



MEMORIA Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

Abordaje de la Cronicidad. Abordaje del dolor crónico

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

Implantación de un listado de verificación para técnicas intervencionistas en el Hospital de Día de la Unidad del Dolor para aumentar la seguridad del paciente.

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **CCAA:** Madrid
- **Nombre de la entidad:** Hospital Universitario de la Princesa
- **Domicilio social (incluido Código Postal):** C/ Diego de León 62 28002 Madrid
- **Persona titular de la Dirección o Gerencia de la entidad responsable.**
 - Nombre y apellidos: Dr. Fidel Illana Robles
 - E-mail: gencia.hlpr@salud.madrid.org
 - Teléfonos: 915202200
- **Datos de contacto de la persona técnica responsable de la candidatura¹:**
 - Nombre y apellidos: Noelia Sánchez Martínez
 - E-mail: noe.sm@live.com
 - Teléfonos: 915202343

4. DATOS DEL RESTO DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA CANDIDATURA

Nombre y apellidos	E-mail	Teléfono	Puesto de trabajo	Entidad
Concepción Pérez Hernández	cphernandez@salud.madrid.org	915202375	Jefe UDOC	Hospital Universitario de la Princesa
Manuel José Muñoz	manueljosemunozmartinez@gmail.com		Staff UDOC	Hospital Universitario de la Princesa

¹ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia presentada como candidatura a BBPP en caso de ser necesario.



Matilde Aramendía	matilde.aramendia@salud.madrid.org		Supervisora Consultas y Hospital Día UDOC	Hospital Universitario de la Princesa
María Jesús Barraón	mariajesus.barraon@salud.madrid.org		Supervisora de área	Hospital Universitario de la Princesa
Mercedes Vinuesa	mvinuesa@salud.madrid.org		Coordinadora de calidad	Hospital Universitario de la Princesa

5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

	Estatal
	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
X	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

6. PERÍODO DE DESARROLLO

- **Fecha de inicio:** 2014
- **Actualmente en activo:** Si
- **Prevista su finalización:** está implantado

7. LÍNEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación) ²	LINEA 3 del Documento Marco para la mejora del Abordaje del Dolor en el SNS: Tratamiento del dolor Objetivo específico 3.1: Promover una atención sanitaria segura para el paciente
----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

8. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

En España, los datos del Estudio ENEAS muestran que el 9,3% de los pacientes hospitalizados en el SNS sufren EA relacionados con la atención sanitaria, de los cuales casi el 50% podría ser prevenible aplicando prácticas seguras de efectividad demostrada(1).

Los errores asistenciales tienen consecuencias graves para el paciente y su familia, generan un coste asistencial y económico muy elevado, erosionan la confianza del paciente en el sistema, y dañan a las instituciones y al profesional sanitario. Por ello, la seguridad del paciente, entendida como la minimización del riesgo de producir daño innecesario al paciente asociado a la atención sanitaria, constituye hoy en día una prioridad para todas las principales organizaciones de salud.

En España, el MSPSI, en su responsabilidad de mejorar la calidad del sistema sanitario en su conjunto como marca la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del SNS, ha considerado que la seguridad del paciente es un componente clave de la calidad y la ha situado en el centro de las políticas sanitarias. Así se refleja en la estrategia número ocho del Plan de Calidad del SNS(2).

La existencia de una cultura de seguridad en el centro se considera un paso decisivo para lograr la mejora de la seguridad del paciente y constituye la primera practica segura recomendada(3). Esta cultura de seguridad afecta a todo el hospital como institución y por tanto los procesos y los procedimientos de trabajo, como los profesionales, y, tiene un papel determinante en la

² Se refiere a las líneas de actuación de la Estrategia a la que se presenta esta experiencia como candidata a Buena Práctica: dichas líneas son las que figuran en las páginas 10-12 de la Guía de Ayuda para la Cumplimentación de la Memoria.



seguridad del paciente. Se trata de una "cultura abierta" a la notificación de los errores, no punitiva y al análisis y mejoras a partir de dichos incidentes (cultura de aprendizaje).

En Las Unidades de Dolor (UDOC) los principales efectos adversos y errores han sido registrados e informados principalmente relacionados con el manejo intervencionista del dolor. Se debe fomentar la creación y mantenimiento de una cultura de seguridad en las UDOC.

Entre las acciones preventivas propuestas para disminuir el riesgo está el Listado de comprobación o checklist, que es una técnica eficaz para evitar los errores humanos desarrollada a partir de los modelos de seguridad de los aviones y avalado por la OMS desde 2004 con la inclusión de los mismos dentro del programa "World Alliance for Patient Safety".

Estos listados de verificación implantados inicialmente en el entorno de la cirugía se utilizan asimismo en las técnicas de anestesia regional, que también son susceptibles de errores comunes a la cirugía. Por ejemplo: la realización en el lado erróneo, errores en la administración de medicación (dosis o alergia), en la preparación del paciente, complicaciones o eventos que puedan aparecer en torno a estas técnicas (toxicidad sistémica y depresión respiratoria en casos en los que se requiera sedación del paciente, desarrollo de hematomas en pacientes anticoagulados o antiagregados con potencial de complicaciones graves como paraplejia o tetraplejia si el bloqueo es neuroaxial(4).

Por otro lado, estas las técnicas intervencionistas empleadas en las Unidades del dolor, comparten también la mayoría de los riesgos de la anestesia regional. Por ello, al igual que cualquier procedimiento invasivo, se beneficiaría de los controles utilizados en estos procedimientos, como es la lista de verificación; herramienta que ha demostrado en otros contextos similares ser indispensable para reducir la variabilidad y el error

9. OBJETIVOS

Nuestro planteamiento fue: 1/ recordar que la seguridad es una línea estratégica del hospital, 2/ promover un enfoque sistematizado de la seguridad en los procedimientos guiados por ecografía realizados en el Hospital de Día de la UDOC y 3/ definir un conjunto básico de requisitos de seguridad que puedan aplicarse en todas las técnicas intervencionistas no quirúrgicas realizadas fuera del quirófano.

Por tanto, nuestro objetivo principal era: *Mejorar la seguridad de las técnicas intervencionistas de dolor,*

Para ello, se plantea una herramienta, conocida en el centro, pero nueva en esta área, que consistía en un listado de verificación incluido dentro del registro de enfermería para los procedimientos intervencionistas realizados en el Hospital de Día de la UDOC. La



cumplimentación de este checklist permitirá disminuir la incidencia de complicaciones ligadas al error humano y mejorará la seguridad de la técnica y la satisfacción del paciente.

Los objetivos secundarios a la implantación del listado:

- 1.- Que no añada riesgos adicionales.
- 3.- Que no incremente el tiempo del procedimiento de manera significativa
- 4.- Que no tenga un coste añadido su implantación
- 5.- Que sea aplicable a toda nuestra población diana (todos los pacientes que van a ser sometidos a una técnica intervencionista en el Hospital de Día de la UDOC)

10. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

La población diana son los pacientes que van a ser sometidos a un proceso intervencionista en el Hospital de Día de la Unidad del Dolor del Hospital de la Princesa

11. METODOLOGÍA

1.- Análisis de la situación:

Durante esta primera fase se utilizaron datos provenientes de fuentes internas y externas. Como fuentes internas se utilizó el registro propio de la UDOC referente a las complicaciones asociadas a las técnicas intervencionistas guiadas con escopia. Como fuentes externas se realizó una búsqueda bibliográfica en PUBMED utilizando las siguientes palabras clave: "Central neuraxial block"; "complications"; "nerve damage"; "peripheral nerve block"; "regional anaesthesia"; "interventional pain", se realizó una selección de los artículos más relevantes de los últimos 5 años (5-9).

En la UDOC de nuestro Hospital se realizan 3 tipos de intervenciones:

- Procedimientos realizados en sala quirúrgica con empleo de radioscopia: planificados mediante una lista de espera quirúrgica, que pasan por un control establecido de verificación implantado para procedimientos de cirugía menor y otros procedimientos intervencionistas en quirófano.
- Procedimientos realizados en el hospital de día en el momento de la consulta. Estas técnicas son realizadas en el mismo momento, en su realización es más difícil tener errores de identificación, dosificación incorrecta, mala preparación, etc, ya que el paciente acaba de ser visto en la consulta del facultativo que va a realizar el procedimiento.
- Procedimientos ecoguiados realizados en turno de tarde (implantadas hace 3 años con una media de 270 pacientes/año). Estas técnicas se realizan en las salas de bloqueo del hospital de día de la UDOC, al igual que los procedimientos quirúrgicos son programadas y



realizadas un tiempo después, por este motivo estas técnicas se prestan a tener errores potenciales de seguridad, los motivos de este riesgo son: ausencia de un checklist de comprobación, ser realizadas por el facultativo de la Unidad asignado que puede ser distinto del facultativo prescriptor de la técnica y ser implementadas en un tiempo alejado de la prescripción. Estas técnicas a priori, tienen las mismas características y mismos riesgos que otros procedimientos intervencionistas realizados en quirófano, sin embargo, no existe un checklist adaptado a este grupo de pacientes.

Debido a la reciente implantación de la ecografía para la realización de estas técnicas, es el desconocimiento del tipo de complicaciones y su incidencia en dichos procedimientos, sin embargo, sí que existe un registro de las complicaciones de estos procedimientos mediante escopia. Las complicaciones podrían clasificarse en dos grupos: las que son inherentes a la técnica y a la experiencia (explicitados en el consentimiento informado de cada técnica en particular) y las complicaciones debidas a la organización, el error humano, etc. estas últimas son las que en gran parte pueden ser evitadas con un adecuado checklist. Entre ellos destacan en nuestra experiencia (datos internos de registro de quirófanos y del registro informático del Hospital): los que tienen relación con la medicación, que ascienden a un 32,8% de todos los errores registrados en el Hospital. Habitualmente, en el área quirúrgica las causas más habituales son: errores de preparación del paciente habitualmente por pacientes que no han retirado la antiagregación o anticoagulación (1,5%), los errores por sobredosificación al no tener en cuenta su patología basal, errores en el lado de la intervención (0.3%), complicaciones precoces o tardías de la técnica (1%), De ellas en tan sólo 3 ocasiones (desde 1999) hemos tenido complicaciones graves, ninguna con resultado fatal., y complicaciones que han precisado ingreso o han prolongado la estancia en la CMA (0,4%) Tomando como base la descripción de estas complicaciones en procedimientos guiados con escopia se ha elaborado un checklist adaptado a la ecografía, que podría mejorar la seguridad del paciente y con ello la calidad percibida.

Por otro lado, se sabe que la implantación de un listado de verificación no conlleva el incremento de plantilla, ni un coste económico asociado, siendo en cambio ampliamente dependiente de la implicación del personal en la cultura de seguridad debe ser realizado por un equipo multidisciplinar que incluya a todos los implicados y liderado por uno de ellos. Además, es fundamental la formación de los implicados y también la formación del grupo y de hecho todo el grupo ha recibido formación acreditada en seguridad del paciente (Cursos de 2014 y 2015: "LA SEGURIDAD ASISTENCIAL DIMENSIÓN ESENCIAL DEL CUIDADO. EDICION 03 y 04")

Proceso: Técnica Ambulante ecoguiada de la Unidad del Dolor (UDOC)

No se recoge toda la información relevante en el parte

ORDEN PARA
REALIZAR LA
TÉCNICA

UDOC



3

Error de disponibilidad de HDD

- No identificación
- Error en la identificación del paciente
- No verificar la preparación del paciente

- **No verificar la preparación del paciente**
- Mala preparación
- No identificación
- Error identificación
- Material no adecuado
- Paciente no corresponde a parte

Error en técnica, medicación
Complicaciones inmediatas

- Error ajuste de tratamiento
- Error en la espera del alta

PARTE PARA REALIZAR LA TÉCNICA

INGRESO AMBULATORIO

RECEPCIÓN DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL DE DÍA

REALIZACIÓN TÉCNICA + RECUPERACIÓN

ALTA

UDOC DIRECCION MÉDICA

ENFERMERÍA UDOC

UDOC

ENFERMERÍA

UDOC

Se analiza a continuación, la segunda fase del proceso que hemos elegido, los posibles errores señalados, sus posibles causas y efectos.

Plantilla de priorización

Número	Posibles Errores /Se han analizado en otra tabla las causas y efectos	Aparicion (1 a 10) (1=baja, 10=alta)	Gravedad (1 a 10) (1=baja)	Capacidad de deteccion (1 a 10) (1=alta)	Priorización
1	No verificar preparación del paciente	1	9	9	81
2	Mala preparación				0

³ Para solucionar este posible error, se ha diseñado una hoja de recogida de información clave para elaborar el parte de Técnicas ecoguiadas de la UDOC: Hoja de Indicación de la Técnica



3	No identificación	1	5	5	25
4	Error en identificación				0
5	Material no adecuado	1	2	1	2
6	Paciente no corresponde al parte	1	2	3	6
7	Error dosis de medicación	4	7	9	90
8	Error localización	3	9	9	95

A la vista del análisis, junto con la experiencia de los profesionales del centro en otras herramientas similares, se plantea realizar un listado de verificación para estas técnicas

2.- Periodo de Brainstorming:

Durante esta fase el grupo de trabajo se apoyó en distintas fuentes documentales. Tomando como marco los documentos publicados sobre la estrategia de seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud(10), el apoyo documental se completó con fuentes externas obtenidas mediante búsqueda en PUBMED de publicaciones científicas con las siguientes palabras clave: "Patient safety"; "regional anesthesia"; "interventional pain"; "checklist", de entre las publicaciones obtenidas se seleccionaron especialmente aquellas que hacían referencia recomendaciones de implementación por parte de distintas sociedades científicas o instituciones(11-17)

Esta fase consistió en la respuesta por parte del grupo de trabajo a las distintas preguntas: ¿Es pertinente la creación de un checklist asociado al registro de enfermería para el Hospital de Día de la UDOC?, ¿Existe algún modelo previo?, ¿Que nos aportarían las experiencias en otros checklist?

Las respuestas a estas preguntas se han basado en tres hechos:

1. Los listados de verificación "son una serie de ítems que buscan identificar, planificar, comparar y verificar un conjunto de elementos, que permita, de manera oral o escrita, suplir las limitaciones de la memoria a corto plazo humana" (13). El objetivo es una herramienta que permita mejorar la seguridad del paciente dentro de la práctica clínica habitual. Esto implica la coordinación de todo el equipo de trabajo en los controles de seguridad en fases específicas, para minimizar los riesgos inherentes a situaciones consideradas de riesgo, como actos quirúrgicos o procedimientos invasivos. Tiene tres partes: A la llegada del paciente, antes de realizar el procedimiento, durante la preparación del proceso (minuto cero) y al cierre del proceso. Los listados de verificación precisan la adaptación a distintas variables, entre las que destacan: adaptación a procedimiento realizado, al lugar físico en que se realiza, aceptación de la dirección del hospital e implicación del personal que va a llevarlo a cabo.



2. Las Unidades de Dolor realizan técnicas intervencionistas, cada vez de mayor complejidad, que deben estar regidas por los estándares de calidad y seguridad reconocidos, como son los publicados por el Ministerio de Sanidad en 2011 (3) En estos estándares ya se habla de los errores y complicaciones evitables más frecuentes en UDOC, y se recomienda valorar la introducción de un listado de seguridad o checklist.

3. En los últimos años el desarrollo de las técnicas intervencionistas para el tratamiento del dolor ha experimentado un gran crecimiento. Actualmente muchas no precisan de escopia y pueden ser realizadas con control ecográfico, con lo que abre la posibilidad de realización en el hospital de día. Sin embargo, los riesgos potenciales son similares a las técnicas realizadas con escopia(18-22).

Con estas premisas, evaluamos la pertinencia y la necesidad de crear un checklist específico y realizamos una búsqueda, sin encontrar un modelo que se ciñese a las necesidades específicas; sin embargo, sirvieron de referencia los estándares publicados tras la reunión de ASRA 2013(14) y las referencias en seguridad publicadas en los estándares de calidad de las UDOC publicados por el Ministerio de Sanidad en 2011 a las que nos hemos referido anteriormente.

3.- Creación del checklist y periodo de pilotaje.

Se realizó un grupo de trabajo entre la enfermería implicada, los responsables de la implantación de modelos de checklist y seguridad del hospital y los facultativos implicados en la realización de técnicas ecoguiadas. Se circularon telemáticamente las propuestas iniciales y la bibliografía relevante, posteriormente se hicieron varias reuniones presenciales y se circularon documentos trabajados (con varias versiones) y se realizó posteriormente una reunión de consenso.

Se aprobó una lista de verificación en el que se incluyeron ítems ya descritos en otros listados de verificación (identificación del paciente, la existencia de alergias, el consentimiento informado, antiagregación/anticoagulación, localización), junto con ítems específicos para técnicas intervencionistas en dolor, como aquellos que permiten identificar que pacientes requieren necesidades específicas de monitorización y ajustes en la medicación a emplear durante la técnica, como por ejemplo la presencia de HTA y Diabetes.

Se propuso en la planificación, un periodo de pilotaje previo a la implantación, para comprobar la factibilidad y la validación de los ítems recogidos. El periodo de pilotaje se realizó durante 6 meses en 2014. Los cambios más significativos tras el mismo fueron: La inclusión de ítems referentes limitación en la movilidad del paciente que podría necesitar de cuidados especiales o movilizaciones específicas para prevenir malas posturas o daños en el traslado, inclusión en el checklist de salida del informe específico sobre la técnica y la notificación de cualquier incidencia



producida durante el procedimiento. En el checklist de salida la enfermera verifica que el paciente recibe el informe y que entiende las prescripciones e indicaciones realizadas.

4.- Validación del listado de verificación: Se valoró este listado de verificación en la Comisión de Dolor del hospital y en la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios, con aceptación de sugerencias.

5.- Periodo de implantación versión actual: desde 2015

6.- Indicadores de eficiencia y calidad: La propuesta se realizó teniendo en cuenta en primer lugar: a/ la factibilidad de la realización del listado y posteriormente su efectividad e impacto en la seguridad del paciente b/ en segundo lugar que fuera breve, automatizable y nos proporcionara la información necesaria para la detección de errores y eventos relevantes. Estos criterios se consensuaron en el grupo de trabajo y posteriormente por toda la Unidad del Dolor.

Indicadores para el LISTADO DE VERIFICACIÓN EN LAS TECNICAS ECOGUIADAS DE LA UNIDAD DEL DOLOR				
Responsable: la Unidad de Enfermería				
NOMBRE	DESCRIPCIÓN	FORMULA	META	PERIODICIDAD DE MEDICIÓN
Tiempo de profesional	Tiempo preciso para la cumplimentación correcta del total del listado	Tiempo total en minutos	Monitorizar (media y rango)	pilotaje
Cumplimentación correcta del listado	%listados corectamente cumplimentados del total de pacientes sometidos a la tecnica	n° pac con listado cumplimentado correctamente $\times 100/n^{\circ}$ pac totales	>90% en el primer año	permanente
Cumplimentación de la monitorización de la HTA	% pacientes con HTA y monitorización correcta (Si en caso de necesitar y no en caso de no necesitar)	n° pac con HTA y monitorización correcta $\times 100/n^{\circ}$ pac HTA	> 90%	33% de las jornadas de técnicas, más los listados no correctamente cumplimentados
Cumplimentación del ajuste de diabéticos	% pacientes con DM y ajuste correcto	n° pac con DM y ajuste correcto $\times 100/n^{\circ}$ pac con DM	>90%	33% de las jornadas de técnicas, más los listados no correctamente cumplimentados
Cumplimentación del ajuste de anticoagulados/ antiagregados	% pacientes anticoagulados/ antiagregados y ajuste correcto	n° pac anticoagulados/ antiagregados y ajuste correcto $\times 100/n^{\circ}$ pac anticoagulados/ antiagregados	>90%	33% de las jornadas de técnicas, más los listados no correctamente cumplimentados
Análisis cualitativo de los problemas con material y equipos	Monitorización de todas las causas y sobretodo: falta de preparación o no disponibilidad y tipo de material y equipo		Detectar los eventos centinela	Análisis de todos listados con item cumplimentado



12. EVALUACIÓN

INDICADORES.

Los indicadores seleccionados bajo los criterios mencionados en el apartado anterior son:

- Tiempo empleado en cumplimentación: el checklist es una herramienta de indudable valor en seguridad, pero debe ser de realización rápida y que pueda ser realizada por el personal de enfermería sin suponer un incremento significativo de la carga de trabajo ni tampoco un incremento en la necesidad de personal
 - % de cumplimentación correcta del checklist: el objetivo es que todos los pacientes tengan correctamente cumplimentado el checklist antes de la técnica para detectar y prevenir cualquier incidencia e intentar llegar a un error humano que tienda a cero.
 - % de pacientes con HTA a los que se ha monitorizado correctamente la TA. Esta variable es valorada por la necesidad de ajuste de medicación a administrar en la realización de la técnica, así como para prevenir efectos secundarios por hiper o hipotensión con el tratamiento adecuado. Se incluirá como correcto si se monitoriza siendo preciso y no se monitoriza si no fuera preciso.
 - % de pacientes con diabetes a los que permite ajustar la medicación empleada en la técnica intervencionista. La mayor parte de las técnicas realizadas llevan asociado un corticoide a la terminación de la misma. Conocer la existencia de DM permite ajustar la medicación y poner un aviso para el MAP sobre la posibilidad de precisar ajustes en las glucemias los días posteriores.
 - % de pacientes anticoagulados/antiagregados a los que se ha valorado previo a la técnica. En nuestra experiencia la suspensión de pacientes por error en el ajuste de la anticoagulación/antiagregación llega al 1,5% en quirófano. Además la no suspensión puede acarrear complicaciones muy graves, especialmente en el las técnicas realizadas en el neuroeje con la posibilidad de déficit neurológico severo y permanente(8) Para evitar la aparición de estas complicaciones es importante valorar adecuadamente en la indicación de la técnica como realizar el ajuste de medicación necesario(23) (se adjunta Hoja de indicación de Técnica ecoguiada, que supone un primer escalón de seguridad y sirve como barrera para afrontar un error en este punto). Por ello, la lista de verificación realizada justo antes de la técnica, cobra especial relevancia.
- A continuación se presenta la tabla de indicadores priorizados para evaluar el listado de verificación, con las fuentes de datos.



Indicadores del LISTADO DE VERIFICACIÓN EN LAS TÉCNICAS ECOGUIADAS DE LA UNIDAD DEL DOLOR

Responsable: la Unidad de Enfermería

NOMBRE	DESCRIPCIÓN	FUENTES DE OBTENCIÓN DE DATOS	METODO
Tiempo de profesional	Tiempo preciso para la cumplimentación correcta del total del listado	Medición ad hoc de los profesionales	Cronómetro
Cumplimentación correcta del listado	%listados corectamente cumplimentados del total de pacientes sometidos a la tecnica	Automatizada	Automatización en el Sistema de información
Cumplimentación de la monitorización de la HTA	% pacientes con HTA y monitorización correcta (Si en caso de necesitar y no en caso de no necesitar)	Personal de enfermería de las historias clínicas	Revisión de las HC por enfermería
Cumplimentación del ajuste de diabéticos	% pacientes con DM y ajuste correcto	Personal de enfermería de las historias clínicas	Revisión de las HC por enfermería
Cumplimentación del ajuste de anticoagulados/ antiagregados	% pacientes anticoagulados/ antiagregados y ajuste correcto	Personal de enfermería de las historias clínicas	Revisión de las HC por enfermería
Análisis cualitativo de los problemas con material y equipos	Monitorización de todas las causas y sobretodo: falta de preparación o no disponibilidad y tipo de material y equipo	Personal de enfermería de las historias clínicas	Revisión del listado

RESULTADOS.

Se adjunta el listado de verificación empleado definitivamente tras el periodo de prueba y las aportaciones del Comité de Atención al Dolor y a la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios.

Durante el periodo de 2015 y 2016 se realizaron 429 técnicas intervencionistas eco guiadas en el Hospital de Día de la UDOC. No hubo ningún efecto adverso grave y no se registraron errores. Todos los pacientes se fueron con el informe de alta aportando cuidados y seguimiento, la enfermera verificó al alta que este era plenamente entendido por el mismo.

Se realizaron análisis con cortes periódicos a lo largo de los dos años, analizándose un total de 165 pacientes cuyos resultados fueron:



	TOTAL	MUJERES	HOMBRES
PACIENTES	165	68,54%	31,46%
EDAD	65,5	65,85	64,75
MOVILIDAD			
Autónomo	69,66%	60,66% < 70 a: 93,33% 70-75 a: 51,14% > 75 a: 20,83%	89,29% < 70 a: 82,24% 70-75 a: 100% > 75 a: 88,89%
Ayuda parcial	29,96%	36,07% < 70 a: 6,67% 70-75 a: 42,86% > 75 a: 70,83%	7,14% < 70 a: 5,88% 70-75 a: 0% > 75 a: 11,11%
Ayuda total	3,34%	3,28% < 70 a: 0% 70-75 a: 0% > 75 a: 8,33%	3,57% < 70 a: 5,88% 70-75 a: 0% > 75 a: 0%
ALERGIAS	26,95%	39,34%	10,71%
COMORBILIDADES			
Hipertensión	52,81%	55,74% < 70 a: 16,77% 70-75 a: 100% > 75 a: 91,67%	46,43% < 70 a: 23,53% 70-75 a: 50% > 75 a: 88,89%
Diabetes	21,35%	18,03% < 70 a: 3,33% 70-75 a: 42,86% > 75 a: 29,17%	28,57% < 70 a: 29,41% 70-75 a: 50% > 75 a: 22,22%
ANTIAGREGADO/ ANTICOAGULADO	22,47%	18,03% < 70 a: 6,67% 70-75 a: 43% > 75 a: 25%	32,14% < 70 a: 5,88% 70-75 a: 100% > 75 a: 67,67%

Las mujeres fueron significativamente más numerosas que los hombres, lo cual es lógico, teniendo en cuenta la mayor prevalencia de dolor en las mismas. Del resto de diferencias estadísticamente significativas fueron la mayor prevalencia alergias y dificultades para la movilidad entre las mujeres y la mayor prevalencia de pacientes diabéticos y antiagregados o anticoagulados en los varones.

Respecto a los indicadores de evaluación los resultados fueron los siguientes:

- Tiempo empleado en cumplimentación: El tiempo de relleno del checklist media= 1,1 min variando de 50 seg a 3 minutos (especialmente en pacientes con alteraciones de audición o cognitivas).
- % de relleno de checklist : 100% independientemente de la técnica. En este resultado tiene gran relevancia la implicación de la enfermería responsable de la implementación en el desarrollo del mismo
- % de pacientes con HTA a los que se ha monitorizado correctamente la TA: 80%



Por últimos, los dos indicadores restantes son indirectos, su análisis ha sido posible con la información recogida en el listado de verificación y que son los siguientes:

- % de pacientes con diabetes a los que permite ajustar la medicación empleada en la técnica intervencionista: 100%
- % de pacientes anticoagulados/antiagregados a los que se ha valorado el checklist previo a la técnica: 100%

Todos estos resultados se comunican periódicamente a la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios y al Comité de Atención al Dolor. El mantenimiento de la cultura de seguridad es llevada a cabo por diferentes acciones conjuntas del hospital y también con la realización de una sesión anual sobre seguridad en la Unidad.

Todos los datos son integrados en la Historia clínica del paciente y cumplen los requisitos necesarios para garantizar la protección de datos.

13 CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

El cambio en la cultura de seguridad debe ser aplicado a la práctica clínica, y en concreto en las UDOC se deben impulsar actuaciones que incrementen la seguridad de los pacientes y eviten errores potenciales. Para potenciar este cambio de cultura es necesario el trabajo en equipo y la implicación de todos.

Aunque no es una garantía de resultado o seguridad, las listas de verificación han demostrado mejorar el proceso tanto para los pacientes (aumentan la seguridad), para los profesionales (aumentan la efectividad y agilizan el trabajo) y para el propio centro (aumentan la eficiencia y podrían también disminuir las reclamaciones judiciales y no judiciales) y deben ser incorporados en la práctica clínica diaria del intervencionismo en las UDOC.

Algunas de las propuestas implantadas a raíz de la implantación del listado han sido: 1/ la creación de un tríptico de información previa al procedimiento ecográfico (ya existía otro adaptado a técnicas radioscópicas) y 2/ la creación de un registro en el momento de indicación de la técnica (que es aplicable a todos los procedimientos de intervencionismo) y que probablemente han sido determinantes de que en los dos últimos años no hayamos tenido ninguna complicación evitable.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan Nacional de Calidad. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS) 2006

https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf.

2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan de Calidad 2010.



<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>.

3. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de tratamiento de dolor: estándares y recomendaciones. 2011.

[http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EEERR/Unidad de tratamiento del dolor.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EEERR/Unidad%20de%20tratamiento%20del%20dolor.pdf).

4. Patient Safety Authority. Quarterly Update on Wrong-Site Surgery: Marking for Regional Anesthetic Blocks 2014 [136-40]

http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/201409_136.aspx.

5. Barrington MJ, Snyder GL. Neurologic complications of regional anesthesia. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2011;24(5):554-60.

6. Greensmith JE, Murray WB. Complications of regional anesthesia. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2006;19(5):531-7.

7. Horlocker TT. Complications of regional anesthesia and acute pain management. *Anesthesiol Clin*. 2011;29(2):257-78.

8. Neal JM, Bernard CM, Hadzic A, Hebl JR, Hogan QH, Horlocker TT, et al. ASRA Practice Advisory on Neurologic Complications in Regional Anesthesia and Pain Medicine. *Regional anesthesia and pain medicine*. 2008;33(5):404-15.

9. Ornek D, Erdogan G, Horasanli E, Cerit N, Kalayci D, Dikmen B. Complications related to regional anesthesia. *Saudi Med J*. 2009;30(12):1607-9.

<https://www.seguriddelpaciente.es/es/informacion/publicaciones/2015/estrategia-seguridad-del-paciente-2015-2020/>.

12. Karpati PC. Challenges, innovations, patient safety and quality: the past, present and future of regional anesthesia. *Minerva anesthesiologica*. 2013;79(11):1215-6.

13. Martín-Arroyo T, Manuel J, Martín C, Isabel A, Torres LM, Calderon E. Adaptación de un "Listado de Verificación" para la realización de procedimientos en las Unidades del Dolor. *Rev Soc Esp Dolor* 2015;22:275-80.

14. Mulroy MF, Weller RS, Liguori GA. A checklist for performing regional nerve blocks. *Regional anesthesia and pain medicine*. 2014;39(3):195-9.

15. O'Neill T, Cherreau P, Bouaziz H. Patient safety in regional anesthesia: preventing wrong-site peripheral nerve block. *J Clin Anesth*. 2010;22(1):74-7.

16. safety. WWAfP. WHO Guidelines for Safe Surgery 2009 [Available from: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/9789241598552/en/].



17. Steelman VM, Graling PR. Top 10 patient safety issues: what more can we do? AORN J. 2013;97(6):679-98, quiz 99-701.
18. Narouze SN. Ultrasound-guided interventional procedures in pain management: Evidence-based medicine. Regional anesthesia and pain medicine. 2010;35(2 Suppl):S55-8.
19. Neal JM. Ultrasound-guided regional anesthesia and patient safety: An evidence-based analysis. Regional anesthesia and pain medicine. 2010;35(2 Suppl):S59-67.
20. Neal JM, Brull R, Chan VW, Grant SA, Horn JL, Liu SS, et al. The ASRA evidence-based medicine assessment of ultrasound-guided regional anesthesia and pain medicine: Executive summary. Regional anesthesia and pain medicine. 2010;35(2 Suppl):S1-9.
21. Peng PW, Narouze S. Ultrasound-guided interventional procedures in pain medicine: a review of anatomy, sonoanatomy, and procedures: part I: nonaxial structures. Regional anesthesia and pain medicine. 2009;34(5):458-74.
22. Sites BD, Chan VW, Neal JM, Weller R, Grau T, Koscielniak-Nielsen ZJ, et al. The American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine and the European Society Of Regional Anaesthesia and Pain Therapy Joint Committee recommendations for education and training in ultrasound-guided regional anesthesia. Regional anesthesia and pain medicine. 2009;34(1):40-6.
23. Horlocker TT, Wedel DJ, Rowlingson JC, Enneking FK, Kopp SL, Benzon HT, et al. Regional anesthesia in the patient receiving antithrombotic or thrombolytic therapy: American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine Evidence-Based Guidelines (Third Edition). Regional anesthesia and pain medicine. 2010;35(1):64-101.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados a ficheros necesarios para la gestión de esta convocatoria, así como al buscador o plataforma de difusión de las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional y personal para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimente en su momento el buscador o plataforma de difusión del Catálogo de BBPP del SNS a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.