

# IV CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

## "La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

### INVIERTA TIEMPO EN LA COMUNICACION, EVITE ERRORES EN LA ASISTENCIA

**Autor principal** M<sup>a</sup> CARMEN OTERO LÓPEZ

**CoAutor 1** MARIA MERCEDES GAGO LOPEZ

**CoAutor 2** MARIA BALLESTEROS MANTECON

**Área Temática** La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Médica

**Palabras clave** Comunicación                      Calidad de la atención de                      Errores médicos                      Atención de enfermería

#### » Resumen

Las investigaciones en el cuidado a la salud introducen mejoras en el cuidado prestado, sin embargo las personas siguen expuestas a riesgos cuando son sometidas a cuidados. Una de las claves para mejorar la seguridad del paciente pasa por la comunicación efectiva entre profesionales, pacientes y familiares. Se entiende por comunicación efectiva la comunicación, oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe, disminuyendo así los errores y mejorando la seguridad del paciente.

El objetivo de esta revisión bibliográfica es analizar y sintetizar los resultados obtenidos de los diferentes estudios analizados, con el fin de disminuir los errores y que el paciente reciba cuidados de calidad, garantizando así su seguridad.

Material y método: revisión de la literatura.

Resultados: Evitar una comunicación ineficaz durante la atención al paciente, a la hora de comunicar y transmitir la información proporciona medidas seguras para prestar unos cuidados de calidad.

Conclusión: para mejorar la seguridad del paciente es importante tener en cuenta un enfoque constructivo, trabajando en equipo, estableciendo una comunicación fluida entre miembros del equipo, pacientes y familiares.

Discusión: La comunicación es la que establece la diferencia entre una asistencia sanitaria eficaz e ineficaz. Los intercambios de comunicación deben ser efectivos y no ser causa de confusión llevando al error, evitando así exponer a las personas a riesgos cuando reciben cuidados.

#### » Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

El paciente tiene derecho a una atención eficaz y segura.

La prestación de atención sanitaria se enfrenta al desafío de una amplia gama de problemas de seguridad. El juramento médico "Primum non nocere, no hacer daño es el principio primero y esencial del código hipocrático, rara vez es violado intencionalmente por los profesionales sanitarios, pero la realidad demuestra que a diario los pacientes sufren daños, al recibir atención sanitaria.

El daño involuntario a pacientes sometidos a tratamientos no es un fenómeno nuevo. En el siglo XVII A.C se recoge el primer registro de este problema (1).

Las investigaciones en el campo de la salud nos han permitido introducir mejoras en los cuidados prestados, sin embargo los riesgos persisten, principalmente en hospitales. Ante esta situación surge la cultura de seguridad que se define como el Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención (2).

La mejora en la seguridad y la atención del paciente viene determinada por el trabajo en equipo de los profesionales, por una comunicación efectiva entre sí y con los pacientes, y por un diseño de los procesos de prestación de cuidados y sistemas de apoyo a una atención eficaz.

Durante la atención, un paciente podrá ser tratado por los profesionales en diferentes entornos; atención primaria, especializada, ambulatoria, sociosanitaria. Los pacientes se moverán a menudo entre áreas de diagnóstico, tratamiento y atención en forma regular, y podrán encontrarse con tres turnos de personal por día, suponiendo esto un riesgo de seguridad para el paciente en cada intervalo.

La comunicación entre las unidades y entre los equipos de atención en el momento del traspaso podría no incluir toda la información esencial, o

#### » Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

La comunicación efectiva; oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe, disminuye errores y mejora la seguridad del paciente. La comunicación adecuada permite que los profesionales sanitarios, den una atención apropiada y que el paciente reciba cuidados de calidad garantizando así su seguridad. La comunicación puede ser escrita, oral o electrónica y mucha de ella quedará plasmada en el expediente clínico, por ello es necesario que todo lo escrito sea legible, se eviten abreviaturas y los datos sean precisos y confiables (3).

Las comunicaciones más propensas al error son las órdenes verbales y de aquéllas las emitidas por teléfono. El profesional sanitario tiene que estar capacitado para que la comunicación sea eficiente, clara y precisa (3).

Las brechas en la comunicación pueden provocar graves interrupciones en la continuidad de la atención, un tratamiento inadecuado y un daño potencial para el paciente (1). Un estudio realizado en Australia advierte de que los eventos adversos evitables que condujeron a una discapacidad, en el 11% se debió a problemas de comunicación (4).

La comunicación en el momento del traspaso está relacionada con el proceso de pasar la información específica de un paciente, de un profesional a otro y de un equipo de profesionales al siguiente, o de estos al paciente y su familia a efectos de asegurar la continuidad y la seguridad de la atención del paciente (1). También está relacionada con la transferencia de información de un tipo de organización de atención sanitaria a otra, o de la organización al hogar del paciente.

Los problemas que surgen en el momento del traspaso tienen mucho que ver con la forma de trabajar en equipo, la destreza en comunicación de los profesionales, la falta de modelos de conducta, la falta de un sistema de atención sanitaria que promueva y recompense la autonomía y el desempeño individual. Por otra parte, la práctica médica no involucra a los pacientes y familiares en la prestación de la atención. Cuanto más especializada sea la atención más unidades y personal están involucrados en prestar esa atención contribuyendo con ello a un empeoramiento en la comunicación. (1)

La información que se comparte, consiste en el estado actual del paciente, cambios recientes en su estado, tratamiento en curso y posibles cambios o complicaciones que pudieran ocurrir, el informe de cambio de turno de enfermería, el informe de enfermería sobre la transferencia de un paciente entre unidades o establecimientos, los informes de anestesiología al personal de la sala de recuperación después de una anestesia, la comunicación entre el departamento de emergencia y el personal del establecimiento que recibirá al paciente transferido, y el alta del paciente

en la atención al paciente, sobre la situación del paciente, antecedentes, evaluación del proceso y las recomendaciones sugeridas.(1) Asignar el tiempo suficiente para comunicar la información importante y para que el personal formule y responda preguntas sin interrupciones, siempre que sea posible (en el proceso de traspaso deberían incluirse pasos de repetición y relectura). Suministrar información referente al estado del paciente, medicamentos, planes de tratamiento y planes de cuidados de enfermería, sus directivas anticipadas y cualquier cambio relevante en su estado.

Al alta hospitalaria, el paciente y su siguiente prestador de atención sanitaria deberían de tener toda la información clave referente a los diagnósticos al alta, los planes de tratamiento y cuidados de enfermería, los medicamentos y los resultados de las pruebas.

Implantar en los planes de estudio técnicas sobre comunicación.

Fomentar la comunicación entre organizaciones, evitando la fragmentación de la información sobre el estado del paciente.

El objetivo de esta revisión de la literatura es analizar y sintetizar los resultados obtenidos de los diferentes estudios analizados para disminuir los errores y que el paciente reciba unos cuidados de calidad garantizando su seguridad.

## MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de Revisión de la literatura.

El estudio se ha llevado a cabo en dos fases, una primera de localización de estudios y una segunda de selección.

### 1. Localización de los estudios;

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sin restricción de idioma en diferentes bases de datos; Medline, Cochrane, índice Médico Español (IME), Google Académico, durante los meses de febrero y marzo, de 2013.

Se formula la pregunta siguiendo el formato Paciente, Intervención, Comparador y Outcomes (Sacket-PICO), con palabras clave descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs) y Medical Subject Headings (MeSH) adecuados al objeto de la búsqueda.

La búsqueda en bases de datos electrónicas se completo con una búsqueda manual. Teniendo en cuenta los estudios publicados con anterioridad a 2000, por ser referentes en el tema.

### 2. Selección de los estudios.

Se ha realizado en un primer lugar a través de la lectura del resumen del artículo. Detectando aquellos artículos que cumplieran con los criterios de selección establecidos, que han sido:

- Tipos de estudios: estudios relacionados con la comunicación en medicina y eventos adversos, y estudios de evaluación económica.
- Contexto: Hospitales, Atención Primaria y domicilio del paciente.
- Variable independiente: eventos adversos y consecuencias relacionados con la comunicación ineficaz.
- Medidas de resultado: impacto en los resultados del paciente y la seguridad.

Tras esta primera selección, se procedió a la lectura del texto íntegro de los artículos seleccionados. En esta etapa algunos artículos fueron

» **Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?**

## RESULTADOS

Tras la lectura de los artículos seleccionados, ponemos de manifiesto los perjuicios que se producen cuando existe una comunicación ineficaz entre profesionales de la salud, profesionales de la salud y familia y los distintos niveles de atención, agrupándolos en tres apartados:

Durante la atención prestada a un paciente:

Podría ser tratado por distintos profesionales en múltiples entornos.

Los pacientes se moverán a menudo entre áreas de diagnóstico, tratamiento y atención en forma regular.

Podrán encontrarse con tres turnos de personal por día. (3)

Durante el proceso de comunicación y transmisión de la información:

La comunicación entre las unidades y entre los equipos de atención en el momento del traspaso podría no incluir toda la información esencial, o esta podría interpretarse incorrectamente.(3)

Una comunicación ineficaz puede provocar graves interrupciones en la continuidad de la atención, un tratamiento inadecuado y un daño potencial para el paciente (1).

Los problemas de comunicación produjeron el 11% de los eventos adversos evitables. (4)

La comunicación adecuada permite, que los profesionales den una atención sanitaria apropiada y el paciente reciba cuidados de calidad garantizando así su seguridad.(3)

Estrategias para mejorar la seguridad del paciente:

Proporcionar información adecuada sobre su situación, antecedentes, evaluación del proceso y recomendaciones sugeridas.

Proporcionar información al personal en el momento del traspaso, a los profesionales en los cambios de turno y entre distintas unidades.

La asignación del tiempo suficiente para comunicar la información importante y para que el personal formule y responda preguntas.

El suministro de información referente al estado del paciente, medicamentos, planes de tratamiento y planes de cuidados de enfermería, directivas anticipadas y cualquier cambio relevante en su estado.

Al alta hospitalaria, tener toda la información clave referente a diagnósticos al alta, planes de tratamiento y cuidados de enfermería, medicamentos y resultados de las pruebas.

Fomentar la comunicación entre organizaciones para evitar la fragmentación de la información sobre el estado del paciente.

## CONCLUSIÓN.

Para mejorar la seguridad del paciente se debe de tener en cuenta:

Una atención más segura.

El trabajo en equipo de los profesionales.

Una comunicación efectiva entre sí y con los pacientes.

Un diseño de los procesos de prestación de atención eficaz.

Unos sistemas de apoyo de la atención eficaces.(3)

### » **Barreras detectadas durante el desarrollo.**

La comunicación es un elemento fundamental en la práctica enfermera, el saber escuchar y comprender al paciente y familia, interpretar gestos, miradas darse cuenta de si la información que se está dando es comprendida o por el contrario no la entienden. Este proceso es fundamental para la seguridad del paciente, es lo que nos asegura la continuidad del cuidado correcto y evita errores de medicación, pautas de cuidadojugando un papel fundamental en la calidad de vida y la satisfacción de las personas en general, y en los enfermos y sus familiares en

### » **Oportunidad de participación del paciente y familia.**

Participación activa en la toma de decisiones, aportando toda la información sobre la salud, responsabilidad en el seguimiento de tratamiento y haciendo un uso racional de los recursos

### » **Propuestas de líneas de investigación.**

Establecer protocolos de actuación para que la comunicación sea fluida y entendida tanto por el paciente como por la familia y así evitar errores y poder hacer al paciente en el plazo más corto lo más independiente posible.

» **Bibliografía.**

1. World Health Organization. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Mayo 2007.
2. Comité de Expertos en el Manejo de la Seguridad y Calidad en el Cuidado de la Salud. Consejo de Europa. 2005.
3. Ramírez Arias JL et al. La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. Acta Médica Grupo Ángeles. 2011; (9):3:167-174.
4. Zinn C. 14,000 preventable deaths in Australia. BMJ. 1995; 310-1487.