

ANÁLISIS CAUSA RAÍZ: Error en la colocación de una sonda de alimentación enteral (nasogástrica)

Publicado en: Noviembre 2011

DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE

Paciente ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos al que es necesario colocarle una sonda nasogástrica de alimentación enteral.

La sonda es colocada un viernes por la tarde, por una enfermera de la Unidad con experiencia en la materia que, tras realizar la técnica, hace las comprobaciones rutinarias que recoge el procedimiento del centro: insuflar aire y auscultar debajo del apéndice xifoides la entrada de este en el estómago; evidenciar la presencia de ruido en la auscultación; y comprobar la aspiración de la sonda obteniendo contenido gástrico. Considerando que la sonda está en cavidad gástrica, reinicia la alimentación. (El paciente ya estaba con alimentación enteral previamente).

El paciente está inconsciente, traqueostomizado y con una bomba de nutrición enteral a 20ml/h. No se evidencian signos clínicos manifiestos de insuficiencia respiratoria hasta pasadas 24 horas.

Al día siguiente, sábado, doce horas después de la colocación de la sonda se le realiza al paciente una radiografía de control rutinario. En el volante no se hace mención de que se ha colocado al paciente una sonda de alimentación. El técnico de radiología no advierte ningún error. Ningún profesional médico revisa la radiografía.

Transcurridas 24 horas desde la colocación de la sonda, el paciente presenta complicaciones clínicas, evidenciándose mala mecánica respiratoria y desaturaciones de Oxígeno. El ucista comprueba entonces la Rx de tórax que se había realizado esa mañana, y observa en ese momento que la sonda está ubicada en el pulmón. Se retira y se toman medidas para estabilizar al paciente.

FASE 1: PLANIFICACIÓN DEL ACR

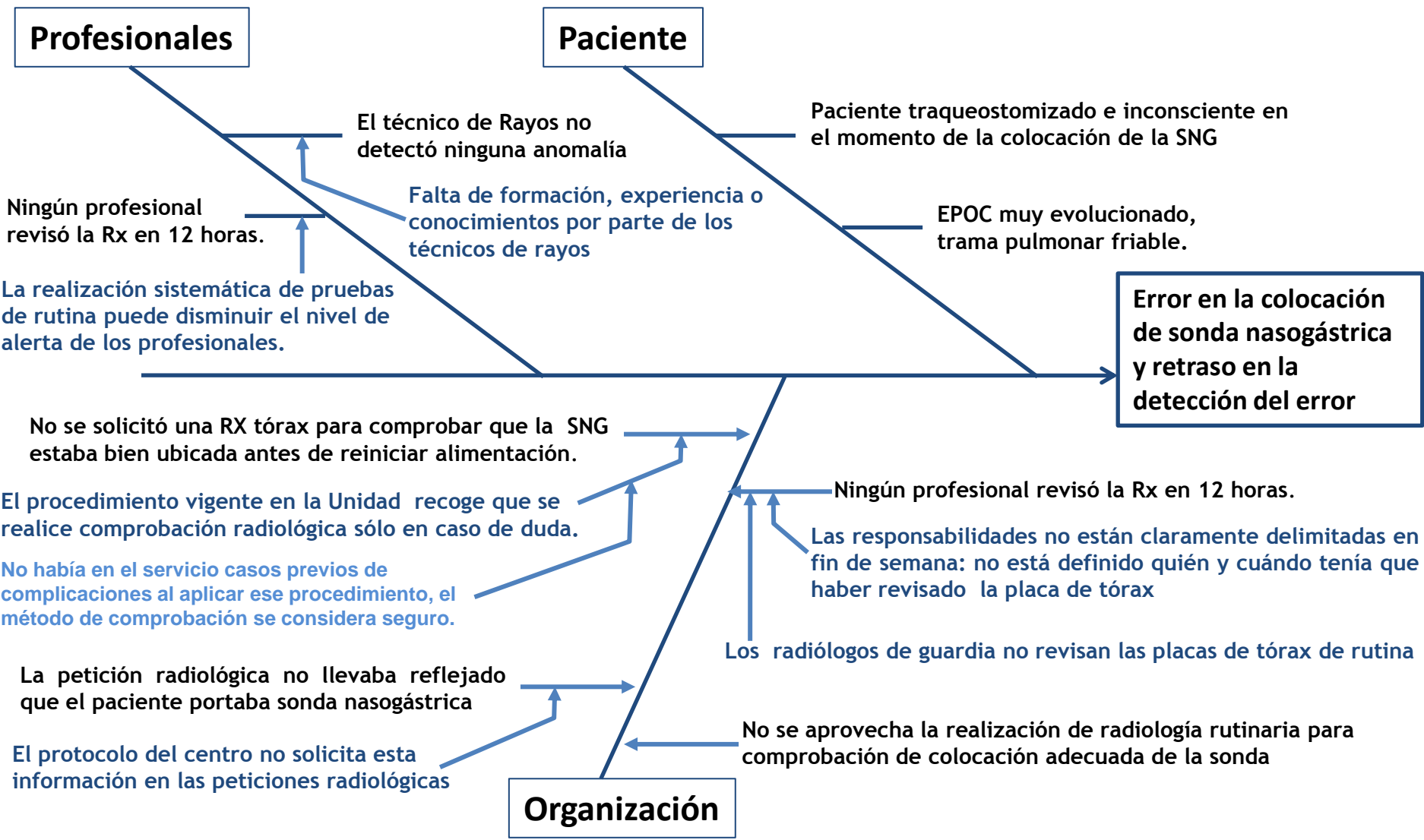
Datos básicos del evento a analizar	Detalles del evento	Error en el colocación y seguimiento de sonda nasogástrica y retraso en la detección del error, que ocasionó grave deterioro clínico a un paciente inconsciente y traqueotomizado ingresado en la UCI
	Área o servicio afectado	•Unidad de Cuidados Intensivos •Servicio de Radiología

Integrantes del grupo de trabajo	Rol	Cargo
	Facilitador o coordinador	
Líder clínico		Especialista en Medicina Intensiva
Representante de dirección		Director de Centro
Otros integrantes del grupo relacionados con el evento		- Facultativo especialista en Farmacia - Supervisora de Área Quirúrgica - Facultativo especialista en Medicina Preventiva

FASE 2: RECOGIDA DE DATOS Y COMPRENSIÓN DEL EVENTO

- Entrevista con el personal involucrado: ucistas, radiólogos, enfermeras y técnicos de rayos participantes en el incidente.

FASE 3: IDENTIFICACIÓN DE CAUSAS SUBYACENTES



FASE 3: IDENTIFICACIÓN DE CAUSAS SUBYACENTES

PROTOCOLOS, NORMAS	Hechos, causa inmediata	Causa raíz o factores contribuyentes
Procedimiento de colocación de sonda nasogástrica	La enfermera que colocó la sonda, realizó comprobación de la técnica por auscultación y aspiración de contenido gástrico. Concluyó que la sonda estaba bien colocada, y aplicando el protocolo vigente, no solicitó RX de comprobación	Procedimiento de comprobación/ seguimiento de colocación correcta de sonda nasogástrica inadecuado, sobre todo en pacientes inconscientes.

ASPECTOS ORGANIZATIVOS	Hechos, causa inmediata	Causa raíz o factores contribuyentes
Seguridad/Eficiencia	<p>No se aprovecha la realización de la radiología de control para comprobar y asegurar la adecuada colocación de la sonda.</p> <p>Visualización de imagen de control 1 día después de su realización.</p>	No está claramente estipulado quién y cuándo tiene que revisar las Rx de rutina.

FASE 3: IDENTIFICACIÓN DE CAUSAS SUBYACENTES

OTROS (NOMBRAR)	Hechos, causa inmediata	Causa raíz o factores contribuyentes
Comunicación	<p>Falta de comunicación entre Servicios y entre los profesionales de los distintos turnos.</p> <p>En la petición de Rx no se hizo constar que al paciente se le acababa de cambiar la sonda NG.</p>	<p>La enfermera que colocó la sonda no transmite al resto de personal que se compruebe la colocación de la sonda en los turnos sucesivos .</p> <p>El protocolo del centro no contempla que esto se tenga que especificar en el volante de petición.</p>
Conocimientos	<p>El técnico de rayos no identificó en de tórax ninguna anomalía.</p> <p>No se avisó al radiólogo por falta de conocimientos del personal técnico</p>	<p>No está claramente definido que el personal técnico tenga que estar formado y supervisado en la detección de este tipo de anomalías.</p>
Implicación	<p>Implicación parcial con el paciente y en las acciones realizadas</p>	<p>Nadie se preocupa de aprovechar la información que puede ofrecerle, de sus acciones, la radiografía de control</p>

ASPECTOS ORGANIZATIVOS	Hechos, causa inmediata	Causa raíz o factores contribuyentes
	<p>El paciente no mostró ningún signo clínico de colocación errónea de la sonda (*)</p>	<p>Paciente inconsciente y traqueostomizado</p>
	<p>El paciente no mostró alteraciones respiratorias en ningún momento (*)</p>	<p>Bomba de infusión a 20ml/h lo que retardo el inicio de síntomas respiratorios</p>

(*) Estos factores justifican el retraso en la detección del error, no el error de colocación en sí mismo.

FASE 4. ELABORACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN

Descripción de las acciones de reducción del riesgo	Responsable (cargo)	Medida evaluación
<p>Acción 1: Impartir formación de visualización de sonda nasogastrica bien y mal ubicada a todos los técnicos de Rx</p>	<p>Servicio de Radiología/Responsable de formación de técnicos sanitarios</p>	<p>INDICADOR: N° de técnicos de Rx formados -----x 100 N° total de técnicos de Rx Observación/evaluación de conocimientos adquiridos.</p>
<p>Acción 2: Revisar, actualizar, editar y difundir una nueva edición del Procedimiento de sonda nasogástrica que refleje:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La necesidad de asegurarse de que la sonda esté bien colocada siempre y antes de iniciar la alimentación - La comprobación sistemática de la sonda si se realiza imagen radiológica (sea rutinaria o no). - La obligatoriedad de recomprobación y registro de correcta colocación siempre que la sonda se movilice (de manera voluntaria o fortuita). - Reflejar, en las peticiones radiológicas posteriores a la colocación de la sonda, “paciente portador de sonda nasogástrica” para orientar al Servicio de RX - Dejar documentada la visualización de las imágenes de control, cuando existan; de que la sonda está correctamente colocada 	<p>Unidad de Calidad/Supervisoras de Enfermería de las Unidades de Críticos</p> <p>Facultativos que realicen la petición de Rayos.</p> <p>Radiólogo y/o Intensivista</p>	<p>INDICADOR:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tener colgado la nueva edición del Procedimiento en la página de Dirección de enfermería - Informar a todo el personal de enfermería mediante: aviso en la Intranet, correo informativo a las supervisoras de enfermería. Y al menos programar 1 sesión de formación en cada unidad de UCIs, REAs y Técnicos de RAYOS. - N° de peticiones radiológicas a pacientes portadores de sonda nasogastrica que indican “paciente portador de sonda nasogástrica” x100 / N° de peticiones radiológicas (urgentes o rutinarias) a pacientes portadores de sonda nasogástrica - Observación muestral periódica.