante la asistencia en el SUP. 2ª FASE: A la semana de la atención encuesta telefónica o presencial si ingreso.</p>
VARIABLE DE RESULTADO	<p>IIS= (nº incidentes detectados en la asistencia y/o llamada / muestra) x 100</p> <p>*IIS (Incidencia de Incidentes de Seguridad)</p>
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	<p>Se realizará análisis descriptivo de las variables y comparativos entre grupos. Procesamiento y análisis de datos SPSS 25</p>
PARTICIPANTES	<p>Recogida de datos realizada por el personal sanitario del propio SUP (evaluación interna).</p>

RESULTADOS

- En 25 niños (12,3%) (IC95%= 8,4%-17,5%) se detectó al menos un incidente, en 3 casos el número de incidentes fue 2, con un total de 28 incidentes.
- 12 incidentes se detectaron en la **asistencia** (42,9%), el resto 16 (57,1%) se identificó en la **revisión a la semana**
- **Bajo registro** de incidentes.
- En los incidentes que tuvieron daño, el **daño físico sin tratamiento** fue la principal consecuencia, 18 (64,3%)



Impacto del incidente en el paciente. Resultados expresados en porcentajes de casos

EFECTOS EN EL PACIENTE

CATEGORÍA	EFECTO	PORCENTAJE
PROCEDIMIENTO	Hemorragia o hematoma secundario a procedimiento o cirugía: 4 (14,3%) Problemas con férulas/vendajes: 5 (17,9%)	9 (32,2%)
MEDICACIÓN	Náuseas, vómitos o diarreas (secundarias a medicación): 3 (10,7%) Mal manejo del dolor: 4 (14,3%)	7 (25%)
CUIDADOS	Flebitis: 1 (3,6%) Extravasación 2 (7,1%) Otras consecuencias de los cuidados 1 (3,6%)	4 (14,3%)
OTRAS CONSECUENCIAS	Aumento del tiempo de espera 1 (3,6%) Dolor 1 (3,6%) Tiempo de espera prolongado 1 (3,6%)	3 (10,8%)
GENERALES	Peor curso evolutivo de la enfermedad de base 2 (7,1%)	2 (7,1%)
NUNGÚN EFECTO	2 (7,1%)	2 (7,1%)

EFECTOS EN EL PACIENTE

CATEGORÍA	EFECTO	PORCENTAJE
RELACIONADOS CON LOS CUIDADOS	Manejo inadecuado de la técnica: 8 (28,6%) Mantenimiento inadecuado de catéteres: 3 (10,7%)	11 (39,3%)
RELACIONADO CON LA MEDICACIÓN	RAM(Reacción Adversa Medicamentosa): 3(10,7 %) Medicamento erróneo: 2 (7,1%) Dosis incorrecta: 3 (10,7 %) Omisión de dosis, medicación o vacuna: 1 (3,6%) Monitorización insuficiente: 1 (3,6%)	10 (35,7%)
RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO	Error diagnóstico: 2 (7,1%) Retraso en el diagnóstico: 1 (3,6%)	3 (10,7%)
RELACIONADO CON LA GESTIÓN	Espera prolongada: 2 (7,1%)	2 (7,1%)
RELACIONADOS CON LA COMUNICACIÓN	Comunicación médico-médico: 1 (3.6%)	1 (3,6%)
OTROS	Analgesia no escalonada 1 (3,6%)	1 (3,6%)

RESULTADOS

- ASISTENCIA prestada fue la causante del incidente en 13(46,4%).
- 14 incidentes (50%) con un claro FALLO DE ACTUACIÓN.
- Según los evaluadores 22 incidentes (78,6%) eran evitables.
- Incidentes en el seguimiento, 1 se produjo en la sala de observación de urgencias (8,3%), 7 se produjeron en unidades de hospitalización pediátrica (42,7%) y 8 en el domicilio(50%).



Atención recibida por el incidente. Resultados expresados en porcentajes de casos

CONCLUSIONES

- La adaptación de un formulario de evaluación de incidentes al entorno pediátrico permitió obtener datos de modo estandarizado, rápido y eficaz.
- El 12,3% de los niños atendidos en SUP sufrieron un incidente de seguridad.
- EFECTOS más frecuentes: los relacionados con los procedimientos, sobre todo los problemas con férulas y vendajes.
- CAUSAS más frecuentes: relacionadas con los cuidados, seguidas de la medicación.
- La principal consecuencia de los incidentes fue el daño físico.
- EVITABLES un 78,6% de los incidentes.

Acciones de mejora

- Mejorar la comunicación entre los profesionales sanitarios.
- Revisar protocolo de analgesia.
- Prescripción electrónica.
- Double-check: prescripción, preparación y administración.
- Formación: procedimientos y cuidados específicos.
- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica: protocolización.
- Desarrollar cultura de seguridad.



GRACIAS