



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

**ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE
CRÍTICO**

**“INTERCOMUNICACIÓN EN ENFERMERÍA COMO
VARIABLE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE”**

Docentes: Dra. Cometto, C.

Dra. Gómez, P.

Alumno: Lic. Ochoa, N.

Córdoba julio 2016

“Aunque es humano errar, es inhumano no tratar, si es posible, de proteger de fallas evitables y peligros a aquellos que confían sus vidas en nuestras manos”.

Max Thorek, cirujano

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente constituye un problema grave de la Salud pública en todo el mundo. Se calcula que en los países desarrollados uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital como consecuencia de distintos errores en la atención, en una alta proporción prevenibles.

En Argentina la seguridad del paciente fue ganando de una manera creciente y lenta la atención de la población del ámbito académico y del gobierno creando metas para la seguridad del paciente de acuerdo a indicadores existentes en cada institución.

Cada día es mayor el desarrollo científico y tecnológico. Cada vez son más las posibilidades diagnósticas y terapéuticas. Pero también, cada día es mayor la conciencia sobre la cantidad de situaciones que, provocadas por descuidos o errores en los sistemas de salud, elevan injustificadamente el riesgo de que pacientes hospitalizados sufran daños, a veces severos e incluso fatales, con el agravante de que muchos de éstos son prevenibles. Por ello es necesario incorporar la seguridad de los pacientes hospitalizados a la agenda de análisis, discusión y acción de los profesionales de la salud. La presencia de indicadores creados en las instituciones como medidores de detección oportuna del error para poder prevenirla es uno de los que serán desarrollados en el trabajo monográfico.

Según Hipócrates “ ANTE TODO NO HACER DAÑO” hizo que ésta expresión perdurará por mucho tiempo como una elegante expresión de lo que debería ser el principio fundamental en la labor y atención de los centros asistenciales de salud en todo el mundo, donde los profesionales deben mejorar la salud de los pacientes, no empeorarla con errores que llegan a costar la vida de los pacientes o dejarlos con secuelas irreversibles afectando su salud y calidad en el desenvolvimiento diario fuera de la institución y en su entorno social del paciente.

El cuidado como parte fundamental en la atención de enfermería, la calidad en su cuidado con eficiencia ha sido una preocupación constante ya que garantiza el resguardo en la seguridad del paciente se manifiesta en los diferentes teoristas citados.

Como en otros ámbitos, los incidentes de seguridad del paciente ocurridos en cuidados intensivos implican a varias disciplinas profesionales y diversas características destacadas donde en el 37% de los errores se destaca la comunicación como primera causa.

De acuerdo con la comisión conjunta de acreditación de organizaciones de Salud de los EEUU, el quiebre en la comunicación es mencionado en más del 70% de los eventos centinelas (daños graves a los pacientes) reportados, superando a otros factores como falta de personal, competencias de enfermería en cuidados críticos etc.

La intercomunicación en Enfermería como variable de seguridad del paciente, los eventos adversos latentes en una unidad crítica, la relación del equipo interdisciplinario para preservar la seguridad del paciente en estado crítico donde un error podría llevar a provocar un daño que puede llegar a ser

irreversible o prolongar su estadía en la unidad es una de las tantas preocupaciones en las instituciones hospitalarias y es parte de las metas de las 6 metas propuestas y que se nombran a continuación.

La comunicación eficaz en Enfermería, el intercambio de información entre 2 o más personas, en un pase de guardia, entre un enfermero y un médico sobre el tratamiento y manejo de un paciente en cuidados críticos es una preocupación reflejada en todo el mundo a través de diferentes artículos citados en revistas científicas de Enfermería y otros documentos que citaremos en el desarrollo de éste trabajo.

La finalidad de éste trabajo es concientizar sobre los riesgos de una falla de intercomunicación y sus consecuencias a todo el equipo de salud dentro de la unidad de cuidados críticos logrando un llamado a la reflexión sobre errores que pueden prevenirse y aportar mediante recomendaciones con el fin de preservar la seguridad del paciente hospitalizado.

DESARROLLO

La seguridad del paciente definido por la Alianza Mundial como la reducción del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable, es un componente constante y en estrecha relación con el cuidado, siendo el profesional de enfermería el protagonista en el proceso de análisis de los riesgos para la consecuente reducción y prevención de incidentes.

La **OMS** define a la seguridad de los pacientes como la ausencia de riesgo o daño potencial asociado con la atención sanitaria, que se basa en el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, con el objeto de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. (10)

La preocupación por la seguridad de los pacientes tuvo su marco en la década de 90 con la importante publicación americana *To Err Human: building a safer health system* del *Institute of medicine (IOM)* donde los autores revelan la muerte de 44.000 a 98.000 americanos al año cuya causa son incidentes en su gran parte prevenibles (1). Además, el informe pone en discusión la mirada sistemática en el análisis de los eventos versus la cultura del único culpado.

Según las teorías de diferentes autores el cuidado es una necesidad humana esencial para el completo desarrollo, el nacimiento de la salud y la supervivencia de los seres humanos en todas las culturas del mundo, el cual es la esencia de Enfermería.

Aparecen por entonces, las primeras teoristas Nightingale y Henderson con alusiones del cuidado haciendo referencia a la noción de seguridad y protección. (8).

Florence Nightingale en una cita, en Notas de enfermería (1863) afirma:

“ Es extremadamente necesario que no causar daño se establezca como un objetivo, ya que la mortalidad en los hospitales , especialmente en aquellos localizados en ciudades grandes y superpobladas ,es mucho mayor de lo que se observa entre pacientes con enfermedades similares pero tratadas fuera del hospital.(15)

Virginia Henderson, en su teoría habla del rol de la enfermería basado en los cuidados por medio de la satisfacción de las necesidades con la finalidad de la recuperación de la salud del enfermo o la muerte tranquila.

La teoría de Maslow que habla sobre la motivación de la personalidad indica que la seguridad constituye una necesidad humana básica; refiere que el primer tramo de su jerarquía de necesidades está integrado por las necesidades de supervivencia (fisiológica), cuya satisfacción da inmediato lugar a la aparición de una nueva categoría que describe como necesidad de seguridad. Las necesidades de seguridad incluyen un conjunto de requerimientos para el bienestar y desarrollo

del sujeto: seguridad física, estabilidad, dependencia, protección, libertad de miedo, ansiedad y caos, necesidad de estructura, orden, leyes y límites, fortaleza en sus protectores y otras.

Maslow describe la supervivencia y desarrollo del sujeto humano como un proceso de búsqueda constante de seguridad y es esa búsqueda la que posibilita el desarrollo subjetivo y social. (9)

En tal sentido Leininger 1984 refiere que “El cuidado es la esencia y el campo central, unificado y dominante que caracteriza a Enfermería”.

Colliere (1997) refiere que cuidar “es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que requiera ayuda para satisfacer sus necesidades vitales, de manera temporal o definitiva”.

Tanto los profesionales de Enfermería como los médicos son dos elementos, junto con la tecnología, más importantes de las unidades de cuidados Intensivos, porque constituyen el capital intelectual de éstas organizaciones y son los determinantes de su gestión y resultados.

Muchas veces por falta de análisis o desconocimiento detallado de los procesos de atención no se distinguen los eslabones débiles en los que hay riesgo inminente de ocasionar daño al paciente o al mismo personal de salud. La comunicación eficaz entre ellos, parece sencillo pero es el más difícil de implementar ya que depende de la cultura de la organización y el valor que se le da a la seguridad por parte de sus miembros de salud con respecto a la atención segura al paciente y sus fallas prevenibles.

La intercomunicación es un acto en los que a través de la comunicación participan más de 2 personas, intercambian opiniones y conocimientos. El intercambio de información que se realiza en un pase de guardia en Enfermería es una nota importante y fundamental para la continuidad del cuidado integral del paciente, el aporte realizado puede ser considerado el medio por el cual los enfermeros procesan la información para elaborar criterios y tomar decisiones que garanticen el buen cuidado y su continuidad hace que durante las 24 hs se logre el objetivo de cumplimentar una terapéutica de calidad asistencial y búsqueda del restablecimiento de la salud del paciente.

La comunicación en un grupo u organización es parte del fortalecimiento y desarrollo institucional y se concreta principalmente en las acciones comunicativas que parten de los vínculos y articulaciones en la organización.

La comunicación es un proceso de gran complejidad porque está ligado a varios acontecimientos que ocurren dentro de la organización, la motivación, la toma de decisiones, el liderazgo y el conflicto organizacional entre otros.

La efectividad de la comunicación es un determinante de la realidad de estos procesos.

Los cortocircuitos en la comunicación entre los profesionales de la salud y entre ellos y sus pacientes afectan seriamente la seguridad de la atención y son una de las principales causas de juicios por responsabilidad profesional. (4)

La literatura científica sobre seguridad del paciente muestra numerosos ejemplos de errores médicos causado por una pobre comunicación del equipo de salud con respecto a las órdenes verbales o por teléfono conlleva un alto potencial de error,

Sobre todo en un ambiente de gran trabajo donde hay distracciones x demanda de trabajo, o médicos y enfermeras que van y vienen, ruidos de alarmas y equipos que hacen que la indicación sea mal interpretada.

Muchas instituciones han desarrollado normas que prohíben las indicaciones verbales pero la realidad de la práctica es que se vuelve difícil de cumplir y las excepciones de las reglas terminan siendo frecuentes.

La buena intercomunicación entre ambos estamentos y la transferencia de información tienen una gran importancia en éstos acontecimientos adversos. Resulta significativo que en el 37% de éstos errores aparece la comunicación verbal como primera causa (2), siendo caracterizados como graves o muy graves en el 29%, teniendo resultado mortal en el 3 % de las ocasiones y precisando cambios de tratamiento en un no despreciable 9,9% (2).

Es evidente que la seguridad del paciente depende de una adecuada comunicación donde muchas veces no se toma en cuenta las interrupciones en el traspaso de información, llamadas telefónicas, demanda de trabajo, distracciones al personal por el resto del equipo o conflictos internos que hace que cuidados esenciales, aportes importantes queden el olvido y se trasformen en errores, ser parte de un evento adverso que ataque la seguridad de nuestro paciente crítico

Los errores relacionados con la comunicación y la transferencia de información entre médicos, enfermeros y el resto del equipo de salud representan un 13,5% del total de los errores, índice alarmante con respecto a otros errores destacados. Las órdenes verbales, las prescripciones incompletas, ilegibles en algunas instituciones que todavía no están informatizadas y los pases "apurados" o interrumpidos por familiares, o demás son fuentes inagotables de problemas.

Los pacientes de cuidados críticos presentan un alto riesgo de complicaciones debido a la severidad de su condición clínica, la naturaleza compleja e invasiva de los tratamientos y por el uso de medicación y tecnologías con tantos beneficios como riesgos.

La seguridad de los pacientes presentan grandes desafíos: la atención no tiene descanso, es compleja y generalmente requiere de toma de decisiones rápidas y de alto riesgo, que deben ser tomadas con información insuficiente por personas con distintos niveles de entrenamiento en UTI (3).

Los pacientes críticos son particularmente vulnerables al daño iatrogénico debido a la severidad e inestabilidad de su enfermedad y a la necesidad frecuente de intervenciones y medicaciones de alto riesgo.

Aquí cobra importancia reconocer que para explicar el tema de los eventos adversos son dos los criterios utilizados: el humano y el del sistema. El primero de ellos, originado por los actos inseguros

y la violación de los procedimientos que el personal del equipo de salud comete debido a cansancio, estrés, falta de motivación, de atención, sobrecarga y/ o insatisfacción laboral y negligencia. Es el llamado síndrome de Burnout, caracterizado por agotamiento, pérdida de energía que experimentan los profesionales cuando sienten que los problemas de los otros los saturan. Este aspecto afecta la seguridad del paciente, tiene una connotación importante a la hora de velar por el cuidado que se brinda.

El segundo criterio, el del sistema, explica la susceptibilidad que tiene el ser humano de cometer errores, a pesar de estar en la organización de más alta calidad, y por lo tanto, lo importante es generar mecanismos de defensa para prevenir errores, centrarse en la búsqueda de explicación del cómo y por qué fallaron esos mecanismos y no en buscar culpables.

Definimos un **EVENTO ADVERSO** como “el daño o lesión o muerte causados por el tratamiento de una enfermedad o estado del paciente por los profesionales de la salud, y que no obedece a la propia enfermedad o estados subyacentes”. O aquel que “hace referencia al resultado clínico que es adverso al esperado y debido a error durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del mismo”.

Los eventos adversos, al igual que afectan la condición de salud de los enfermos, implican repercusiones financieras debido a la alta proporción de los costos de salud de las instituciones, por el incremento de las estancias intrahospitalarias.

A menudo en cuidados intensivos, Como un evento no deseado ocurre, aparece indistintamente a lo largo de los diferentes turnos de trabajo, el monitoreo y el tratamiento implican técnicas avanzadas e invasivas que incluyen la intubación, muchas veces no programada la colocación de accesos venosos y/o arteriales, sondas o sistemas de drenaje. De éstos, de su uso y de su posición emergen los **Eventos Centinelas**, la mayoría asociados a desplazamientos, movilización o retiro que en orden de frecuencia involucra las sondas nasogástricas, naso yeyunales, el catéter arterial, catéter central, las sonda vesical, evento por dosis errada de administración de medicamento, obstrucción de catéteres, vía cambiada, mala manipulación con consecuente infección, fallos en el equipo de infusión, alarmas de respirador bloqueadas, una intubación no programada, obstrucción de la vía aérea, o la fuga del manguito de presión en conjunto con la adecuada activación y programación de alarmas de los equipos usados.⁽¹⁶⁾

El término **EVENTO CENTINELA** refleja la relevancia del accidente y la necesaria alerta que debe derivarse de su aparición, tanto por su gravedad como por su presunta evitabilidad y la necesidad de realizar inmediatamente un análisis cuidadoso para valorar cuales han sido los factores condicionantes que facilitaron su aparición, así como establecer los cambios precisos para que no vuelva a ocurrir.

El manejo por parte de personal sin experiencia o que tiene desconocimiento de procedimientos, el que el paciente se encuentre expuesto a situaciones estresantes fisiológica y psicológicamente que le provocan impotencia, miedo, ansiedad, alteración del concepto de sí mismo y despersonalización,

la permanencia prolongada en cama, la complejidad de los sistemas, la tecnología que implican los mismos, las técnicas de sujeción inadecuada etc. que favorecen la aparición de los eventos centinelas.

Como consecuencia es válido pensar en la seguridad de los pacientes, entendida como la “reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud” (5)

Dada la típica inestabilidad de los pacientes de terapia intensiva y las complejas y exigentes tareas que deben llevar a cabo los médicos y los enfermeros, llama la atención que el índice de errores observados en estas unidades sea mayor que en otras áreas.

Las consecuencias de estas equivocaciones también suelen ser severas. Como ejemplo de errores humanos se mencionan la falla para advertir goteos intravenosos inapropiados, (errores de drogas, de dosis, de vías de administración) etc.

Según el resultado de un estudio por (Donchin y col.) que se dedicaron a observar durante cuatro meses las tareas de terapia intensiva de seis camas como observadores registraron todas y cada una de las actividades que se realizaban día a día constatando que por lo menos se cometían dos errores serios por día, lo que no debería tomarse a la ligera y según el mismo estudio, el 45% de los errores eran cometidos por los médicos y el 55% por los enfermeros. Esto no debe llevarnos a la conclusión engañosa de que los médicos se equivocan menos, ya que son los enfermeros los que cargan con el mayor promedio de actividades por el paciente. De 100 actividades, 84 serían realizadas por enfermería y solo 5 por los médicos. En relación, los médicos cometen más errores.

El error ha sido definido como, el fracaso de aplicar completamente un plan de acción como fue propuesto, o también del uso de un plan equivocado para alcanzar un objetivo.

El ejercicio de la enfermería como disciplina profesional tiene por naturaleza y por paradigma el cuidado, entendiendo este como “aquellos actos de asistencia, de soporte o facilitadores que van dirigidos a otro ser humano o grupo con necesidades reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las condiciones de vida humana” (6).

Modelo ideado por el Profesor James Reason, del Departamento de Psicología de la Universidad de Manchester, quien en 1997 – en su trabajo titulado: “Gestión de los riesgos en los accidentes en una organización” - “Managing the Risks of Organizational Accidents”, con el que explica que los errores y las fallas están latentes en todos los sistemas y que por lo mismo son susceptibles de cometer faltas, para lo que los sistemas y las personas involucradas deben crear y mantener ciertas barreras que eviten el curso de una acción hacia un evento adverso.

En el desarrollo del concepto del “queso suizo” existen dos abordajes contribuyentes en la aparición de estos errores, se pueden dividir en factores centrados en la persona y factores centrados en el sistema.

El modelo centrado en el sistema, que es más “sano” y práctico, tiene en cuenta que todas las personas cometen errores pero que estos errores son consecuencias de falencias en el sistema, por lo tanto estas debe ser buscadas y corregidas intentando modificar las condiciones para evitar los errores o mitigar sus consecuencias⁽⁷⁾. Los organismos certificadores de la atención médica como son el Consejo de Salubridad General (CSG) y la Joint Commission Internacional (JCI) ¹² le dan un valor muy importante a la comunicación y reconocen su importancia para disminuir o evitar el error.

La OMS y la Joint Commission Internacional han propuesto nueve soluciones para la seguridad del paciente ⁽¹¹⁾ priorizadas en función del impacto potencial, la evidencia existente y la facilidad para la adopción y adaptación en todos los países

1. Medicamentos de aspecto o nombre parecidos.
2. Identificar correctamente a los pacientes.
3. Comunicación durante el traspaso de pacientes.
4. Realización del procedimiento correcto, en el sitio correcto del cuerpo.
5. Control de las soluciones concentradas de electrolitos.
6. Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales.
7. Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos.
8. Usar una sola vez los dispositivos de inyección.
9. Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas con la atención de salud.

En relación a mejorar la comunicación efectiva que es lo que se aboca precisamente éste trabajo la certificación menciona que:

La comunicación efectiva en el equipo de salud, es decir, oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe, disminuye errores y mejora la seguridad del paciente.

La comunicación es un componente básico dentro de la enfermería: es la enfermera quien debe saber escuchar y entender al paciente.

La comunicación juega un papel fundamental en la calidad de vida y la satisfacción de las personas en general, y en los enfermos y sus familias en particular. En la vida diaria de la práctica hospitalaria de la enfermería las comunicaciones pueden ser eficaces, de intercambios productivos o ser causas de confusión y desaliento. El arte de la comunicación es una herramienta que vehiculiza la posibilidad de otorgar seguridad emocional.

Es un proceso por el cual un individuo comparte algo de sí mismo, como sus ideas, opiniones, sentimientos, valores o metas. Es un proceso que le ayuda a ser más humano, más sociable y estar en mayor contacto con la realidad. La comunicación es una fuente de crecimiento y una de las relaciones sociales más importantes.

Los elementos de la comunicación que deben considerarse para facilitar un contexto de seguridad son:

- ✓ La autenticidad: se genuino o verdadero; que se expresa en la aproximación al, otro con la intención de lograr una relación franca y sincera, que permita la construcción de un vínculo significativo.
- ✓ El respeto: valor que permite reconocer, aceptar, apreciar y valorar las cualidades del prójimo y sus derechos. Es un mensaje que no evalúa ni reprocha la conducta de los demás, por lo que facilita la expresión de las preferencias.
- ✓ La actitud de escucha: la habilidad de escuchar con comprensión y cuidado, estar atentos a la conversación, dejando en claro que estamos escuchando. Para que la persona se sienta aceptada es necesario que perciba que el otro está atento para poder llegar al fondo de sus problemas.
- ✓ La comprensión por hacerse comprender: aquí entra en juego la percepción, que es el punto de vista de un individuo sobre los acontecimientos producidos en su entorno. Cada individuo siente e interpreta los acontecimientos de distintas manera, por lo cual es fundamental la manera en que el paciente interpreta la información que recibe en ese proceso comunicacional y el personal de enfermería debe asegurarse esa comprensión adecuada.
- ✓ La atención positiva permanente: Es importante estar atento a las cosas que al paciente le hacen bien, buscando los momentos oportunos para mencionarlas de manera concreta; la necesidad de ser considerado por el otro de manera positiva consigue elevar la autoestima, la motivación, facilitar las criticas cuando se hagan y que sean bien recibidas.
- ✓ La cantidad y calidad de la información: consiste en exponer de la forma más simple y completa la información que se quiere transmitir. La misma está limitada, en cuanto a su monto y profundidad, por las condiciones individuales, familiares, contextuales y particulares del proceso de salud- enfermedad por el que se encuentra transitando.
- ✓ El sentido del humor: es un aspecto importante en la comunicación interpersonal, pero al mismo tiempo una de las más evasivas. Algunas personas tienen una naturaleza agradable y simpática; otros tienen que cultivarla. Es importante que la enfermera conozca su capacidad natural para sonreírle a un paciente, lo cual resulta un elemento facilitador para construir seguridad y favorecer la recuperación del mismo.⁽¹⁸⁾

La enfermera debe asegurar durante su proceso de cuidado que la interacción social que establezca con el paciente induzca a generar un dialogo comunicacional- terapéutico lo suficientemente efectivo como para garantizar las mejores condiciones de resguardo de la seguridad emocional.

La enfermera como parte del equipo interdisciplinario establece el nexo entre el paciente y la familia con la finalidad de mantener una buena comunicación, evacuando dudas y asegurar de esta manera la contención familiar resguardando la seguridad del paciente hospitalizado.

La estancia hospitalaria presupone que el paciente está delicado y requiere cuidados especiales, con mayor razón en las áreas de terapia Intensiva, ⁽¹¹⁾ además en la atención de estos pacientes se involucra a un número mayor de personas, enfermeras, residentes, médicos interconsultores, personal de áreas de diagnóstico, radiología y laboratorio, también puede estar involucrado personal

de hemodinamia o de quirófano. Las fallas en la comunicación causaron distintos niveles de error que comprometieron la seguridad y la vida del paciente.

La comunicación entre las unidades y entre los equipos de atención en el momento del traspaso podría no incluir toda la información esencial, o podría darse la interpretación incorrecta de la información, lo que supone un riesgo de seguridad para el paciente. Además, el paciente anciano y al paciente pluripatológico frágil son particularmente complejos y por ello tienen una mayor vulnerabilidad a las brechas de comunicación durante el traspaso desde un centro a otro, o de un servicio a otro, situación que conducen a la aparición de EA.

La comunicación en el momento del traspaso está relacionada con el proceso de pasar la información específica del paciente de un prestador de atención a otro, o del prestador de atención al paciente / familia a efectos de asegurar la continuidad y la seguridad de la atención. Aumentar la efectividad de la comunicación entre profesionales implicados en la atención al paciente durante el traspaso, es un objetivo de seguridad prioritario para grupos líderes en seguridad como la OMS, la Joint Commission y el Nacional Quality Forum.

La calidad en los cuidados de enfermería ha sido una preocupación constante, una eficiente calidad de atención estaría dada por las máximas probabilidades de éxito, evitando situaciones de riesgo y efectos indeseables.

El profesor Avedis Donabedian definió la calidad de los cuidados como la capacidad de alcanzar el mayor beneficio posible deseado teniendo en cuenta los valores de los individuos y las sociedades. Mencionó los atributos que denominó en siete pilares de la calidad en salud:

- Eficacia: capacidad del cuidado, asumiendo su forma más perfecta de contribuir a la mejoría de las condiciones de salud.
- Efectividad: en cuanto a que las mejorías posibles en las condiciones de salud son de hecho obtenidas.
- Eficiencia: la capacidad de obtener la mayor mejoría posible en las condiciones de salud al menor costo posible.
- Optimización: la más favorable relación entre costos y beneficios.
- Aceptabilidad: conformidad con las preferencias del paciente en lo que concierne a la accesibilidad, relación médico- paciente, las comodidades, los efectos y el costo del cuidado prestado.
- Legitimidad: conformidad con preferencias sociales en relación a todo lo anteriormente mencionado.
- Equidad: igualdad en la distribución del cuidado y sus efectos sobre la salud.

Es oportuno poder decir que aunque reconocida, admitida y afrontada dentro del cuidado de las personas desde hace más de dos siglos hacia atrás, apenas en el siglo XXI se inicia una etapa de estudio sistemático y de mayor complejidad de discusión y de abordaje, donde las organizaciones internacionales como la OMS y la OPS desarrollan políticas y estrategias destinadas a la seguridad

del paciente, como la alianza mundial para la seguridad de los pacientes, con una de las primeras iniciativas: “*Seguridad para el paciente en todo el mundo 2005- 2006*”.

Por su parte el consejo Internacional de enfermeras (CIE), en una declaración de posición sobre la seguridad de los pacientes, expresa que “el problema de la seguridad de los pacientes no tiene que ver con los malos profesionales de atención de salud, sino con los malos sistemas que deben hacerse más seguros”⁽¹³⁾.

Las prácticas basadas en evidencia permiten alcanzar mejores resultados en el cuidado de la salud y consecuentemente brindan seguridad en los pacientes, por lo cual debemos repensar el accionar de los profesionales en las instituciones de salud, ya que la seguridad no está en la persona, en un equipamiento o en una unidad, sino que es la interacción entre los componentes de todo el sistema.⁽¹⁷⁾

En el terreno estratégico se dispone de un abanico más amplio de intervenciones, como lo demuestra el hecho de que numerosos países hayan centrado sus esfuerzos en mejorar la calidad de atención y la seguridad del pacientes, para lo cual han reforzado la regulación y la certificación de los profesionales o han hecho inversiones para implementar sistemas de información en torno a la calidad como así también la implementación de indicadores de acuerdo a los eventos que se presentan con mayor incidencia en un paciente hospitalizado que se monitorizan y son evaluados mensualmente.

El término “indicadores de seguridad del paciente” designa un grupo de mediciones que se obtienen de los registros de las personas que reciben atención en un hospital, con el fin de evaluar el grado de seguridad que impera en ese lugar y prevenir posibles daños a los pacientes. Su objetivo principal consiste en detectar los problemas que éstos enfrentan durante el tiempo que están expuestos a la atención en el sistema de salud, para hacer los cambios correspondientes en la organización y evitar que afecten a más usuarios posteriores.⁽¹⁹⁾

Como la seguridad del paciente se ha convertido como un tema prioritario, varios organismos internacionales han propuesto una serie de indicadores que permiten captar la información adecuada para definir las medidas convenientes a fin de reducir al mínimo los eventos adversos. Tomando como ejemplo una de las Instituciones hospitalarias de Córdoba, el Hospital Privado los indicadores que se presentan dentro de una unidad crítica son:

- ✓ Infecciones nosocomiales:
 - Catéter central
 - Sonda vesical.
 - Ventilación mecánica.
- ✓ Caídas.
- ✓ Úlceras por presión.
- ✓ Administración de medicamentos de alto riesgo.
- ✓ Identificación del paciente.
- ✓ Lavado de manos.

Basado en estos indicadores se realizó seguimientos por medio de chest-list desde observador, registro en el acto de procedimiento con reunión de análisis mensual por parte del equipo de seguridad del paciente institucional donde el resultado fue una disminución de errores en algunas áreas de gran avance y la informática es la herramienta más eficaz a la hora de los registros que quedan archivados como antecedente en la atención del paciente para una próxima internación y que sirven de gran ayuda en caso de haber obtenido infecciones nosocomiales durante la estadía en la institución hospitalaria.

Las úlceras de Presión y las caídas se manejan por medio de protocolos de prevención y cuidados con seguimiento registrado en chest-lists institucional con análisis mensual donde hubo una disminución de esos eventos.

La identificación del Paciente también logró un resultado positivo. La comunicación eficaz todavía no logra un consenso por la cultura general del sistema de salud, siguen existiendo indicaciones verbales fuera de lo que sería una urgencia para la administración de medicamentos del alto riesgo.

Con respecto al lavado de manos se mantiene programas de capacitación, control con chest-list y análisis con publicación de los resultados con porcentaje de adhesión por área hospitalaria. De acuerdo al seguimiento mantenido por el equipo de infectología se ha logrado concientizar sobre esta técnica y generar conciencia sobre su importancia en la seguridad del paciente.

RECOMENDACIONES PARA UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA

- Mantener un programa de Capacitación permanente en cuidados crítico para enfermeros del área.
- Promover e instaurar el trabajo en equipo interdisciplinario en el cuidado del paciente crítico.
- Incentivar el reporte de incidentes anónimos sin informar quien lo reporta, ni el involucrado en el incidente, ni el paciente. Puede reportar cualquier persona que trabaje en la institución incluso en áreas administrativas.
- Practicar reuniones para analizar situaciones y prevenir nuevamente el error.
- Fomentar una comunicación efectiva en post de la seguridad del paciente.
- Evitar la interrupción al momento de la Preparación de medicación de alto riesgo.
- Promover charla sobre seguridad del paciente en el área crítica con manejo de indicadores.
- Facilitar una entrega de guardia en un ambiente receptivo con todo el equipo del turno entrante donde parte del turno saliente deberá permanecer con el paciente hasta que sea reemplazado.
- Facilitar un auto evaluación para el análisis situacional con respecto a seguridad del paciente entre los profesionales de la salud del área y poder buscar una estrategia acorde a las debilidades presentadas como resultado con el fin de mejorar la atención y cuidado al paciente.

- Se recomienda estandarizar la comunicación entre profesionales en el momento del traspaso, los cambios de turno y entre distintas unidades de atención en el transcurso de la transferencia de un paciente a otra unidad.
- Implementar rondas de seguridad conformado por un equipo integrado por especialistas designados de diferentes áreas que recepten problemas observados en el área crítica en pos de preservar la seguridad del paciente.

CONCLUSIÓN

El trabajo en equipo es fundamental para disminuir el error y asegurar al paciente de no sufrir un daño, una comunicación efectiva ha demostrado mejoras en los resultados: mejoras en los flujos de información, mejora la seguridad de la atención, realza de ésta manera la moral de los profesionales enfermeros y médicos aumentando no solo la satisfacción del paciente y la familia sino también disminuyendo la estancia en una unidad hospitalaria.

El cambio cultural en el profesional de la salud demanda mucho tiempo en un organismo institucional, el trabajo individual, la no participación en manejos de cuidados del paciente, la responsabilidad, el respeto al individuo que está bajo nuestro cuidado, la comunicación parcial que muchas veces se da sobre eventos, procedimientos y demás que recae en el paciente con probabilidad de ser uno de los designados a padecer un daño.

El servicio de cuidados críticos es un área donde los eventos centinela pueden ocurrir con mayor facilidad por la complejidad del paciente por lo que deben tomar en cuenta las recomendaciones para mantener la integridad del paciente y evitar daño que pueden ser irreversibles.

Las diferentes estrategias que implementan las instituciones hospitalarias del mundo para disminuir el error o prevenir un evento centinela se refleja en la satisfacción de disminución de los índices de error y el cumplimiento de las metas en post de la seguridad del paciente hospitalizado.

BIBLIOGRAFÍA

1. R.A. Hayward, T. P. Hofer. Estimating hospital deaths due to medical errors: Preventability is in the eye of the reviewer. JAMA, 286(2001), pp. 415- 420. Medline.
2. Osmon S, Harris CB, Dunagan WC, Prentice D, Fraser WJ, Kollef MH. Reporting of medical errors: an Intensive care unit experience. Crit Care Med. 2004; 32: 727-33.
3. Donchin Biesky M, Sprung CI, et al. A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. Crit Care Med. 1995; 23:294-300.
4. F vítol. Seguridad del paciente en terapia intensiva.Fasc.II; Pág. 23;24.Octubre 2010.Cedim.com.ar.
5. E. Moreno- Millán, J, Villegas- del ojo, F. prieto- Valderrey y J. Nieto-Galeano. Med. Intensiva.2011; 35(1): 3-5.
6. Leininger, M; McFarland, M.R. Transcultural nursing. Concepts, theories, research and practice. McGraw-Hill: 2002
7. Ortiz, Zulma. Error en medicina: un flagelo oculto. Academia nacional de medicina. Centro de investigaciones epidemiológicas. Argentina. 2004
8. Tomey AM, Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. Madrid (spain): Ediciones Harcourt; 1999.
9. Maslow A. Motivation and personality. 2nd. Edition. Harper and row; 1970.
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). El marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente.
11. Acta médica Grupo Angeles.Vol9, N° 3, julio -sept2011.-Pág171.
www.medigrapuic.com/actamedica
12. Organización mundial de la salud (OMS); The Joint Comission, Centro colaborador de la OMS sobre soluciones para la seguridad del paciente. Ginebra: WHO; 2007; mayo. [[http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/patientSolutionSPANISH, pdf](http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/patientSolutionSPANISH.pdf)].
13. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).Ginebra: CIE.2011 disponible en [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D05_seguridad_pacientes-Sp.pdf].
14. Bagnulo H., Barbato M., Basso J. Evaluación del riesgo en eventos adversos. Rev. Méd. Urug. 2010; 26(1): 55-57.
15. Nightingale F. Notas de enfermería. Qué es y qué no es. Barcelona: Salvat; 1990.
16. Revista Intensive Care Medical. Vol.32, N° 10, Pág. 1591 a1598. Julio 2006.
17. Pedreira MLG, Harnada MJCS. Aprendiendo com os erros. En: Harnada MJCS, Pedreira MLG, Peterlini MAS, Pereira SR, eds. O erro Humano e a seguranca do pciente.Sao Paulo: Atheneu; 2006, pp.175 -84.
18. "Seguridad Emocional y cuidados de Enfermería". Enfermería y seguridad de los pacientes. Cometto, C. Gómez P., Dal Sasso, G. Grajales, R. Cassiani, S. Morales, C.Washigton, D.C: OPS; 2011.

19. "Indicadores de seguridad del paciente". Seguridad del Paciente Hospitalizado. Ruelas.Saravia.Tovar. Editorial Médica Panamericana. 2007. Pág. 75.

