

SALA 1

ANGELA MARIA SALAZAR MAYA

Prof. Facultad Enfermería. Universidad de Antioquía. Colombia



LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁREA DE ENFERMERÍA MÉDICA

SALA 1

La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Médica

D^a. Ángela María Salazar Maya.

Prof. Facultad Enfermería. Universidad de Antioquía. Colombia.

Doctora en Enfermería. Magister en Educación y desarrollo humano. Especialista en Gerencia Hospitalaria. Especialista en Enfermería Quirúrgica. Especialista en Enfermería Cardiológica. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE UN DESAFÍO PARA LA ENFERMERÍA EN EL CONTEXTO CLÍNICO

La seguridad es un asunto obligado en el cuidado en el contexto clínico pues el paciente corre múltiples riesgos debido a las relaciones entre los procesos, las tecnologías y la interacción humana (1), que de una u otra manera pueden contribuir a desencadenar eventos adversos.

El diccionario de la Real Academia de la Lengua define la condición de seguridad de un individuo como libre y exento de todo peligro, daño o riesgo (2). En la enfermería, diferentes autoras hacen referencias a este asunto; Nightingale la definió como: () todas las condiciones e influencias externas que afectan la vida y el desarrollo de un organismo y que pueden prevenir, detener o favorecer la enfermedad, los accidentes o la muerte(3). Otras teóricas que se refieren a la seguridad son Abdellah y Henderson.

La seguridad es un atributo de las dimensiones emocional y técnica y científica del cuidado de enfermería. La dimensión emocional está conformada por múltiples detalles que se dan en la interacción. Actitudes de la enfermera como estar atenta, ser cariñosa; demostrar interés; mantener informado al paciente, exaltar habilidades del equipo de trabajo durante el proceso de cuidado, estar centrada en el paciente, emocionalmente abierta y disponible (4), promueven sentimientos de seguridad, tranquilidad y confianza.

Entre los atributos emocionales de sentirse seguro están: la confianza, sentirse cuidado, y la presencia:

La confianza es uno de los signos de sentirse seguro. La confianza mejora la sensación de seguridad, permiten a los pacientes relajarse y construir relaciones con la enfermera o profesional de la salud (5).

Sentirse cuidado abarca múltiples características entre las que incluyen la capacidad de respuesta de la enfermera, el control y el seguimiento que hace de la situación del paciente; su aptitud de ofrecer ayuda oportuna, anticipándose a las necesidades, y su disponibilidad.

La presencia, tanto de la enfermera como de la familia. La disponibilidad de las enfermeras y su atención oportuna crea sentimiento de seguridad en los pacientes. La presencia de las enfermeras en esos momentos de capacidad reducida y vulnerabilidad los ayuda a sentirse seguros (6). De igual manera, la familia, juega un papel fundamental en la sensación de seguridad del paciente. Una familia que acompaña y proporciona un toque de amor es extremadamente valiosa y reconfortante para los pacientes.

Por otro lado, encontramos la dimensión técnica y científica, con sus procesos y procedimientos técnicos de enfermería, el contexto seguro y los aspectos tangibles, de los que hace parte el cuidado del mundo material (7).

Un ambiente seguro garantiza la ausencia de lesiones, la prevención y eliminación de los riesgos inherentes a los dispositivos médicos, el uso de diferentes mecanismos de protección, y la seguridad de los equipos (8); también la práctica segura que depende de los conocimientos, habilidades y competencias de enfermería (9).

En general, cuando un paciente accede al sistema de salud y en especial al área clínica, él y su familia esperan que el cuidado y su tratamiento sean brindados por profesionales, en un entorno seguro y sin menoscabo de su bienestar. Sin embargo, están expuestos a diferentes categorías de riesgo como: ergonómicos,

eléctricos/fuego, biológicos, químicos entre muchos otros.

Estos riesgos pueden llevar a eventos adversos. Moullin (10) los define como los daños, las amenazas que comprometen la seguridad de un paciente y se derivan de dos fuentes principales: las intervenciones directas de los profesionales en el ejercicio del tratamiento o la atención al paciente, y una exposición indirecta del paciente a riesgos innecesarios.

Así, el cuidado en este contexto es cada vez más complejo; la tecnología que ayuda a los diferentes procesos, está migrando rápidamente a estos servicios (11).

Por esa razón, se debe tener en cuenta, la gestión de la seguridad en este contexto es un reto.

Actualmente, el éxito de la seguridad del cuidado se logra mediante un trabajo en equipo, donde cada uno tenga una clara comprensión de sus propios roles y contribuya al mejor resultado para el paciente. Pues los eventos adversos alargan la permanencia del paciente e implican un gran aumento en los costos y en los litigios médicos. Pero aún más importantes son los gastos no financieros, como el aumento del dolor, el sufrimiento, la ansiedad y la insatisfacción del paciente y sus allegados y la pérdida de confianza en el cuidado de los sistemas de salud (12).

El acontecimiento adverso no debe ocurrir, si existe conocimiento para evitarlo. El conocimiento debe traducirse en soluciones que se puedan llevar a la práctica para hacer seguras las situaciones inseguras. El diseño de soluciones eficaces, que incluya estrategias para identificar, detectar y comunicar posibles eventos adversos a todo su equipo, es una gran responsabilidad de la organización.

Además, las organizaciones están obligadas a garantizar que todo el personal sea competente y consciente de la seguridad. Para mejorar la seguridad de los pacientes, las organizaciones deben crear alianzas con todos, profesionales de la salud, administradores, personal de apoyo, pacientes y miembros del público en general. La intención aquí es trabajar juntos para generar ideas que puedan transformarse en soluciones para la seguridad de los pacientes.

Por tanto, en el análisis sistemático del peligro se requiere identificar las condiciones de riesgo para mitigarlas o eliminarlas. Este proceso se lleva a cabo mediante un programa para el mejoramiento de la seguridad del paciente que comprenda:

• El cambio en la cultura organizacional.

• Sistemas de información para la vigilancia del error e identificación de eventos adversos.

• El mejoramiento continuo de la seguridad de los pacientes

• La gestión de conocimiento.

Consideraciones finales:

La seguridad en el proceso de cuidado en el área de Enfermería Médica está presente en las dimensiones emocional y técnico-científica.

Los eventos adversos tienen repercusiones financieras y humanas para la institución, el paciente y la sociedad, por lo que la enfermera debe evaluar la prestación de la atención, la gestión del cuidado y el sistema.

La clave para lograr soluciones eficaces al problema de los eventos adversos implica la comprensión de los múltiples factores que hacen insegura la práctica. Es necesario un cambio en la cultura organizacional respecto al cuidado de la salud, para lograr ambientes de trabajo que apoyen la seguridad. Además, es necesario un debate abierto y franco que incluya la divulgación a todo el personal de las múltiples facetas de los eventos adversos. Solo así las organizaciones serán capaces de producir datos precisos, claros, accesibles, que sirvan para llevar a cabo los cambios en la práctica y promover la seguridad de los pacientes.

El conocer y reportar los eventos adversos es un paso absolutamente necesario para su corrección y debe ser una política permanente en el área clínica, incorporando indicadores en búsqueda de una permanente mejoría de la calidad de la atención.

Para finalizar, los pacientes merecen seguridad y calidad en el cuidado, así que debemos identificar las barreras que obstaculizan el cumplimiento de este propósito y establecer prácticas para alcanzarlo. Un error en este contexto puede

acarrear la muerte, una falla u otra consecuencia no tan extrema para el paciente. Cualquier violación debe ser un motivo de preocupación. Una cultura de la seguridad reconoce la importancia de la comunicación y el

trabajo en equipo como un vehículo para lograr coordinación e integración, así que también depende de las percepciones, actitudes, conocimientos y habilidades de los trabajadores de salud.

Referencias bibliográficas:

- 1 Villarreal Cantillo E. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Salud Uninorte. 2007; 23(1):112-119
- 2 Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 22ªed. Madrid: Mateu-Cromo; 2001.
- 3 Pfetscher SA, Nightingale F. La enfermería moderna. En: Marriner Tomey A, Alligood MR. Modelos y Teorías de enfermería. 6 ed. Madrid: Elsevier, 2007. Pp: 71-89.
- 4 Finfgeld-Connett D. Meta-synthesis of caring in nursing. J Clin Nurs. 2007; 16(1): 1- 9.
- 5 Anttonen MS, Nikkonen M, Kvist T. The quality of hospice care assessed by family members of patients in a Finnish hospice. J Hosp Palliat Nurs 2011; 13(5): 318325.
- 6 Hupcey J. Feeling safe: the psychosocial needs of ICU patients. Image J Nurs Sch 2000; 32(4) 361367.
- 7 Salazar Maya AM. Conviviendo con la ambivalencia en las interacciones de cuidado en el periodo perioperatorio. [Tesis de doctorado] Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2008. p. 381-395.
- 8 Clark AM, Whelan HK, Barbour R, MacIntyre PD. A realist study of the mechanisms of cardiac rehabilitation. J Adv Nurs 2005; 52(4): 362371.
- 9 Baker JA, Keady J, Hardman P, Kay J, Jones L, Jolley D. Medicine use in older peoples inpatient mental health services. J Psychiatr Ment Health Nurs 2010; 17(3): 280285.
- 10 Moullin M. Delivering Excellence in Health and Social Care. Buckingham: Open University Press 2002.
- 11 Gershon RRM, Dailey M, Magda LA, Riley HEM, Conolly J, Silver A. safety in the home healthcare sector: development of a new household safety checklist. J Patient Saf 2012; 8(2): 51-59.
- 12 Brady AM, Redmond R, Fleming S, Keenan P, Malonemba AM, Sheerin F. Adverse events in health care: a literature review. J Nurs Manag 2009; 17(2): 155164