

**LA RESPONSABILIDAD DE
ENFERMERIA COMO FUENTE DE
SEGURIDAD Y CREDIBILIDAD
EN LOS ANÁLISIS CLÍNICOS**

(P1) Uno de los mayores avances (desde el punto de vista de la seguridad del paciente y el laboratorio) que el contexto sanitario ha tenido en los últimos años, ha sido, **(P2)** el pasar de considerar como único el proceso analítico de los laboratorios, y hacerlo como un todo complejo en el que nos implicamos distintos profesionales.

Es de esta forma, como se suman todas las fases del proceso en una sola acción, con un solo fin, el resultado final, como ayuda para prevenir, diagnosticar, tratar, o conocer una situación determinada de una persona a partir de unos datos fisiológicos estudiados. Este cambio ha permitido hablar no solo de fase analítica, sino también de fases pre y post, fases estas que juegan un papel muy importante, sobre todo a la hora de hablar de **cuidados. (P3)**

En este proceso, se ha pasado de hablar de datos, de errores o de seguridad en los laboratorios, a hablar de medicina de laboratorio, a hablar de seguridad de los pacientes. Aquí es conveniente definir algunos conceptos, tales como: **error (P4), seguridad (P5), daño (P6)**. Este contexto global nos lleva a conocer, a entender y a exigir las correcciones necesarias para que la seguridad de los pacientes y del **sistema**, queden salvaguardadas. **(P7)**

La suma de los errores detectados en las **(P8)** fases pre y post-analíticas, superan con creces a la fase analítica. Es precisamente en la fase preanalítica donde se producen el mayor número de errores del proceso, por tanto, es necesario que desde todos los puntos posibles y que todos los profesionales implicados, aunemos nuestros esfuerzos con el fin de minimizar lo más posible estos hechos.

Existen multitud de estudios que ponen de manifiesto lo expuesto, y que certifican, que esta fase es la más problemática, siendo precisamente en esta donde la enfermería realiza principalmente su labor. **(P9)** Podemos decir (según los estudios consultados), que hasta el 90 % de estos errores se producen casi en su totalidad en actos de enfermería, o bien que pasan por nuestras manos sin detectarlos, es por tanto comprensible establecer que es este terreno el campo de mayores mejoras en términos de seguridad. **(P10)** Mejoras que la enfermería debemos y tenemos que hacer: **(P11)** principalmente por los pacientes y siempre en un segundo lugar por nosotros mismos, de lo contrario caeríamos **(P12)** primero en una dejación de funciones y después en una pérdida de funcionalidad estamental.

(P13) Al hablar de medicina de laboratorio, hablamos de un Trabajo que deja de ser un ente arrinconado, para pasar a ser un proceso clínico de

colaboración entre todos los profesionales **(P14)** que cuidan, curan o atienden a los pacientes en todas y cada una de sus vertientes. Hablamos de una interrelación de todos los Servicios, donde la Enfermería del Laboratorio desarrolla una función importantísima. Realiza una función de primera línea, con un contacto continuo con los pacientes que en la mayoría de los casos es único en la relación inter-Servicios. Somos el escaparate de un Proceso a través de unas prestaciones de cuidados. **Nanda**

No solo nos centramos en los cuidados indirectos, en un porcentaje o en una determinada acción, nos referimos a todos los cuidados que de forma directa o indirectamente los pacientes tienen que recibir con las mayores garantías de seguridad. **(P15)**

Es necesario diferenciar edades, sexos, tipos de asistencias, condiciones y características de los procesos, así como aportar la personalización, especialización y cualificación adecuada.

Es necesario aumentar la **seguridad** adoptando modelos de mejora de la calidad y análisis de riesgos continuos.

*** Es necesario subrayar la importancia que adquieren actos aparentemente triviales o sencillos como son: la buena identificación del paciente, de las muestras o disponer de un sistema de transporte idóneo. No obstante, hay que aclarar que la mayoría de los errores referidos en los estudios consultados hacen referencia principalmente a la calidad de la muestra recibida, a saber: lipémica, hemolizada, incorrecta, coagulada o insuficiente. Estos autores, todos sus estudios los basan en los errores de laboratorio en sus distintas fases, pero siempre desde una asistencia o cuidados indirectos., pero nunca incluyen la seguridad desde los cuidados directos y esto es para nosotros de vital importancia exponerlos aquí, ahora y siempre.

Con el fin de hacer una más fácil comprensión de lo expuesto, creo que es necesario realizar algunas definiciones y/o clasificaciones de los hechos a los que me estoy refiriendo, estos serian así:

(P16) A.- Cuidados directos

Quiero definirlos como.

Todos aquellos cuidados realizados a los pacientes antes de la toma de muestra, en el momento de ella, o después de la misma (fase preanalítica), que pueden o **NO**, afectar directamente al resultado o valor de la magnitud a estudiar y **SÍ** a la integridad física, psicología, social,

económica, o a sus derechos como paciente, **es necesario aplicar la taxonomía NANDA-NOC-NIC.-, a saber:**

(P17) Cuidados de: Información, Asistencia, Tratamiento y Garantes.

a. Cuidados de Información: **(P18)**

- **De los procesos** a estudiar, así como tener conocimiento de la necesidad por la que se le pauta un estudio de determinadas magnitudes
- **Condiciones** en la que debe estar o reunir para obtener los mejores resultados.
- **Problemas** que pueden aparecer como consecuencia de nuestra labor, no solo conocerlos, si no asumirlos, para poderlos corregir.
- **Evolución** del proceso que se esta estudiando, así como la demora del mismo, interferencia entre actos..
- **Elección y planificación del tiempo.** Una vez conocido las circunstancias y los riesgo a la par que los horarios. Decisión personal

b. Cuidados de Asistencia: **(P19)**

- **Seguridad.** Cualificación del personal con el fin de no producir más problemas que los absolutamente necesarios. No aumentar algún otro a los que ya tiene.
- **Privacidad.** Por ley es necesario realizar una asistencia personalizada. Adultos, niños.
- **Cualificación.** Algo que es absolutamente indiscutible, es la cualificación de los profesionales, es decir la especialización.
- **Acondicionamientos.** Exigir unas condiciones dignas según la legislación vigente, ser intransigentes.

c. Cuidados de aplicación o control de tratamientos **(P20)**

- Anteriores
- Expresos para la prueba.
- Posteriores.
- Interferencias.

Somos los profesionales de los cuidados y por tanto debemos ser conocedores de las posibles interferencias en los procesos, así como de la necesidad de adecuar o cambiar posologías, con el fin de realizar la mejor intervención enfermera (NIC).

d. Cuidados que sean Garantes de: **(P21)**

- La legislación vigente y/o exigirla. (9/1996, 15/1999, 41/2002, 55/2003, 16/2003, 246/2005, 29/2006, 1343/2007, 1591/2009, entre otros).

De no existir la legislación necesaria a un problema concreto, es necesario pelear por su instauración.

- **Accesibilidad.**

Garantizar todos los procesos de forma correcta para el paciente y familiares.

- **Responder a las necesidades básicas de los pacientes.**

La enfermería esta obligada a garantizar no solo su asistencia puntual, si no toda asistencia básica que se demande durante el proceso.

- **Respeto:**

- Decisiones.

- Religión.

- Ideologías.

Estamos obligados constitucionalmente.

- **Consentimiento.**

En la actualidad existen pocas actuaciones enfermera que sean necesarias del consentimiento informando, pero es necesario cada vez más estudiar estos procedimientos.

- **Protocolos de actuaciones.**

Ante cualquier proceso o actuación es necesario el estudio del mismo y por tanto tener establecido todos los pasos y posibles contratiempos, esto no es posible si no es con una enfermería cualificada.

(P22) B.- Cuidados indirectos

Los defino como:

Todos aquellos realizados a pacientes y que la acción de enfermería afecta a la seguridad de los mismos, porque **inciden directamente en el resultado** final de las magnitudes estudiadas o a estudiar.

Me estoy refiriendo concretamente a los cuidados necesarios para evitar o minimizar los errores.

Para hacer esto posible, es necesario un estudio pormenorizado de los mismos, a saber: **(P23)**

a. Según la fase donde se produzca. **(P24)**

- **Errores preanalíticos.** Estos son los que nos interesan principalmente.
- **Errores analíticos.** No son motivos de su estudio en este proceso.
- **Errores postanalíticos.** Podemos dejarlo aparcado por ser de menor importancia su número y estar bastante más disminuidos.

- b. Según el lugar o estructura donde se realicen las actuaciones. **(P25)**
- **Laboratorio.** Podemos hablar de las zonas de tomas de muestra vinculadas directamente con los Laboratorios. Forma parte de una acción planificada y/o utilización de un plan incorrecto, que afecta toda la trazabilidad
 - **Externo al laboratorio.** Zonas de encame y ambulatorias.
 - **En ambos.**
- c. Según la responsabilidad del error. **(P26)**
- **Error latente o errores estructurales.** Son errores de estructuras que subyacen y no pueden ser controlados por el operador.
 - **Error cognitivo o por falta de conocimientos.** Producido por decisiones incorrectas debido a una insuficiencia en el conocimiento, incorrecta interpretación de la información, por falta de atención en el acto, o por relajación de la protocolización.
 - **Error no identificable.** Por falta de barreras o de filtros que nos digan o hagan saber de la incidencia producida.
- d. Según la posibilidad de evitarlo. **(P27)**
- **No se puede evitar. Es inevitable.** El gran enigma a derribar, pero que siempre esta presente.
 - **Es previsible su prevención.** Estructura protocolizada, estructura formativa y docente, continua revisión, correcciones y vuelta a empezar.
- e. Según el impacto en el cuidado del paciente. **(P28)**
- **Ninguno o mínimo.** Siempre existe aunque no se aprecie o valore. Nunca el impacto es despreciable y cuanto menos cero.
 - **Retraso en el diagnóstico o tratamiento.** Impacto de diana. Problemas físicos, económicos, sociales, familiares,.....
 - **Incorrecto diagnóstico o tratamiento.** Impacto de diana. Problemas físicos, económicos, sociales, familiares,.....

Todos estos errores nos van a producir una serie de consecuencias, tanto a los pacientes, a los profesionales como al sistema, que tenemos que afrontar y valorar. Podríamos clasificarlas así: **(P29)**

Clasificación de las Consecuencias:

- a. Para el paciente: **(P30)**
- Fatales.
 - Económicas.
 - Psicológicas.
 - Familiares.
 - Sociales.

b. Para el profesional **(P31)**

- Fatales.
- Credibilidad.
- Psicológicas.
- Sociales.

c. Para el sistema: **(P32)**

- Económicas.
- Credibilidad.
- Eficacia.

Como se puede desprender de esta clasificación de cuidados, no me estoy refiriendo a un lugar o proceso determinado, simplemente trato de englobar todas las circunstancias de forma genérica, así como tampoco trato de demandar o denunciar hechos o actividades concretas.

(P33) Lo que si quiero, es exponer lo más clara y escuetamente posible las innumerables acciones en la que la enfermería participa, con un resultado altamente inseguro para los pacientes, e indirectamente para el profesional y para el sistema, y que de ninguna forma esta inseguridad es **(P34)** concebida y asumida de forma gremial, estructural o gerencialmente.

Cuando hablamos de seguridad de los pacientes, en ningún momento nos paramos a pensar, en que forma un acto tan insignificante aparentemente, puede dar lugar a errores que pueden llegar hasta producir la muerte.

De todos los estudios revisados, me he encontrado con que se especifican unos porcentajes de errores preanalíticos muy variables, que van desde un 17%, 68%, 75%, hasta un 84%. Lógicamente dependiendo de las sociedades y de las variantes estudiadas.

(P35) Hay que resaltar que los errores más numerosos de los estudios realizados, no son los más graves, siendo estos últimos los más difíciles de estudiar y/o demostrar, por el contrario, sabemos que están todos los días presentes y que la Enfermería participa en un 99 % de ellos. Me estoy refiriendo concretamente al cambio de identidad.

En unas ocasiones somos los autores del error, en otras solo somos una herramienta del destino, pero en ambos casos, somos responsables.

(P36) NUESTRA EXPERIENCIA

Que hemos hecho hasta ahora:

Desde aquí quiero exponer mi experiencia personal y de un grupo de compañeros.

En nuestros Servicios (Laboratorio y Hematología), parte del personal de enfermería, con apoyo de la Jefatura de Servicio, ha trabajado en pro de identificar, corregir y disminuir los errores, así como minimizar lo más posible la inseguridad que percibimos en cada momento. **(P37)**

Han sido hasta ahora, varios años de intentar comunicar nuestras inquietudes, tanto dentro como fuera del Servicio, Hospital, Colegio Profesional, Sindicatos, y Ciudad.

Bien a través de sugerencias, comunicados, participaciones en juntas asesoras, congresos, recomendaciones, póster, ponencias, conferencias, etc.

Hemos reestructurado el personal de dos Servicios, con el fin de crear una herramienta fundamental. **La Unidad de Comunicación** del Laboratorio General. Acogiéndonos a las indicaciones del Proceso Soporte de los Laboratorios de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Se han realizado y puestos en funcionamiento un buen número de protocolos de actuaciones. **Más de 50 protocolos.**

Hemos propuestos correcciones de los documentos de la solicitud analítica y se han realizado. **(P38)**

Hemos estudiados los errores detectados y le hemos dado el tratamiento correcto. Aunque no siempre conseguimos una solución.

En nuestras memorias de la Unidad de Comunicación de los años 2009 y 2010, se pueden ver parte del trabajo realizado, así como la importancia que tiene el poner de manifiesto la inseguridad existente a través de los errores detectados, que no cometidos, además de apreciar los mecanismos puestos en funcionamiento para intentar corregirlos.

(P39) Los errores que se han detectado con mayor frecuencia han sido los identificados **como muestras no remitidas al Laboratorio.**

En estos casos, como pueden comprender, la comunicación a un profesional, paciente o familiar, es bastante difícil de realizar y aun más de entender.

En segundo lugar, las **muestras no estudiadas por claves mal colocadas.**

En tercer lugar, **muestras sin código de barras**

En cuarto lugar, **muestras escasas.**

En quinto lugar, **muestras coaguladas.**

(P40) A continuación y a mucha distancia le siguen:

- Claves repetidas.
- Malas identificaciones.
- Muestras incorrectas.
- Volantes sin determinaciones.
- Volantes sin demográficos.
- Otros, hasta un total de 76 tipos diferentes.

Determinamos un campo de trabajo consistente en todos los centros o puntos que realizan toma de muestras y dependen de nuestro Laboratorio.

Realizamos un mapa de incidencias, y prevalencias, compuesto por 19 puntos de trabajo, detectando que: **(P41)**

Las procedencias de más incidencias correspondían a centros fuera del Hospital.

El porcentaje de errores por procedencia, fue el siguiente:

Centro 1 Es la procedencia con un mayor porcentaje de incidencias, con un **4 %** de **6.378** solicitudes remitidas, a saber:

Muestras mal identificadas.	108
Volantes o petitorios con clave incorrecta.	48
Volantes no remitidos a este laboratorio.	35

Centro 2 Con un porcentaje de incidencias **2,8 %** de **11.507** solicitudes remitidas, a saber:

Muestras mal identificadas.	145
Volantes o petitorios con clave incorrecta.	45

Centro 3	2.5 %
Centro 4	2,3 %
Centro 5	2.1 %
Centro 6	2.1 %
Centro 7	1.9 %
Centro 8	1.8 %
Centro 9	1.8 %
Centro 10	1.8 %
Centro 11	1.8 %
Centro 12	1.7 %
Centro 13	1.4 %
Centro 14	1.4 %
Centro 15	1 %
Centro 16	1 %
Centro 17	0.8 %
Centro 18	0.1 %
Centro 19 Ext. H.M.I.	0 %

El 0 % no significa la ausencia de errores, pues el índice se ha calculado con un solo decimal.

(P42) Entendemos que la diferencia en el número de incidencias entre los distintos Centros y con la toma de muestra externa del H.M.I. corresponde principalmente a dos hechos concretos:

1º Protocolo de actuación desarrollado.

Donde se le da una gran importancia a las identificaciones de:

Paciente.

Idoneidad de la solicitud.

Identificación Muestras.

Identificación del Profesional.

2º Rotación de personal mínima- CUALIFICACIÓN.

Hasta ahora, todo el trabajo realizado ha sido aunque fructífero, insuficiente, por tanto además de seguir trabajando en pro de minimizar los errores en la fase Preanalítica, **¿o debemos decir de Enfermería?.**

(P44) Para ello, propongo las siguientes medidas:

1. Llevar a cabo cuantas acciones informativas y formativas fuesen necesarias, con el fin de concienciar a los profesionales de enfermería, que la disminución de estos errores (fases preanalítica principalmente) **pasan por asumir profesionalmente como función de enfermería la responsabilidad del error analítico.**
2. Realizar los estudios necesarios para poner de manifiesto la situación actual. A demanda.
3. Hacer entender a los profesionales de enfermería que son participe del proceso del laboratorio y del producto final..
4. Exigir la Especialización, la cualificación necesaria para el desarrollo de las acciones concretas.
5. Evaluar la situación actual, continuamente.
6. Establecer protocolos de actuación común para todos, salvaguardando situaciones específicas.
7. Auditar clínicamente.
8. Adoptar modelos de mejora de la calidad.
9. Establecer indicadores de control de la calidad.
10. Establecer sistemas de transportes que garanticen el envío y recepción de las muestras. Intra y extralaboratorio. Exigir legislación al respecto.
11. Establecer sistemas que garanticen la trazabilidad del proceso.
12. Establecer sistemas que garanticen la identificación de los errores y sus correcciones en todo el proceso.
13. Hacer viable y exigir la legislación vigente.
14. Promover las prácticas avanzadas de Enfermería en este campo.
15. Promocionar la gestión de cuidados.

NANDA-NIC-NOC

BIBLIOGRAFÍA:

Errores relacionados con el laboratorio clínico.
Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular.
S. Ventura P, P. Chueca R., I. Rojo V., J.L. Castaño V.

Gestión en salud pública.
Mario Plebani
Diario Médico .com

Gestión de riesgos en la fase preanalítica de las pruebas de laboratorio.
Lippi G. Clin Chem Lab Med 2007; 45:720-727

Errores pre-analíticos (EPA) en el laboratorio de Guardia del Hospital Internacional Especializado Materno Infantil (HIEMI) de la ciudad de Mar del Plata. Gustavo, Galban, Susana Misino, Mariela Van Der W, Soriana Tomassini, Maricrus Suarez.

Proceso de Soporte de los Laboratorios.
Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Fdo: Rafael Infantes Viano