

XXVI | **REUNIÓN** PAMPLONA | 16 AL 18 DE JUNIO DE 2022

**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
URGENCIAS DE PEDIATRÍA**

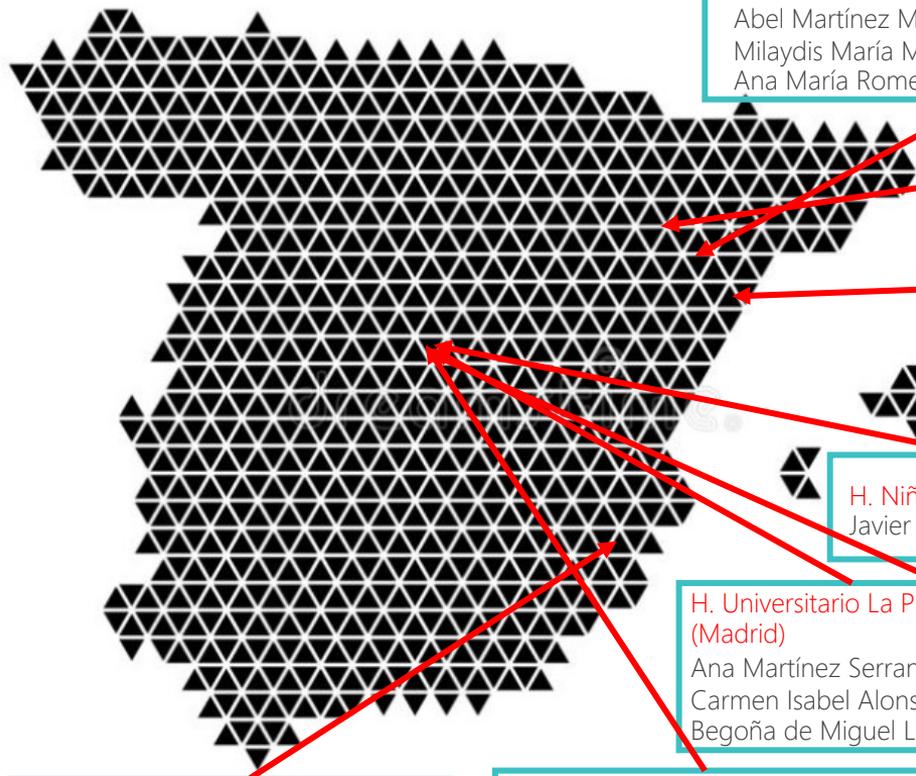


SUPERVIVENCIA SIN EVIDENCIA:
Aprendiendo para el futuro

COMUNICACIÓN LARGA

Incidentes ligados a la asistencia en los
Servicios de Urgencias Pediátricas.
Estudio Multicéntrico





H. de Terrasa (Consorti Sanitari de Terrasa)

Abel Martínez Mejías
Milaydis María Martínez Montero
Ana María Romero Mármol

Hospital Arnau de Villanova (Lleida)

Judith Àngel Sola
Marina Espigares Salvia

H. Sant Joan de Déu (Barcelona)

Vanessa Arias Constanti
David Muñoz Santanach
Elisabet Rife Escudero

H. Son Llatzer (Palma)

Beatriz Riera Hevia
Joana María Alba Mateu
Catalina Verónica Serra Ejjird

H. Niño Jesús (Madrid)

Javier Barroso Martínez

H. Universitario La Paz (Madrid)

Ana Martínez Serrano
Carmen Isabel Alonso García
Begoña de Miguel Lavisier

H. Universitario Infanta Sofía (Madrid)

Patricia Lorenzo Rodelas
Alejandra Flores Lafora
Ane Plazaola Cortázar

H.C.U. Virgen de la Arrixaca- Murcia (Centro Coordinador)

Lola Beteta Fernández
Carlos Pérez Cánovas
Julián Alcaraz Martínez

H. General Universitario Gregorio Marañón (Madrid)

Gloria Guerrero Márquez
Blanca Collado González
Clara Ferrero García-Loygorri

XXVI REUNIÓN SEUP



INTRODUCCIÓN

- 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 Pediatría (Weingart et al.- Boston)***

- 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"*

*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

- Conocer la frecuencia de incidentes en Urgencias Pediátricas.
- Averiguar los incidentes relacionados con: medicación, otros tratamientos aplicados, cuidados, pruebas complementarias, diagnóstico y gestión sanitaria.
- Analizar los factores causales de los incidentes.
- Evaluar las consecuencias de los incidentes.

METODOLOGÍA

DISEÑO	Estudio multicéntrico, observacional, descriptivo y transversal
LUGAR DE ESTUDIO	SUP del territorio nacional. Se incluyen 9 centros
POBLACIÓN Y MUESTRA	Niños <14 años, atendidos en los SUP en los meses de marzo, abril y mayo de 2021. Muestra: aleatorización por oportunidad en turno de mañana-tarde-noche (3-3-3)
TAMAÑO MUESTRAL	PREVALENCIA de 12% IC 95% / PRECISIÓN 2% PÉRDIDAS 15%, MUESTRA: 1192 casos
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>

FASE PREVIA AL ESTUDIO

CENTROS RECIBIRÁN:
Memoria del estudio
Cuaderno de recogida de datos
Consentimiento informado y cláusula de confidencialidad



Presentar documentación
Comités de ética e investigación

FORMACIÓN
Envío de material teórico.
Sesiones online

RECOGIDA DE DATOS



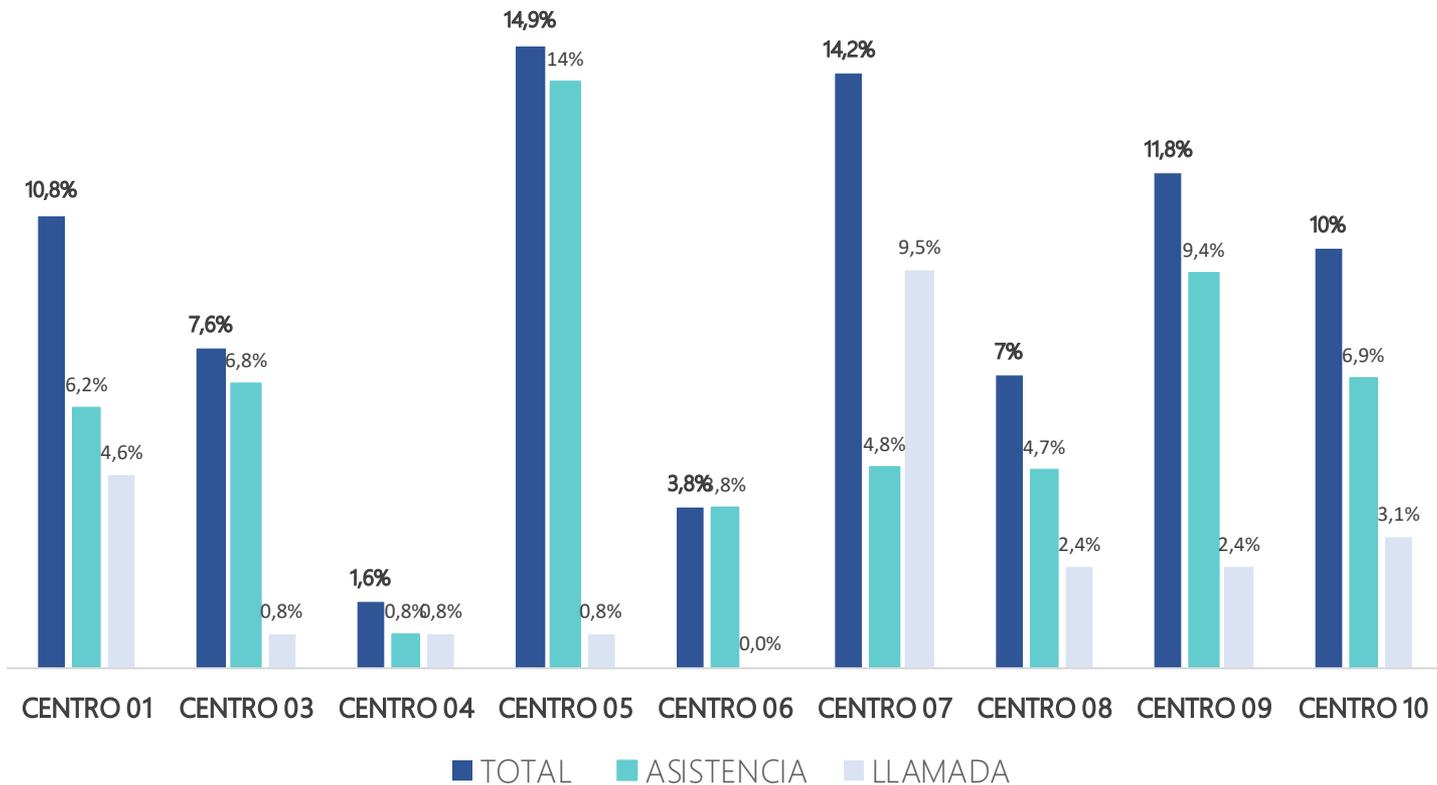
* Finalizada la recogida de datos enviar cuadernos por mensajería al centro coordinador

RESULTADOS

Nº	HOSPITAL	CASOS	INCIDENTES		
			TOTALES	ASISTENCIA	LLAMADA
01	H. Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca	127	14 (10,8%)	8 (6,2%)	6 (4,6%)
03	H. Universitario la Paz (Madrid)	127	10 (7,6%)	9 (6,8%)	1 (0,8%)
04	H. H. de Terrasa (Consorci Sanitari)	127	11 (8,5%)	1 (0,8%)	1 (0,8%)
05	H. Sant Joan de Déu (Barcelona)	127	14 (10,8%)	18 (14%)	1 (0,8%)
06	H. General Universitario Gregorio Marañón	127	10 (7,6%)	5 (3,8%)	0
07	H. Niño Jesús (Madrid)	127	13 (10,2%)	1 (4,8%)	2 (9,5%)
08	H. Universitario Infanta Sofía (Madrid)	127	9 (7%)	6 (4,7%)	3 (2,4%)
09	H. Son Llatzer (Palma)	127	15 (11,8%)	12 (9,4%)	3 (2,4%)
10	Hospital Arnau de Villanova (Lleida)	130	13 (10%)	9 (6,9%)	4 (3,1%)

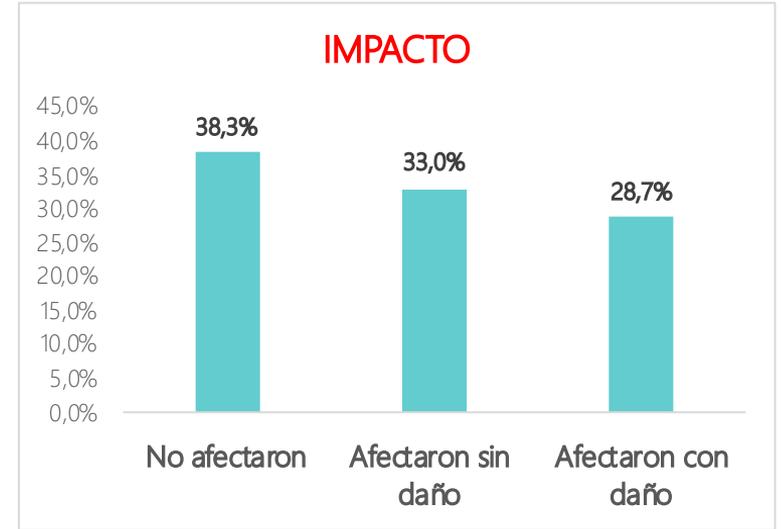
1054 CASOS
 INCIDENTES: 8,5%
 IC 95% (7,20-10,64)
 PRECISIÓN 1,72%

INCIDENTES POR CENTRO



RESULTADOS

- En **90 niños (8,5%)** (IC95%= 7,2%-10,64%) se detectó al menos un incidente, en 4 casos el número de incidentes fue 2, con un total de 94 incidentes.
- **71 incidentes** se detectaron en la **asistencia (75%)**, el resto **23 (25%)** se identificó en la revisión **a la semana**
- **Bajo registro** de incidentes.
- Se **perdieron** 22 pacientes en el seguimiento.
- En los incidentes que tuvieron daño, el **daño físico sin tratamiento** fue la principal consecuencia, 18 (18%)



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

EFECTOS EN EL PACIENTE

CATEGORÍA	EFECTO	%
PROCEDIMIENTO	Hemorragia o hematoma secundario a procedimiento o cirugía: 4 (4,3%) Hematuria relacionada con sondaje: 1 (1,1%) Problemas con férulas/vendajes: 3 (3,2%) Otras complicaciones: 1 (1,1%)	9 (9,6%)
MEDICACIÓN	Náuseas, vómitos o diarreas (secundarias a medicación): 2 (2,1%) Prurito, rash o lesiones dérmicas reactivas: 3(3,2%) Mal manejo del dolor: 5 (5,3%)	10(10,6%)
CUIDADOS	Flebitis: 2 (2,1%) Quemaduras, erosión: 1 (1,1%) Extravasación: 3 (3,2%) Otras consecuencias de los cuidados 2 (2,1%)	8 (8,5%)
GENERALES	Peor curso evolutivo de la enfermedad de base 6 (6,4%) Necesidad de repetir procedimiento: 5 (5,3%) Necesidad de repetir visita: 5 (5,3%)	16 (17%)

FACTORES CAUSALES

CATEGORÍA	EFEECTO	PORCENTAJE
RELACIONADO CON LA MEDICACIÓN	RAM(Reacción Adversa Medicamentosa): 2 (2,1%) Medicamento erróneo: 2 (2,1%) Dosis incorrecta: 8 (8,5 %) Omisión de dosis: 4 (4,3%) Frecuencia de administración incorrecta: 1 (1,1%) Monitorización insuficiente: 6 (6,4%) Error de dispensación: 4 (4,3%) Falta de adherencia al tratamiento: 1 (1,1%) Retraso en la administración: 3 (3,2%)	31 (33%)
RELACIONADO CON LA GESTIÓN	Error en la identificación: 11 (11,7%) Duplicidad de historia: 1 (1,1%) Equivocación en información sanitaria: 1 (1,1%) Espera prolongada: 7 (7,4%)	23 (24,5%)
RELACIONADOS CON LOS CUIDADOS	Manejo inadecuado del paciente: 1 (1,1%) Manejo inadecuado de la técnica: 11 (11,7%) Mantenimiento inadecuado de catéteres: 4 (4,3%) Inadecuado manejo de signos de alarma: 2 (2,1%)	18(19,1%)

FACTORES CAUSALES

CATEGORÍA	EFEECTO	PORCENTAJE
RELACIONADOS CON EL DIAGNOSTICO	Error de diagnóstico: 1 (1,1%) Retraso en el diagnóstico: 5 (5,3%) Retraso en derivación o interconsulta: 1 (1,1%) Error en valoración inicial/nivel de triaje: 2 (2,1%)	9 (9,6%)
RELACIONADOS CON LA COMUNICACIÓN	Comunicación médico-paciente: 2 (2,1%) Comunicación enfermera-paciente: 3 (3,2%) Comunicación médico-enfermera: 1 (1,1%) Comunicación médico-médico: 5 (5,3%) Barrera idiomática: 1 (1,1%)	12(12,8%)

RESULTADOS

- **ASISTENCIA** prestada fue la causante del incidente entre un rango de moderada a total evidencia **48(51,1%)**.
- 47 incidentes (50%) con un claro **FALLO DE ACTUACIÓN**.
- Según los evaluadores 80 incidentes (**85,1%**) eran **EVITABLES**.



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

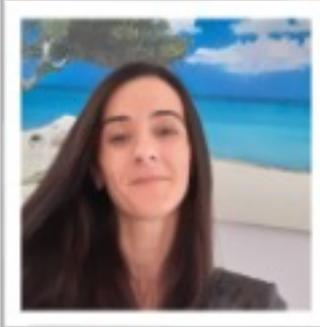
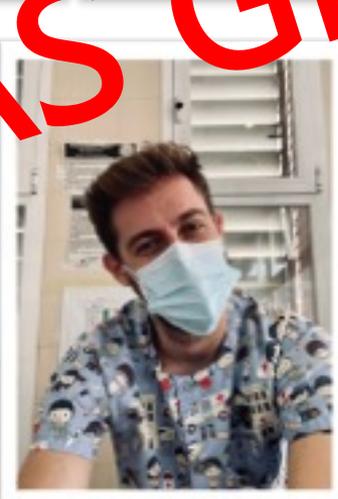
CONCLUSIONES

- El **8,5%** de los niños atendidos en SUP sufrieron un **incidente** de seguridad.
- EFECTOS más frecuentes fueron los derivados de **procedimientos** y **medicación**.
- CAUSAS más frecuentes: relacionadas con la medicación y los cuidados.
- La principal **consecuencia** de los incidentes fue el daño físico sin tratamiento.
- EVITABLES un **85,1%** de los incidentes.

Acciones de mejora

- Mejorar la comunicación entre los profesionales sanitarios.
- Prescripción electrónica.
- Doble-check: prescripción, preparación y administración.
- Formación: procedimientos, cuidados específicos y simulación.
- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica mediante la protocolización.

MUCHAS GRACIAS



XXVI REUNIÓN SEUP