

Plan de seguridad para una unidad de hemodiálisis II

Esperanza Garrido Sanchez, Gema Buendía Jiménez, Rosa María Franco Herrera, Ignacio García Barrero

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. España

Introducción:

Actualmente nos encontramos en la segunda fase de implantación del plan de seguridad en nuestra unidad, que consiste en analizar los datos recogidos en la hoja de registro de eventos adversos y, en función de los resultados, aplicar soluciones que minimicen el riesgo de sus ocurrencias.

Objetivos:

General:

- Mejorar la calidad asistencial de pacientes en hemodiálisis, disminuyendo la incidencia de daños.

Específicos:

- Validar hoja de registro de eventos adversos para la correcta recogida de datos.
- Revisar y elaborar herramientas para el control de eventos adversos.

Material y métodos:

- Tras la recogida, revisión y análisis estadístico de los datos obtenidos durante el periodo de seis meses que nos habíamos marcado, elaboramos el siguiente guion de trabajo:
- Modificar hoja de registro de eventos adversos.
- Revisar esquema y organización del trabajo en la unidad, lo que implica modificar los POEs existentes.
- Elaborar hoja de chek-list como instrumento de mejora de calidad asistencial.
- Modificar hoja de registro de enfermería.

Resultados:

Se han contabilizado 196 eventos adversos con el siguiente porcentaje:

- Infección de acceso vascular: 6 (3%).

- Caídas: 1 (0.5%).
- Hemolisis: 0.
- Error en la identificación/administración hemoderivados: 0.
- Errores en la relación peso seco / peso húmedo: 28 (14%).
- Perdida de aguja: 1 (0.5%).
- Coagulación del sistema / línea venosa: 89 (45.4%).
- Extravasación / hematoma: 6 (3%).
- Error en la petición / identificación de muestras analíticas: 4 (2%).
- Error en la administración de medicación: 18 (9%).
- Infección nosocomial: 0.
- Broncoaspiración: 1 (0.5%).
- Incidencias negativas en el traslado de pacientes: 0.
- Cuidado inadecuado por sobrecarga asistencial / equipo inexperto: 1 (0.5%).
- Coordinación inadecuada interservicios: 1 (0.5%).
- Incidencia de aparataje: 9 (4.6%).
- Otros: 31 (15.8%).

Eventos adversos más frecuentes:

- Coagulación del circuito, errores en la relación peso seco / peso húmedo, errores en la administración de medicación parenteral (siendo casi la totalidad el olvido de la administración de heparina) y otros.
- Es importante destacar que en los apartados donde no se ha registrado ningún evento adverso corresponden a errores graves.

Conclusiones:

Los resultados nos indican la necesidad de modificar la hoja de registro de EA, ya que en el apartado "otros" se han registrado de forma repetitiva ítems que no aparecían, relacionados sobre todo con el proceso de preparación preHD como: dializador incorrecto, baño incorrecto, error de programación, etc.

Vemos necesario elaborar una hoja de check-list preHD adjunta a la gráfica del registro de enfermería y modi-

ficar los POEs existentes en la unidad, con esto pretendemos disminuir la incidencia de los EA más frecuentes como la coagulación por olvido en la administración de heparina, errores de programación, incorrecto cebado del circuito y del dializador.

Decir que todos los EA los ha registrado enfermería lo que significa que no ha habido la implicación esperada por parte de otros profesionales. Hay que organizar sesiones para presentar los resultados y elaborar un plan de formación. Estas medidas requieren de una nueva recogida y análisis de datos para comprobar su eficacia.