



ACTUACIÓN ENFERMERA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS



Laura Valero López. Diplomada en Enfermería

INTRODUCCIÓN

La seguridad, entendida como una asistencia sin riesgos de eventos no previstos, es considerada como una dimensión básica para que un servicio pueda alcanzar un nivel de calidad óptimo. Se estima que aproximadamente el 95% de los EA no se declaran, por ello, se han de establecer políticas que desarrollen la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y, no sólo estimular la capacidad de declaración, sino también establecer herramientas de trabajo que permitan detectar el riesgo de EA antes de que se produzcan, para poder introducir medidas de mejora en el sistema e intentar reducir el riesgo. No existe aún un cuadro completo de epidemiología de la seguridad y de los errores, ni una nomenclatura estandarizada, existiendo grandes diferencias entre autores y países:

Seguridad: ausencia de lesiones por accidentes.

Accidente: evento que produce perjuicios en un determinado sistema impidiendo los resultados deseados.

Error: acción fallida que no se realiza tal como se planificó (error de ejecución). O la utilización de un plan equivocado para la consecución de un objetivo (error de planificación).

Evento adverso: lesión o daño que se produce como resultado de una intervención sanitaria y desencadena una discapacidad que puede medirse. No es debida a la condición subyacente del paciente.

Evento adverso prevenible: evento adverso atribuible a un error.

Errores activos: actos inseguros cometidos por personas en contacto directo con el paciente o con el sistema (lapsos, equivocaciones, deslices, torpezas, incumplimiento de procedimientos).

Condiciones latentes: "patógenos residentes en el sistema". Proviene de decisiones tomadas por diseñadores, redactores de protocolos y la alta dirección.

OBJETIVOS

1. Analizar los EA más frecuentes en Urgencias y su origen.
2. Realizar un plan de enfermería para evitar los EA en urgencias.

Errores más descritos en urgencias

- **Diagnóstico**
 - Error en diagnóstico clínico
 - Retraso en el diagnóstico por falta de pruebas pertinentes
 - Falta de atención a la anamnesis
 - Error de identificación del paciente
 - Error de etiquetas identificativas en los tubos de hemograma
 - Contaminación de la sangre en el laboratorio
- **Tratamiento**
 - Demora peligrosa en la atención en urgencias
 - Alta prematura
 - Error en la realización de un procedimiento o una prueba
 - Error en la administración, dosis o método de un tratamiento
- **Prevención**
 - Fallo en proporcionar el tratamiento profiláctico
 - Seguimiento inadecuado del tratamiento
- **Otros**
 - Fallo de comunicación
 - Fallo del equipamiento

Factores favorecedores de errores en urgencias

- **Tipo de paciente y gravedad**
- **Profesionales**
 - Formación heterogénea
 - Plantilla, guardias, personal eventual, MIR...
 - Falta de seguimiento del paciente
 - Motivación (*burn out*)
- **Error de comunicación:**
 - Profesional - paciente
 - Profesional - profesional
 - Cambios turno o guardia
- **Errores medicación:**
 - Órdenes verbales
 - Mala letra: órdenes médicas, recetas
 - No revisión por Farmacia
- **Condiciones de trabajo:**
 - Escasa información sobre el paciente
 - Dificultad acceso a historia clínica
 - Interrupciones y distracciones
 - Turnos: intercambios de información
- **Presión asistencial**
 - Ratio médico-enfermera / paciente
 - Ubicación inadecuada del enfermo
- **Falta de trabajo en equipo**

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA

1. **Triaje:** Formación para enfermería en un sistema de triaje validado, que permite identificar y priorizar la atención urgente en función de las necesidades de los pacientes, como el Sistema Español de Triaje (SET), el sistema de Manchester, Canadá o Australia.
2. **Comunicación interprofesional:** Casos de extrema urgencia como parada cardiorrespiratoria o en el politraumatizado, pueden dar lugar a falta de comunicación, al igual que órdenes orales o con letra ilegible. Por lo que hay que fomentar el trabajo interdisciplinar. La enfermera debe confirmar siempre las órdenes médicas antes de ejecutarlas.
3. **Comunicación con los pacientes:** con diferencias culturales, idiomáticas, pacientes psiquiátricos, o bajo nivel cultural. Este es el hándicap de la enfermería: empatizar con los pacientes para así evitar errores, proporcionándoles libertad para expresarse, siendo asertivos en todo momento.
4. **Información insuficiente o inadecuada al paciente y/o familiares** ya que si no entienden bien qué les pasa y el tratamiento o seguimiento que deben hacer, pueden equivocarse provocando efectos adversos. Es por esto que se debe reforzar la buena información. Debemos "dedicar" tiempo a explicar al paciente y a su familia qué tiene y el tratamiento que necesita, asegurarnos de que nos han entendido y responder lo más claramente posible a sus preguntas.
5. **Jornada laboral** entre 8 y 12h.
6. **Formación adecuada** de los profesionales de urgencias. Se debe potenciar la formación continuada y facilitarla.
7. **Uso de guantes** diferentes para cada paciente.
8. **Lavado de manos** entre paciente y paciente.
9. **Correcta Identificación de pacientes:** Todo paciente debe llevar su pulsera, y tener abierta una hoja registro de enfermería, donde se anotaran todos los datos pertinentes de ese paciente.
10. **Cambios de turno:** Registro de todos los pacientes en hojas de enfermería de urgencias, donde se anotarán todos los cuidados realizados y medicación administrada por el enfermero saliente, y revisión de todos los pacientes por el entrante, siendo responsabilidad de ambos la correcta transmisión de la información.
11. **Sensibilización y formación de enfermería** en el conocimiento de los mecanismos de error, el análisis de los EA desde la perspectiva de sistemas y el conocimiento de algunas metodologías orientadas a la priorización de riesgos y rediseño de procesos.
12. **Establecer sistemas de análisis:**
 - a) Notificación voluntaria de Efectos Adversos: permite notificar, mediante sistemas que garanticen la confidencialidad, la detección y/o aparición de errores o eventos adversos, muchos de ellos previsibles por parte de los profesionales implicados. Se deben comunicar al equipo asistencial los datos recogidos, medidas adoptadas y soluciones.
 - b) Análisis modal de fallos y efectos (AMFE).

OBSERVACIONES

Para favorecer que la actuación diagnóstica y terapéutica sea la correcta, la guía de actuación debe ser apoyada por el centro hospitalario y por el personal de enfermería, ya que si no son aceptadas por la colectividad el plan fracasará. Se deben desarrollar estrategias específicas orientadas a disminuir la aparición de EA, disminución de la estancia hospitalaria y mejora de la satisfacción de los profesionales. En conclusión, para disminuir los errores que se producen en Urgencias se debe potenciar la formación de sus profesionales, aumentar la dotación material y humana, y realizar una buena educación sanitaria, para la involucración tanto del paciente como de su familia.

BIBLIOGRAFÍA

- Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 Informe. Febrero 2006 Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Jiménez Murillo L, Hermoso Gadeo F, Tomás Vecina S, Algarra Paredes J, Parrilla Herranz P, Burillo Putze G y Equipo de Trabajo de SEMES-EASP. Urgencias Sanitarias en España: Situación Actual y propuestas de Mejora. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Escuela Andaluza de Salud Pública Editores. Granada; 2007.

