



144 ¹M^a. Antonia Muñoz Mella

²Estíbaliz Ezpeleta Sáenz de Urturi

³Ignacio Enríquez de Salamanca

⁴M^a. Teresa Rey Barbosa

⁵Valle Quintela Porro

⁶Alejandra Román Vila

¹Directora de Enfermería. Unidad de Calidad: Gestión del Riesgo Clínico. Hospital Povisa. Vigo, Pontevedra. Máster en Gestión del Riesgo.

²Enfermera Coordinadora Técnica de Programas de Calidad. Unidad de Calidad: Gestión del Riesgo Clínico. Hospital Povisa. Vigo, Pontevedra.

³Enfermero de Control de Infecciones. Unidad de Calidad: Gestión del Riesgo Clínico. Hospital Povisa. Vigo, Pontevedra.

⁴Diplomada en Nutrición y Dietética. Enfermera Coordinadora. Unidad de Calidad: Gestión del Riesgo Clínico. Hospital Povisa. Vigo, Pontevedra.

⁵Enfermera Coordinadora del Programa de Errores de Medicación. Unidad de Calidad: Gestión del Riesgo Clínico. Hospital Povisa. Vigo, Pontevedra.

⁶Enfermera Coordinadora de Planta de Hospitalización. Unidad de Calidad: Gestión del Riesgo Clínico. Hospital Povisa. Vigo, Pontevedra.

Correspondencia:

Estíbaliz Ezpeleta Sáenz de Urturi

Hospital Povisa

C/ Salamanca 5. 36211-Vigo (Pontevedra)

Apto. 944

E-mail: eezpeleta@povisa.es

RESUMEN

La hospitalización deriva frecuentemente en una declinación irreversible del estado funcional, pudiendo dar como resultado complicaciones no relacionadas con el problema de admisión y producir una cascada de eventos adversos (EA) que pueden culminar con la disminución de la calidad de vida. Las causas en los pacientes mayores son múltiples y acumulativas. Nuestro objetivo general fue diseñar un programa específico para la prevención de eventos adversos relacionados con la hospitalización del paciente anciano frágil, determinando para ello los factores de riesgo, tanto intrínsecos como extrínsecos, para establecer estrategias de seguridad que incluyan acciones que minimicen o eliminen los EA según la prioridad de riesgo establecida. Se trata de un estudio prospectivo de los pacientes ingresados en el hospital que cumplen el criterio de edad mayor o igual a 80 años. Las evaluaciones fueron realizadas durante 3 días consecutivos en 3 meses diferentes. La muestra total analizada fue de 133 pacientes, que representa el 20% de los pacientes ingresados en nuestro hospital durante el período de estudio. Como resultado hemos obtenido una valoración de los EA de la población anciana hospi-

Estrategia para la prevención de eventos adversos en el anciano hospitalizado

118

Strategy for the prevention of adverse events in the hospitalized elderly patients

SUMMARY

There are multiple and cumulative causes of functional decline among hospitalized elderly patients. Hospitalization itself may frequently cause a state of irreversible functional decline, leading to complications not related to the initial reasons for the hospital admission. Moreover, this lower functional status may carry risks of adverse events, potentially reducing quality of life. Our general goal was to design a specific program to prevent adverse events relating to hospitalized frail elderly patients. We determined intrinsic and extrinsic risk factors within our security strategies, including actions to minimize or even mitigate adverse events according to a pre-established risk priority. Evaluations were performed over 3 consecutive days during 3 different months. Subjects of this prospective study were 133 hospitalized patients 80 years old or older, representing 20% of the patients in our center during the time of research. The outcome of our study is a valuation of the adverse events affecting hospitalized elderly patients, allowing the development of a plan for risk prevention, which includes specific care measures for these patients.

KEY WORDS

Patient elderly, frail elderly, risk factors, adverse event, security, quality of health care.



- 119 talizada para realizar un plan de prevención de riesgos que desarrolle cuidados específicos para estos pacientes.

PALABRAS CLAVE

Anciano, anciano frágil, factores de riesgo, evento adverso, seguridad, calidad de la atención de la salud.

INTRODUCCIÓN

A menudo, la hospitalización provoca en el paciente más frágil, el anciano, una decadencia del estado funcional, pudiendo dar como resultado problemas de salud diferentes al motivo de admisión (1, 2). De un tiempo a esta parte, a estos problemas no relacionados con el diagnóstico al ingreso o al alta (3) y que conllevan un aumento de la morbilidad, prolongación de las estancias y aumento del gasto sanitario se le llama "evento adverso" (EA) (4).

La población anciana, definida en este estudio como pacientes mayores o iguales a 80 años, es considerada la más frágil y predispuesta a sufrir EA debido al acúmulo de factores de riesgo intrínsecos a la edad.

Una intervención protocolizada en pacientes ancianos que ingresan en un hospital de agudos, consistente en detectar los riesgos y el despliegue de medidas preventivas, puede disminuir las consecuencias tradicionalmente percibidas como inherentes a la hospitalización (5, 6). Los autores parten de la premisa de que estas consecuencias pueden y deben ser evitadas.

Para detectar los riesgos se propone la utilización del análisis modal de fallos y efectos, AMFE, por considerar que se trata de una herramienta capaz de mostrar los puntos críticos del proceso de atención enfermera, de qué modo se producen los fallos, cuáles son las causas y priorización de la implantación de acciones de mejora (7).

El presente estudio se ha realizado en Povisa Hospital, centro privado concertado con la Consejería de Sanidad de la Junta de Galicia. Con 450 camas, da cobertura a unos 137.000 pacientes de Vigo y su área metropolitana. Además, se trata de un hospital de referencia en cirugía maxilofacial, Unidad de Quemados y Cirugía de la Mano para el área sur de la Provincia de Pontevedra y Orense. La población hospitalizada anciana representa un 20% del total de ingresos y nuestros programas de prevención de eventos adversos demuestran que acumulan la mayoría de los eventos registrados.

OBJETIVOS

El objetivo principal de este estudio es elaborar un programa específico para la prevención de eventos adversos en el paciente anciano frágil (8), determinando cuáles son sus factores de riesgo, para establecer estrategias de seguridad que minimicen o eliminen esos posibles EA, según la prioridad de riesgo establecida en el AMFE.

Los objetivos específicos consisten en definir el perfil de los pacientes mayores de 80 años analizando los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos para establecer pla-

nes de cuidados adecuados a estos pacientes que ingresan en nuestro hospital; evaluar la calidad de las valoraciones iniciales de enfermería para detectar si están siendo coherentes con el perfil estudiado y determinar si el plan de cuidados está orientado a la gestión de los riesgos del paciente anciano en el hospital mediante las acciones preventivas adecuadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos seleccionado todos los pacientes ingresados en el hospital haciendo tres cortes separados por un mes entre ellos, eligiendo tres días al azar. Todos cumplían el criterio de edad de mayor o igual a 80 años.

Dentro de ellos, hemos diferenciado los siguientes factores intrínsecos: edad, procedencia (rural o urbana, considerando rural como casa de campo), patologías previas (ACV, fractura de cadera, cáncer, insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, neumonía), plurifarmacia (9) considerando ésta como mayor o igual que 5 fármacos (sedantes, diuréticos, antihipertensivos, antibióticos, anti-parkinsonianos, antidepresivos), nivel audiovisual, estado mental, riesgo de padecer una caída según la escala Downton (10), riesgo de padecer úlceras por presión según la escala de Braden (11), riesgo de broncoaspiración (relacionado con disfagia, enfermedades de vía aérea, deterioro cognitivo, enfermedades cerebrovasculares) (12), grado de dependencia para ABVD (basado en las necesidades de Virginia Henderson), grado de incontinencia fecal y urinaria y alteración del sueño.

Como factores extrínsecos hemos tenido en cuenta la estancia hospitalaria (mayor o igual a 7 días), técnicas invasivas a las que han sido sometidos, como sondaje vesical, catéter central, catéter periférico, sondaje nasogástrico, drenaje, si han sido portadores de oxígeno durante su hospitalización, y si se han sometido a pruebas diagnósticas invasivas (analíticas en sangre, gasometrías, etc.).

Las evaluaciones fueron realizadas por enfermeras expertas en el cuidado del paciente anciano y colaboradoras en los programas de calidad del hospital.

El material utilizado consiste en la hoja de valoración de enfermería del hospital al ingreso. Una hoja de registro de elaboración propia en el que recogemos todos los datos mencionados anteriormente, basados en protocolos del hospital, como prevención del riesgo de infección urinaria en pacientes sondados, prevención de eventos adversos relacionados con catéter intravascular, errores de medicación, prevención de caídas, adecuación de la contención mecánica y prevención de úlceras por presión.

El método empleado fue la “inspección *in situ*”, comprobando paciente por paciente la valoración inicial al ingreso, la reevaluación de los cuidados durante los días de estancia y las medidas desplegadas según sus necesidades en el momento de la revisión.

Nos hemos basado en el análisis modal de fallos y efectos, herramienta muy útil para priorizar los problemas potenciales de estos pacientes según sus factores de riesgo. Los procesos más comunes en la práctica diaria se definen en la Tabla 1.

RESULTADOS

Hemos valorado un total de 133 pacientes a partir de 80 años ingresados en el hospital.

Descartamos servicios como las unidades de observación de urgencias, de cuidados intensivos, de cuidados intermedios, de quemados u hospitalización a domicilio. El total de la muestra fue de 88 pacientes ya que, además, durante los días de evaluación, a algunos les dieron el alta y otros fueron trasladados a otros centros o fallecieron.

La muestra estudiada presenta una distribución por sexos de 61,4% de mujeres frente a 38,6% de hombres. La frecuencia por edades y sexos se muestra en la Fig. 1. Con todos estos resultados hemos tomado un perfil de muestra en base a los factores de riesgo.

En el 45% de los casos, la estancia era mayor de 7 días, la media de edad está entre 80 y 85 años, un 60% son mujeres, el 50% procede de medio urbano y el otro 50% de medio rural, el 80% de los casos padecía más de 3 enfermedades siendo éstas: insuficiencia cardíaca (28%), cáncer (27%), ACVA (17%), fractura de cadera (15%), neumonía (14%) y enfermedad coronaria (12%).

El 82% tomaba más de 5 fármacos. Entre ellos, por orden de frecuencia: el 64% tomaba antibióticos, el 63% tranquilizantes/sedantes, el 55% diuréticos, el 53% hipotensores, el 27% antiarrítmicos y el 25% antidepresivos.

Más de la mitad padecía algún tipo de incontinencia, el 64% urinaria, de los cuales un 40% era portador de sondaje vesical, y el 52% tenía incontinencia fecal.

Un dato que nos llamó mucho la atención fue que un 80% es dependiente para las necesidades básicas de la vida diaria; de ellos el 53% está encamado y el 51% necesita ayuda para comer, vestirse... De todos éstos, sólo el 30% estaba acompañado por su familia.

Una vez detectados todos estos riesgos mediante el análisis modal de fallos y efectos, hemos establecido un plan de acciones de mejora incidiendo en los factores con más

índice de riesgo (IPR) que resultaron ser los siguientes (Tabla 1):

1. Errores de medicación relacionados con la plurifarmacia.
2. Riesgo de broncoaspiración relacionado con disfagia, ACV, deterioro cognitivo.
3. Riesgo de caída relacionado con déficit sensorial.
4. Síndrome confusional agudo relacionado con deterioro cognitivo.
5. Riesgo de padecer úlceras por presión (UPP) relacionado con encamamiento, incontinencia urinaria.
6. Deterioro funcional relacionado con el encamamiento.
7. Necesidades no cubiertas relacionadas con las valoraciones al ingreso incompletas o ausentes de dicho formulario de valoración.
8. Riesgo de infección relacionado con sonda vesical, catéter central.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este estudio nos ha ayudado a detectar los factores de riesgo que tienen nuestros pacientes ancianos y, así, permitirnos desplegar todo tipo de medidas para prevenir cualquier evento adverso.

Al examinar las valoraciones, hemos visto que algunas de ellas estaban incompletas, pero las existentes coincidían con nuestra valoración y, efectivamente, la gran mayoría tenía desplegadas las medidas de seguridad.

En nuestro caso, ha sido útil para orientarnos en qué casos funcionan las medidas que tomamos y, sobre todo, en cuáles debemos incidir más.

Detectamos un déficit de detección en el tema del riesgo de broncoaspiración y de padecer síndrome confusional agudo ya que no teníamos una escala definida para detectar este problema; ahora está recogida en la nueva valoración del anciano al ingreso. También hemos considerado la importancia de localizar precozmente a aquellos

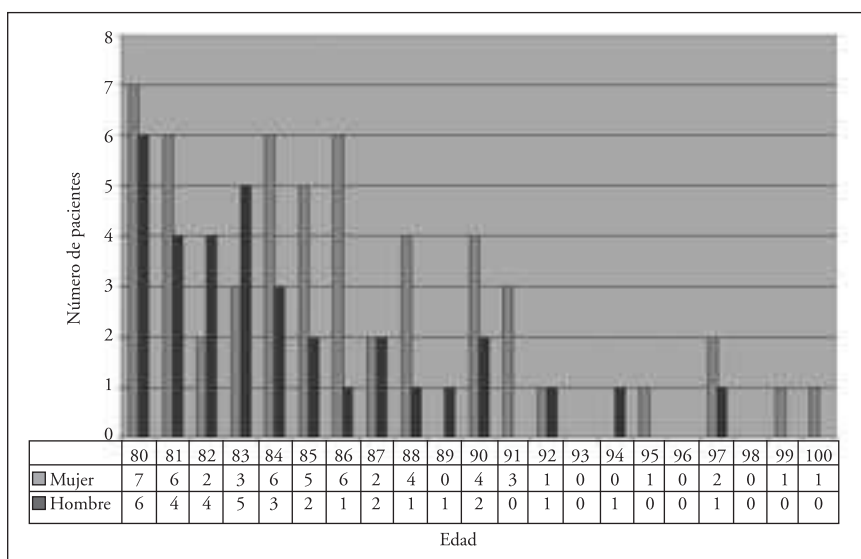


Fig. 1. Distribución por edad y sexo.



Tabla 1. AMFE

Proceso	Posible fallo	Posible causa	Posible efecto	Puntuación		
				Grav.	Frec.	IPR
Preparación y administración de medicación en paciente anciano	Duplicidad de la dosis. Omisión de la dosis. Transcripción incorrecta de la prescripción.	Falta de conciliación entre prescripción y pauta domiciliaria. Interpretación incorrecta entre nombres comerciales.	Efectos indeseables en el paciente. Ausencia de efecto terapéutico.	9	7	567
Prevención de riesgo de broncoaspiración	Detección inadecuada del riesgo.	Ausencia de herramienta/escala. Cambio en el estado del paciente (ACVA, SCA, etc.). Falta de formación. Insuficiente educación sanitaria a familiares.	Broncoaspiración. Posible infección respiratoria.	8	7	504
Cuidado de la piel	Ausencia de movilización en pacientes encamados. No cambios posturales. No movilización precoz.	Valoración inadecuada del deterioro funcional durante su estancia. Desconocimiento del protocolo (subjetividad de la valoración Braden). Sobrecarga asistencial para pacientes dependientes.	Deterioro funcional relacionado con el encamamiento. Aparición de UPP. Presencia de irritaciones o heridas en la piel.	8	7	336
Valoración del estado mental	Ausencia de valoración definida.	Subjetividad de la valoración. Sobrecarga asistencial. Falta de formación.	Desarrollo de síndrome confusional agudo.	9	6	378
Valoraciones al ingreso	Valoraciones incompletas. Valoración incorrecta.	Subjetividad de las valoraciones. Falta de formación. Sobrecarga asistencial.	No se detectan los riesgos y las necesidades del PAF. No se aplican las medidas preventivas.	9	5	270
Prevención de caídas y lesiones	Detección inadecuada del riesgo. Ausencia de medidas desplegadas.	Subjetividad de la valoración. No se valora el déficit sensorial. Falta de formación. Sobrecarga de trabajo. El paciente o familia se opone a alguna medida de prevención. No facilitar gafas o audífonos.	Caidas. Lesiones indeseadas en el paciente	9	8	504
Cuidado de catéteres en PAF	Desconocimiento de protocolos. Ausencia de medidas de prevención de la infección.	Falta de formación. Falta de reevaluaciones periódicas.	Infección urinaria en pacientes con sonda. Bacteriemias en pacientes con catéter central.	6	8	144
				6	5	120

Grav.: gravedad; Frec.: frecuencia; Detec.: detección.

pacientes que tengan algún tipo de situación de desprotección social, activando automáticamente una interconsulta a la trabajadora social.

Esto nos ha llevado a: a) elaborar una nueva hoja de valoración más acorde con las necesidades de estos pacientes, de manera que se centre en sus factores de riesgo, que sea más concreta y que esté directamente relacionada con las medidas que se han de desplegar para cada cuidado; b) elaborar un nuevo protocolo que contenga los criterios con estándares de cumplimentación, que va unido a un sistema de monitorización y nos orienta a desarrollar acciones de mejora; c) desarrollar un programa de formación específico en forma de talleres formativos mensuales.

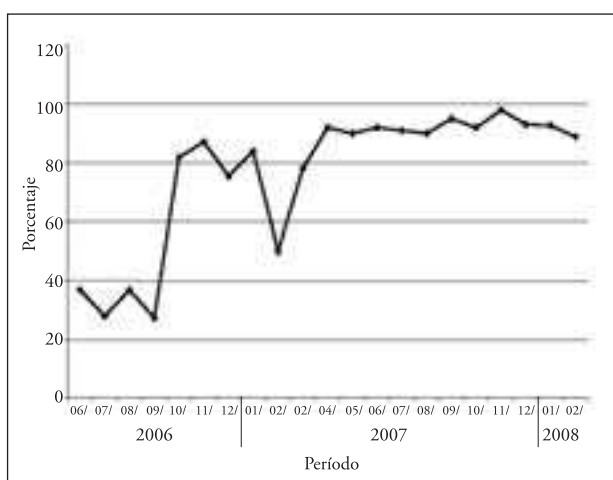


Fig. 2. Adherencia al protocolo de prevención.

Hemos comprobado que en el aspecto de la integridad de la piel, garantizando la adherencia al protocolo de prevención de UPP, obtenemos una disminución de su incidencia respecto a años anteriores (Figs. 2 y 3).

Podemos concluir diciendo que es necesario utilizar herramientas de trabajo como es en este caso el AMFE que nos ayuden a actuar directamente sobre los problemas más prioritarios.

En nuestro hospital nos ha ayudado a mejorar la calidad asistencial de los pacientes ancianos, cubriendo sus necesidades, detectando los problemas potenciales, y desplegando medidas preventivas que eviten el desarrollo de cualquier evento adverso.

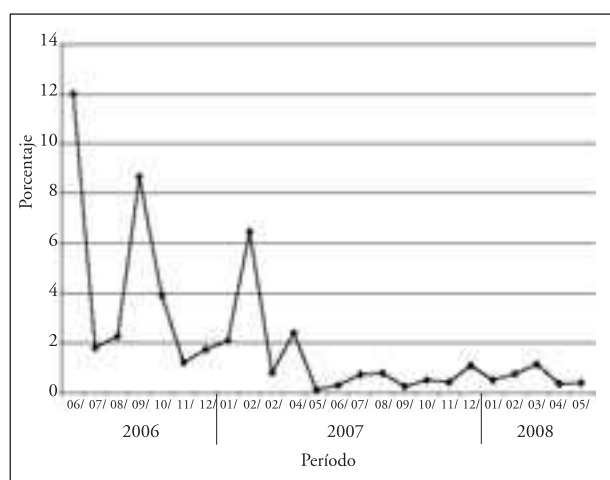


Fig. 3. Incidencia de UPP hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA

- García M, Rodríguez C. Enfermería del anciano. Enfermería 21. DAE 2003.
- Mañas MD, Marchán E, Conde C. Deterioro de la capacidad funcional en pacientes ancianos ingresados en un servicio de Medicina Interna: An Med Interna 2005; 22: 3.
- Gamarra-Samaniego P. Consecuencias de la hospitalización en el anciano. Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna 2001; 14 (2).
- Informe ENEAS MSC 2006
- Informe de la OMS. Consejo Europeo sobre Seguridad del Paciente. Diciembre 2001.
- Canga AD, Narvaiza Solís MJ. Intervención de enfermería para disminuir las complicaciones derivadas de la hospitalización en los ancianos. Gerokomos 2006; 17 (1).
- Ministerio de Trabajo. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo, NTP 679: Análisis modal de fallos y efectos. AMFE 2005.
- Arranz Santamaría LC. Envejecer y enfermedad. El anciano frágil. 24 de febrero de 2004. Disponible en www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/tu_salud/doc/anciano/doc/envejecer.htm.
- Shepler SA, Grogan TA, Steinmetz Pater K. Proteja a su paciente anciano de problemas con la medicación. Nursing 2001; 25: 10.
- Downton JH. Falls in the Elderly. London, UK: Edward Arnold 1993: 64-80, 128-30.
- Bernal M, Curcio CL, Gómez JF, Chacón JA, Botero AM. Validez y fiabilidad de la escala de Braden para predecir riesgo de úlceras por presión en ancianos. Rev Esp Geriatr Gerontol 2001; 36 (5): 281-6.
- Betancor E, Serrano P, Esperanza A, Miralles R, Cervera AM^a. Disfagia en el paciente anciano. Rev Mult Gerontol 2006; 16 (1): 37-41.
- Pinedo LV. Valoración geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional. Diagnóstico 2004; 43 (2).
- Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. To Err is Human: Building a Safer Health Care System. National Academy Press, Washington DC, 2000.
- Taller de expertos MSC 2005.
- Barroso Romero Z, Torres Esperón JM. Fuentes teóricas de la enfermería profesional: su influencia en la atención al hombre como ser biosociedad. Rev Cubana Salud Pública 2001; 27 (1): 11-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000100002&lng=es&nrm=iso [citado Mayo 2008; 30]