

*ANÁLISIS DE LOS EFECTOS
ADVERSOS DE LA UNIDAD DE
MEDICINA INTERNA Y
ESPECIALIDADES MÉDICAS.
AÑO 2016*

METODOLOGÍA.

1. *Ámbito y Criterios de inclusión*

Los casos de eventos adversos registrados por el personal sanitario del servicio de Medicina Interna y Especialidades Médicas en el registro de eventos adversos del Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería.

2. *Período.*

El informe analiza el período comprendido entre el 1 de Enero de 2016 y el 31 de Diciembre de 2016, tomando como referencia el conjunto de casos comunicados en el registro de eventos adversos del Área de Gestión Norte de Almería (http://web/intranet/segpaciente/listado_comunica_ea_ent.asp?u=3.70270)

3. *Objetivo.*

- ✓ Realizar un análisis cuantitativo (prevalencia).
- ✓ Realizar un análisis del efecto adverso con mayor prevalencia
- ✓ Realizar un análisis de los efectos adversos con mayor impacto
- ✓ Realizar un análisis determinado causa-efecto.
- ✓ Implantar medidas correctoras.

ANÁLISIS CUANTITATIVO.

En dicho período anual se han registrado 35 casos, uno se ha anulado debido a que no se ha especificado el tipo de incidente acontecido, con lo que el número total de eventos adversos analizados son 34.

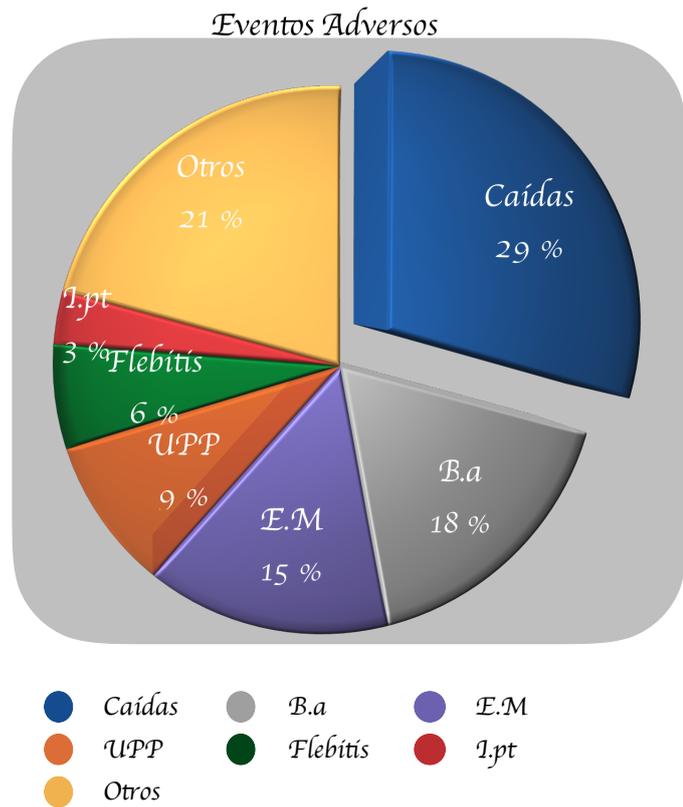
INCIDENTE	NÚMERO	PORCENTAJE %
CAÍDAS	10	29
BRONCOASPIRACIÓN	6	18
ERROR DE MEDICACIÓN	5	15
ÚLCERAS POR PRESIÓN	3	9
FLEBITIS	2	6
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	1	3
OTROS ACONTECIMIENTOS	7	21

El número de casos notificados se mantiene sin mucha variabilidad respecto a otros años anteriores. Respecto a otros años se ha comenzado a notificar un nuevo efecto adverso *broncoaspiración* siendo además el tercer efecto adverso más comunicado después de las caídas.

La mayoría de los eventos adversos comunicados en “otros acontecimientos indeseables” son laceraciones, pero hay que destacar un *hematoma de pared* que le produce al enfermo un shock hipovolémico y posterior fallecimiento debido a la gravedad del resultado en el paciente. Otro evento adverso catalogado dentro de este

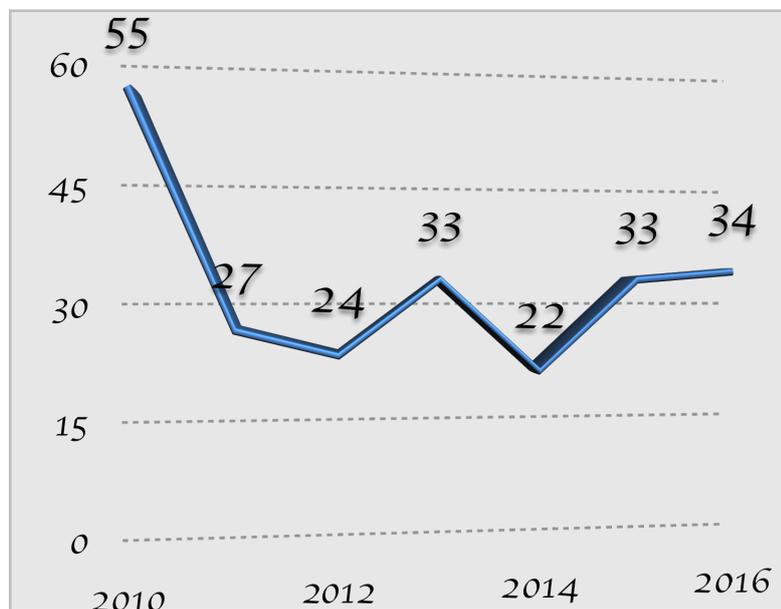
apartado es causado al realizar la técnica de la gasometría donde el paciente sufre un calambre y parestesia en 3º y 4º dedo de la mano del que se recupera y solo precisa vigilancia por parte del personal de enfermería.

El tercer evento más comunicado son las broncoaspiraciones como hemos citado anteriormente. Este evento es el primer año que se comunica. Debido al tipo de enfermos que ingresa en la unidad hay que pensar que en años posteriores no se ha notificado, pero posiblemente había casos que acontecía en la unidad.



1. Análisis de la evolución de los eventos Adversos.

Nº Eventos Adversos



En la siguiente gráfica se ve la evolución cuantitativa de los efectos adversos registrados. Desde el 2011 hay poca variación en el número de efectos adversos registrado. Como en el resto del ámbito sanitario en nuestro servicio hay una infracomunicación de los efectos adversos que acontecen en la unidad, recordemos que en el informe del Ministerio de Sanidad y Consumo “Sistema de registro y notificación de evento adverso” se recoge que el 95% de los eventos adversos no se documentan. (https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/.../opsc_sp3.pdf)

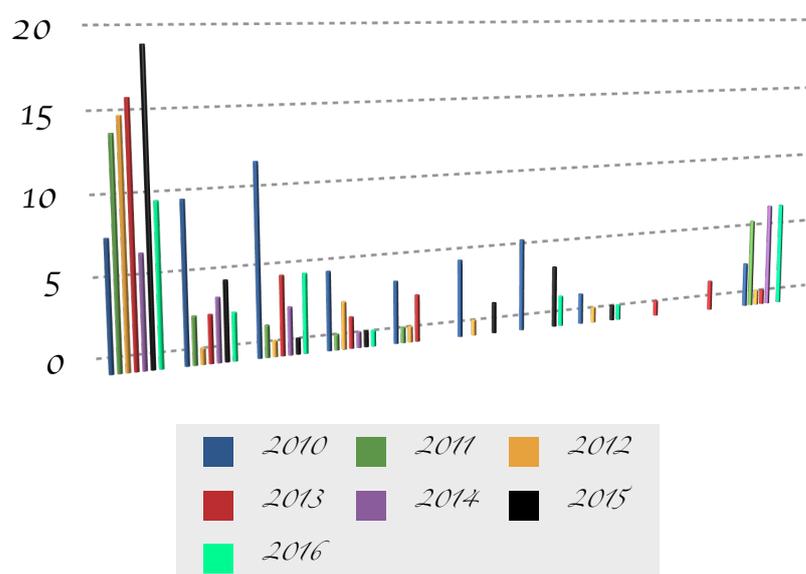
Las principales barreras identificadas para la notificación son las siguientes:

- ❖ La falta de conciencia de que un error ha ocurrido.
- ❖ La percepción de que el paciente es indemne al error.
- ❖ Miedo a las acciones disciplinarias o denuncias.
- ❖ La falta de familiaridad con los mecanismos de notificación.
- ❖ Pérdida de autoestima.
- ❖ Los profesionales sienten que están demasiado ocupados para documentar.
- ❖ La falta de “feedback” cuando se produce un registro.

Por ese motivo se difunde en la unidad el documento : “*Procedimiento para la notificación, análisis y difusión de los eventos adversos en la UGC de Medicina Interna y Especialidades*

AGSNA”.

(www.juntadeandalucia.es/.../EFECTOSADVERSOS/)



Análisis de los Efectos Adversos. Año 2016

PROCEDIMIENTO%20DE%20C...)

	Caída	UPP	E. médica	1 pt	1 prueba	Lesión	Flebitis	H.pared	R. transfusión	B.aspiraciones	Otros	Total
2010	8	10	12	5	4	5	6	2	0	0	3	55
2011	14	3	2	1	1	0	0	0	0	0	6	27
2012	15	1	1	3	1	1	0	1	0	0	1	24
2013	16	3	5	2	3	0	0	0	1	0	3	33
2014	7	4	3	1	0	0	0	0	0	0	7	22
2015	19	5	1	1	0	2	4	1	0	0	0	33
2016	10	3	5	1			2	1		6	6	34
Total	89	28	24	14	9	8	12	5	1	6	20	228

ANÁLISIS DEL EFECTO ADVERSO CON MAYOR PREVALENCIA.

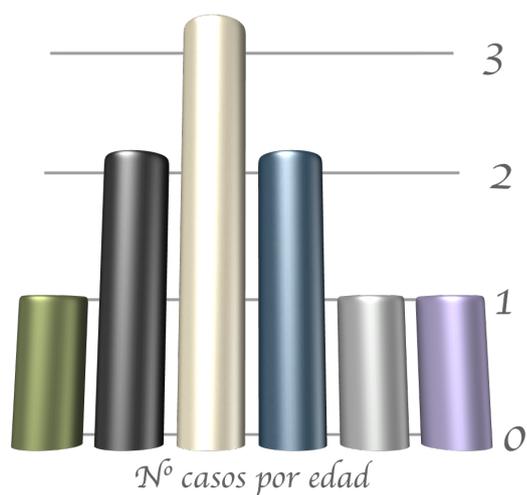
El evento adverso más comunicado en la unidad es la caída y supone 29% del total de los eventos comunicados.

A lo largo del año 2016 se han registrado 10 caídas en la unidad.

Se realiza análisis según edad, sexo, resultado en el paciente, factores contribuyentes...

1. Según edad.

El mayor número de caídas se produce entre edades comprendidas entre los 71 - 90 años,



EDAD	NÚMERO
<= 60	1
61-70	2
71-80	3
81-90	2
>90	1
No específica	1
TOTAL	10

2. Según sexo.

Hay una diferencia significativa entre el número de caídas sufridas por hombres y mujeres, siendo la diferencia más del doble de caídas sufridas por los hombres, aunque hay un sesgo y es que no se ha tenido en cuenta el número de ingresos por sexo en la unidad.

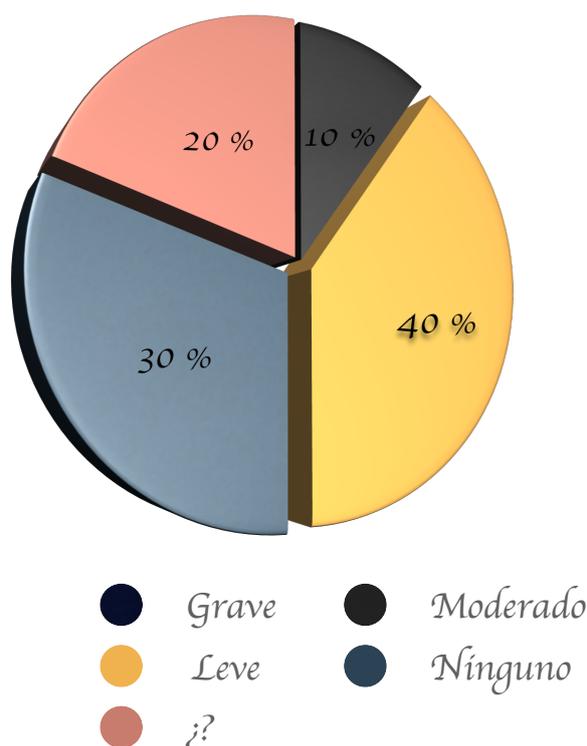


3. Según el resultado en el paciente.

En la mayoría de las caídas no se ha producido daño o el daño ha sido leve, produciéndose solo en un caso daño moderado. Hay que tener en cuenta que en dos casos no se ha notificado el resultado en el paciente, posiblemente los pacientes no sufrieron daño o fue un daño leve, pero al no tener la información completa esas dos notificaciones se consideran interrogantes.

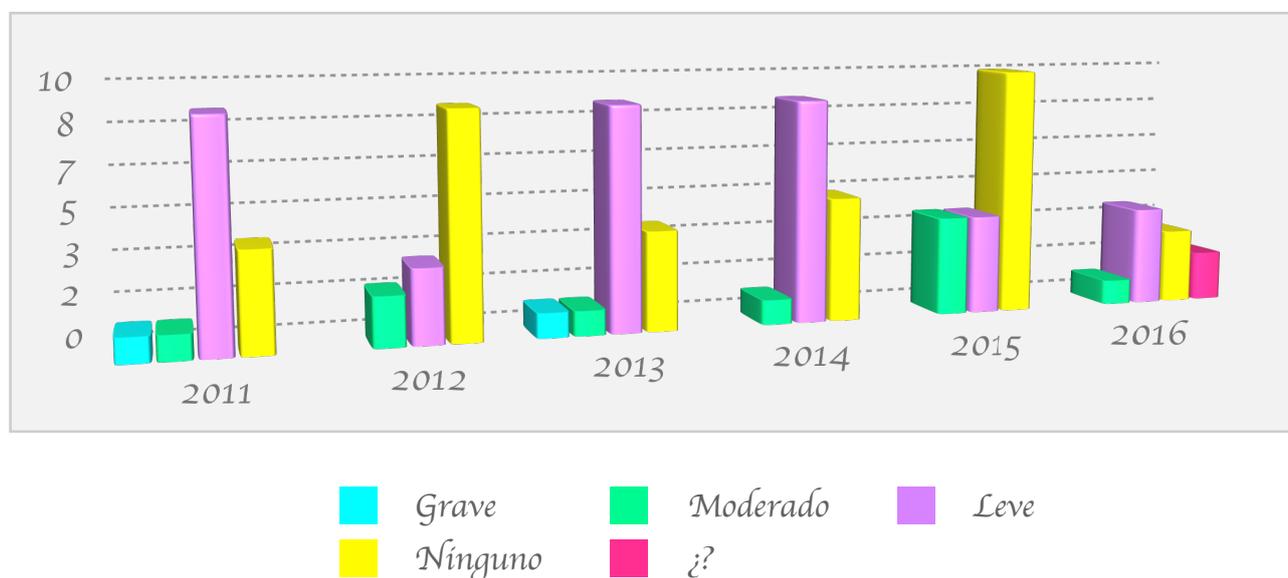
GRADO	NÚMERO
Grave	0
Moderado	1
Leve	4
Ninguno	3
No específica	2

Si sumamos el porcentaje de caídas con resultado en el paciente ninguno/leve sería el 70 % del total y este año no hubo ninguna caída registrada con repercusión grave en el enfermo. Debido al tipo de enfermos que tenemos en la unidad la probabilidad de que sufran una caída es elevada con lo que el objetivo será que se produzca el menor número posible y con la menor repercusión posible para el paciente .

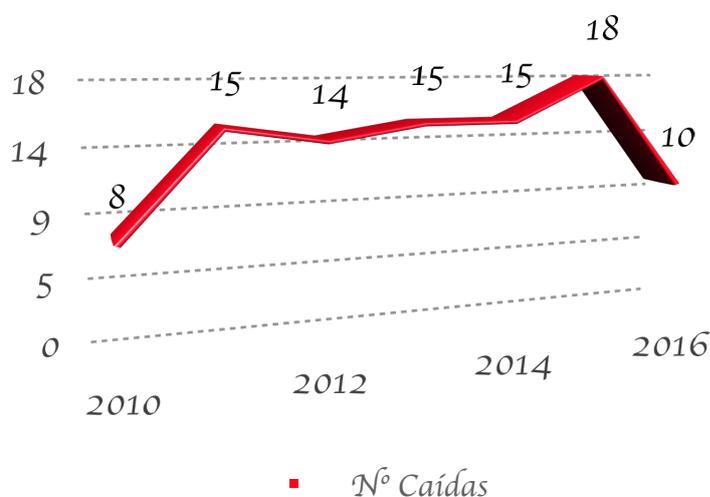


Análisis de los Efectos Adversos. Año 2016

Como se observa en la gráfica en este periodo de 6 años solo se ha registrado en dos años (2011 y 2013) un episodio de caídas con resultado grave, así como la tendencia siempre en estos años es que se produce un resultado leve o ningún resultado en el paciente.



Como vemos en la siguiente gráfica este año se ha producido un descenso en el número de caídas notificadas respecto a años anteriores.



4. Según factores contribuyentes.

Se ha analizado también las caídas teniendo en cuenta factores como pluripatología, nivel de orientación, si está acompañado... No en todos los registros se han completado estos datos, pero nos parece interesante reflejar estos datos y se insistirá en que se cumplimente estos factores a la hora de registrar caídas.

De las 10 caídas registradas 7 tenían algún grado de dependencia, presentaban pluripatología o enfermedades que afectaban al equilibrio o movilidad como ictus, Ca broncogénico en estadio IV.

En la mayoría de los enfermos con alteración del nivel cognitiva han sufrido la caída al intentar “saltar de la cama”, y la mayoría tenían las barandillas subidas, salvo en unos pocos casos que la familia la había retirado.

Algunos de los enfermos con un nivel cognitiva adecuado sufren la caída en el baño.

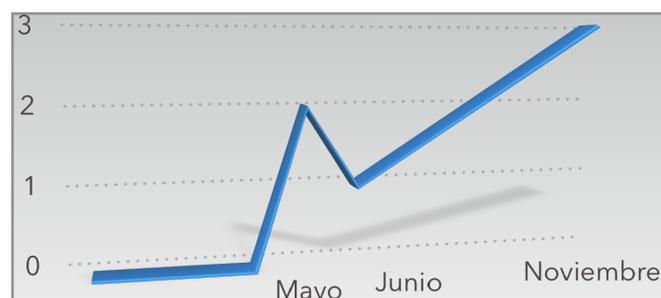
NÍVEL DE ORIENTACIÓN	NÚMERO
Desorientado	3
Sedación	1
Orientado	4
No específica	2

BRONCOASPIRACIONES.

1. Análisis cuantitativo.

Durante este período se registran 6 casos , siendo el mes donde se ha producido mayor número de casos registrados el mes de Noviembre (figura 2)

Como podemos observar en la evolución del gráfico hasta el mes de Mayo no se produce ningún registro, en la unidad se hace



referencia a este efecto adverso y la importancia de comunicarlo.

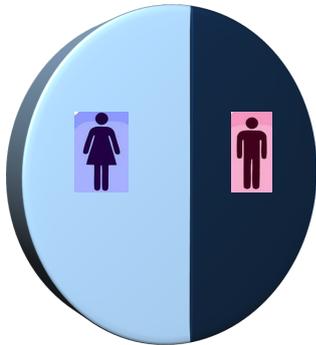
En muchas ocasiones la familia es quien le da de comer y no tienen conocimientos

suficientes para detectar pequeñas micro aspiraciones. Si

analizamos por sexo se observa que se ha producido el

mismo número de casos en hombre y en mujeres no siendo

el sexo un factor determinante (figura 3).



En cuanto a la edad se observa que se casi todos los casos

se dan en personas con edades comprendidas entre los 80

90 años

Esta relación con la edad hay que

valorarla en el contexto de las personas

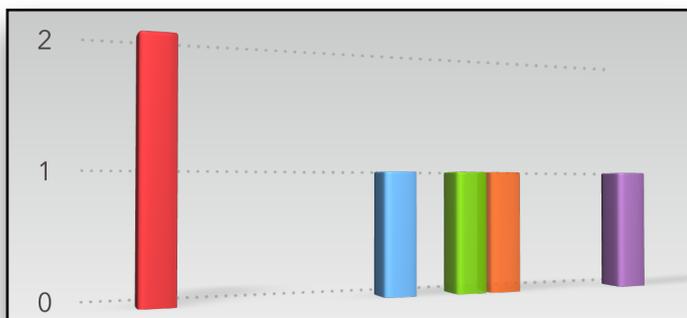
ancianas, es decir en edades avanzadas

es más probable presentar problemas de

dísfagia, deterioro neurológico...

enfermedades o sintomatología que

favorezcan la broncoaspiración.



Gráfica por edad

■ 79	■ 80	■ 81	■ 82
■ 83	■ 84	■ 85	■ 86
■ 87	■ 88	■ 89	■ 90
■ 91	■ 92	■ 93	

2. Análisis causa-efecto.

De los seis casos declarados de broncoaspiración, cuatro eran enfermos dependientes,

tres presentaban deterioro neurológico y en dos casos no se especifica si presentaban

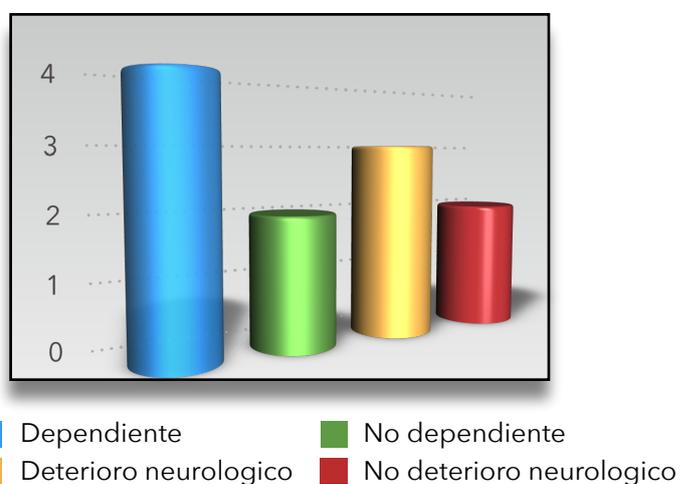
deterioro o no. Por tanto se concluye que todos los pacientes que han sufrido una

broncoaspiración eran pacientes frágiles.

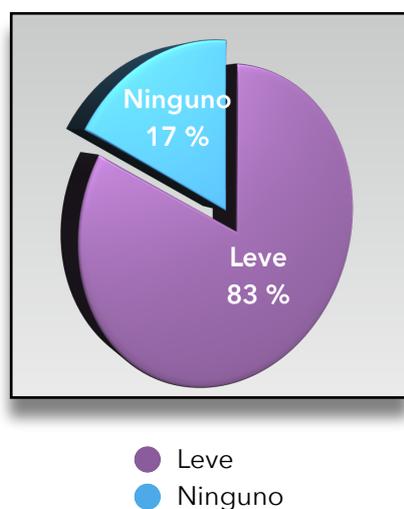
En un caso determinan como causa la textura de la comida (dieta triturada).

En otro caso aunque el paciente presentaba un deterioro cognitiva además de ser una persona dependiente la causa de la broncoaspiración se relaciona con que al iniciar la tolerancia (con yogurt), presenta un vómito alimentario favoreciendo el episodio de broncoaspiración

Por último hay un caso en que el personal sanitario que registra el episodio de broncoaspiración lo relaciona con un golpe de tos que sufre mientras tomaba un yogurt.



De los seis casos declarados, en cinco se especifica que el daño producido ha sido leve y en el caso restante no se ha producido ningún daño (en ese momento).



ANÁLISIS DE LOS EFECTOS ADVERSOS CON MAYOR IMPACTO.

En este año se ha producido un fallecimiento a causa de un shock hipovolémico.

Se han registrado cinco casos de errores de medicación. En un caso el error se produce en el tratamiento al alta precisando reingreso solucionándose los problemas fisiopatológicos ocasionados.

Otro error acontecido se produce en el turno de noche al darle una dosis mayor del medicamento prescrito, en la unidad suele estar esa medicación en una única dosis, por error farmacia había proporcionado el mismo fármaco, pero con dosis mayor y el formato es similar al de menor dosis, dicho error no produce daño al enfermo.

Otro error acontecido es debido a que por motivos del servicio debe acudir otra enfermera de otra unidad a cubrir unas horas en nuestro servicio y al administrar una medicación se produce un error en la vía de administración. No se produce daño al enfermo.

Los otros dos errores se producen por lapsus, no teniendo repercusión en el enfermo.

De los 34 eventos adversos uno es en realidad un incidente ya que hay un error en la pulsera identificadora del cruce de sangre, pero se detecta al realizar el checklist, solucionándose el error identificativo del paciente. Al enfermo se le pone la pulsera con los datos identificativos del enfermo de la otra cama, al no realizar correctamente el protocolo (las pulseras se rellenan a pie de cama)

ÁREAS DE MEJORA.

En el área de mejora de las caídas, se da a conocer la guías de prevención de PICUIDA. Se entrega los trípticos prevención de caídas en el ámbito hospitalario en aquellos paciente con etiqueta diagnóstica Riesgo de Caídas y el tríptico prevención de caídas en el domicilio en los pacientes que al alta presentan dicha etiqueta diagnóstica.

Análisis de los Efectos Adversos. Año 2016

Recomendaciones prevención de caídas en ámbito hospitalario

*** Evite hacer movimientos rápidos y repetitivos:**

- Al cambiar de posición, muévase despacio y con cuidado.
- Al salir de la cama, siéntese en el borde de la cama antes de pararse
- Al pararse, muévase despacio y equilibre bien antes de caminar.

RECOMENDACIONES

PREVENCIÓN CAÍDAS



SERVICIO MEDICINA INTERNA.

ÁREA SANITARIA NORTE ALMERÍA



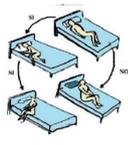
AVENIDA ANA PARRA S/N
04600 HUÉRCAL-OVERA (Almería)

950029000
hinmculadosp@juntodeandalucia.es



JUNTA DE ANDALUCÍA
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

¡USTED PUEDE PREVENIR LAS CAÍDAS CON AYUDA DEL PERSONAL DE LA PLANTA!



RECOMENDACIONES PARA PACIENTES Y CUIDADORES:

Las caídas representan el tipo de accidente más frecuente entre las personas mayores.

Las consecuencias de las caídas pueden ser leves (contusiones, abrasiones...) o más graves (fractura, hematomas...). Además producen consecuencias a largo plazo como aumento del grado de dependencia para las actividades de la vida diaria, desmobiliación, o consecuencias psicológicas como miedo a volver a caer limitando la independencia, la calidad de vida y la recuperación.

La mayoría de las caídas se producen o causan de riesgos que son **PREDICIBLES** y por tanto susceptibles de **PREVENCIÓN**.

La información que contiene este tríptico le ayudará a reducir los peligros.

A continuación se indica los lugares donde suelen producirse y las recomendaciones para evitarlos.

EN EL HOSPITAL USTED Y SUS FAMILIARES NOS PUEDEN AYUDAR A PREVENIR LAS CAÍDAS.



CONSEJOS PARA LOS PACIENTES Y FAMILIARES.

- * Compruebe que la cama está en posición baja y frenada. Verifique el bloqueo de sillones y sillas de ruedas.
- * Si está subido las barandillas de la cama, déjala así. **Es por su seguridad.** No la deje bajada al dejar solo a su familiar.
- * Llame al timbre si necesita ayuda para levantarse, ir al baño o está mareado.
- * Considere quedarse con su familiar si está en alto riesgo de caídas o está confundido.
- * Notifique al personal de la planta antes de dejar a un paciente desorientado o confundido, para que puedan tomar las medidas de seguridad apropiadas.
- * Haga caso de las señales de peligro de suelo mojado, ya que va a caminar más despacio de lo habitual, ya que va a caminar más despacio de lo habitual, ya que va a caminar más despacio de lo habitual.
- * Recuerde a su familiar que lleve colocadas las prótesis siempre que sean posibles (gafas, audífonos...) o asegúrese que los tengan siempre a mano.
- * Recuerde diariamente a su familiar el día y lugar en que se encuentra para mantenerlo orientado.

* Utilice bastón o andador si tiene problemas para caminar.

* Use solamente objetos estables para ayudarse a mantenerse estable. No use su soporte para infusión, mesa, silla de ruedas... ni otro objeto que pueda moverse.

* Use zapatillas o zapatos cerrados y con suela de goma. No camine descalzo o solo con calcetines.

* Evitar objetos cerca del paciente que puedan producir algún tipo de lesión. Mantenga las zonas de paso libres de obstáculos.

* Mantener ordenada la habitación y el aseo retirando todo el material que pueda producir caídas. Se recomienda utilizar los armarios.

* Mantenga una buena iluminación en la habitación tanto diurna como nocturna.

* Preste especial atención a cualquier tubo, por ejemplo oxígeno, sistemas de suero, sondas vesicales... que puede interferir con el caminar.

En el área de mejora de brocoaspiraciones se entrega los trípticos a familiares de personas con riesgos de aspiración con consejos para la prevención y se dan recomendaciones a pie de cama del paciente por parte del personal de enfermería. Se revisa con el servicio de cocina la textura de la dieta

1. ¿QUÉ ES LA DISFAGIA?

Es la dificultad para tragar o deglutir los alimentos (sólidos y líquidos) e incluso la saliva. Hay enfermedades que producen una alteración de la función cerebral o de alguno de los nervios y músculos que utilizamos para tragar provocándonos Disfagia.

2. ¿CUÁLES SON SUS SÍNTOMAS?

- Tos y/o carraspeo persistente durante o después de las comidas, y sobre todo con la toma de líquidos.
- Atragantamientos frecuentes.
- Cambios en la calidad/tono de la voz (ronquera/afonía) coincidiendo con las comidas/bebidas.
- Tener que tragar varias veces para poder tomar una misma cucharada.
- Babeo frecuente.
- Mantener la comida en los carrillos.
- Comer mucho más despacio de lo habitual.
- Desinterés por comer, ya que presentan dificultades y les supone un gran esfuerzo.

3. ¿QUÉ COMPLICACIONES PUEDE DAR?

- Desnutrición y/o deshidratación.
- Atragantamientos importantes y paso de alimento a los pulmones que le puede producir una infección respiratoria grave.

4. CONSEJOS ANTES DE EMPEZAR A DAR DE COMER.

- Nunca dar de comer o beber si el paciente está muy adormilado o muy nervioso.



"Debemos esperar a que esté bien despierto y tranquilo para iniciar la comida."

- Intente que el entorno donde se realice la comida facilite la concentración del paciente para evitar que se distraiga.

5. POSICIÓN PARA COMER.

- Siempre que sea posible sentado con la espalda recta y la cabeza ligeramente inclinada hacia delante. Si la cabeza tiende a irse hacia atrás ayúdense con almohadas o toalla enrollada.
- Si no puede levantarse de la cama para comer elevar el cabecero de la cama si ésta es articulada y si no, ayudarse con cojines o almohadas. Debe colocarse lo más incorporado posible.

6. CONSEJOS DURANTE LAS COMIDAS.

- La persona que da de comer debe estar a la altura de sus ojos o justo por debajo de ellos así evitaremos que eleve la cabeza para tomar el alimento y trague en esta postura que le puede resultar peligroso.
- El paciente que pueda debe comer solo ya que es beneficioso para el porque disminuye el riesgo de aspiración (paso del alimento a la vía respiratoria) y siempre debe hacerlo bajo la vigilancia de la familia o cuidador.
- Si utiliza prótesis dental estas deben estar bien colocadas y ajustadas, si no fuera así, es mejor que coma sin ellas y adaptar la comida.
- Evitar que hable mientras come.

- Hay que tener en cuenta que las personas con disfagia generalmente necesitan más tiempo para alimentarse.
- Intente programar las comidas en los momentos en que la persona se encuentra más descansada. La fatiga muscular y/o cansancio extremos aumentan el riesgo de aspiración.
- **NO utilizar para alimentar JERINGAS NI PAJITAS. UTILIZAR SÓLO CUCHARA.** el uso de la misma es más seguro y beneficioso, ya que la ligera presión que ejerce sobre la base de la lengua al introducirse en la boca favorece el reflejo de la deglución.
- Las **cucharillas pequeñas** (de postre) son preferibles pues los volúmenes pequeños son más fáciles de tragar y manejar.
- Compruebe siempre que ha tragado la cucharada previa antes de darle otra.
- Si presenta tos mientras come **NO CONTINUE** y espere a que se recupere.

7. RECOMENDACIONES DESPUÉS DE LA ALIMENTACIÓN.

- Mantenga al paciente incorporado durante 30-40 minutos tras la comida si le acostamos muy pronto, podría presentar reflujo y podría aspirarlo (el alimento pasará hacia la vía respiratoria).
- Asegúrese que no han quedado restos de comida en la boca si es así retirarlos ya que podría atragantarse con ellos.
- Mantenga al paciente una buena higiene bucal aparte de siempre más cómodo es más seguro ya que una mala higiene favorece el crecimiento de bacterias en la boca.

8. CONSEJOS DIETÉTICOS.

La dieta ha de ser triturada, más o menos espesa con una consistencia suave y uniforme. **EVITAR Dobles texturas** en un mismo plato como: sopas, bollos mojados en leche... Use **ESPE-SANTE** para los líquidos.

- Es preferible dar un plato único muy nutritivo, ya que va a comer más despacio de lo habitual y se va a cansar más.
- La dieta ha de ser variada y equilibrada sien recomendable realizar 5 comidas al día.
- Cuidado con las **Gelatinas Industriales** ya que pierden su consistencia cuando se mezclan con la saliva convirtiéndose en líquido.

TIPOS DE CONSISTENCIAS DE LOS LÍQUIDOS CON ESPESANTE:

- Consistencia NECTAR:** Se añade espesante al líquido y este debe quedar como si fuera un zumo de tomate o melocotón. Se puede beber del vaso. Cuando se vierte cae en forma de líquido grueso.
- Consistencia MIEL:** Se añade espesante al líquido y este debe quedar como si fuera miel. Se puede beber del vaso. Cuando se vierte cae en gotas gruesas.
- Consistencia PUDDING:** Se añade espesante al líquido y este debe quedar como si fuera un flan. No se puede beber del vaso, conserva la forma al recogerlo con la cuchara.



ESPERAMOS A VERLE SIDO DE GRAN AYUDA!!!



RECOMENDACIONES EN LOS PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN.
Guía de Recomendaciones de la UGC de Medicina Interna del H. La Inmaculada.



DISFAGIA

Esófago
Tráquea



Unidad Gestión Clínica M. Interna
Hospital La Inmaculada.
Huércal-Overa (Almería).
950 029 286 - Área 5.
950 029 223 - Área 6.



Área de mejora en la identificación del enfermo, se revisan los circuitos.

Como área de mejoras en los errores de medicación se proponen varias acciones.

- Revisar los tratamiento indicados antes del alta

- No mandar fármacos con dosis diferentes a las pactadas y en el caso de que hubiera el mismo fármaco con diferentes dosis guardarlos en cajetines diferentes

Área de mejora hematoma de pared, continuar con una actitud de vigilancia y avisar ante cualquier sospecha de hematoma sobre todo en aquellos pacientes con riesgo de desarrollar dicha complicación.