

SALA 4

MIRIAM COSTABEL

Prof. Directora. Cátedra de Adulto y Anciano. Facultad de Enfermería. Universidad La República. URUGUAY



LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁREA DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

SEGURIDAD DE PACIENTES EN CENTROS DE CUIDADOS CRÍTICOS Y LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

Costabel, Miriam.

Piñero, Gloria.

Ocampo, Carolina.

Desde Florence Nightingale, hasta la actualidad la enfermería ha mostrado interés y compromiso para el logro de la calidad y seguridad de los pacientes. La enfermera tiene la posición clave para mejorar la calidad de la atención médica a través de intervenciones y estrategias de seguridad del paciente.

La contribución más importante de la enfermería a la seguridad del paciente, en cualquier contexto, es la capacidad de coordinar e integrar los múltiples aspectos de la calidad dentro de la atención proporcionada directamente por la enfermera, ya través de la asistencia prestada por otros en el entorno. Interceptación de errores accidentes de los demás, así como el seguimiento y la vigilancia que identifica riesgos y el deterioro del paciente antes de que se conviertan en errores y eventos. En Uruguay el Ministerio de Salud crea una estructura llamada Comisión de SP COSEPAS que se replican en cada centro de salud a nivel nacional y se rige bajo la norma de Guide for developing national patient safety policy and strategic plan OPS OMS.

La Gestión clínica en calidad es determinante de la seguridad del paciente por cuanto la Gestión Hospitalaria y de cada una de sus unidades debe estar Planificada estratégicamente. Cada unidad debe definir sus procesos y los procesos de mejora continua. La comprensión de la cultura permite el cambio Es la autoridad quien la define, quien fija el estándar pues es quien se compromete a suministrar lo necesario para alcanzar el indicador fijado conlleva un Plan, RR, costos, y un plan de retroalimentación de la debilidad, incluso con artefactos punitivos y o bonificaciones

La SP para la Prevención de EAM según las recomendaciones OMS está relacionada directamente con la gestión Calidad de los servicios clínicos, por la Gestión Gestión por Procesos. O La Gestión Clínica.

En las instituciones que trabajan las enfermeras se Centran las actuaciones en el usuario. Los profesionales son los que deben ser implicados como principales protagonistas del cambio. Deben garantizar una práctica clínica acorde con el conocimiento científico disponible. Facilitar la continuidad asistencial y evaluar los resultados obtenidos. El EA O EAM surge de una cadena de errores. El liderazgo y la comunicación son dos en la serie de acontecimientos que conduce a daño al paciente.

La literatura Informa que la causa de le errores son "incumplimiento de los procedimientos normalizados, la falta de liderazgo, interrupciones en la comunicación o el trabajo en equipo, con vistas o ignorar falibilidad individual, y perder de vista los objetivos. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEaS) y Estudios llevados a cabo en Estados Unidos y Canadá (1) relacionan la dotación , calificación de la enfermera con la seguridad de pacientes cuya tesis son que se debe Mejorar el entorno laboral, especialmente en la enfermería y en la gestión de servicios que ella presta. El modelo Calidad EFQM delimita los componentes del liderazgo, personas, política y Estrategia, alianzas y recursos, procesos, resultados en las personas, resultados en los clientes, resultados en la Sociedad y resultados clave en gestión de procesos, satisfacción de profesionales que implica la formación, la remuneración y cargas de trabajo y estos son los aspectos que se deben trabajar para garantizar la SP.

La revisión avanzada bajo los términos sobre EA arrojan que los más comunes son los errores con medicación, remoción accidental de sondas y catéteres, infecciones nosocomiales, error en la técnica de procedimiento y de ocurrencia de úlceras de presión, la documentación escrita a mano, el manejo de fármacos, los cambios de turno, la falta de entrenamiento en determinadas situaciones, y la ausencia de reuniones de trabajo multidisciplinar eventos adversos relacionados con los cuidados efectos adversos por contención física ,efectos adversos por la medicación, pacientes con fármacos de obligada supervisión , pacientes que desarrollan desnutrición, lesiones por presión. Se efectuó un estudio descriptivo cuantitativo de corte transversal, en Licenciados de Enfermería N 276 de UCI 2012,2013, con consentimiento N no probabilística. Las variables estudiadas: medicamentos de aspecto o nombre

similar, identificación de pacientes, sistema de cruce de información en el pase de guardia, comunicación durante el traslado y control del error. Los resultados evidencian que un 85% femenino, 33% trabaja en servicios polivalentes y un 26% área de cuidados intermedios con una antigüedad de 1 a 5 años en el 49 %. edades 24 35 años 69%. El 29 % refieren que las instituciones cuentan con COSEPA y un 69 % manifiestan que sus servicios operan con medicamentos de nombre y aspecto similares, en cuanto a las medidas implementadas para la prevención EAM un 87 % marcan el cruce de información en el pase de guardia con un buen sistema de información verbal y escrito en un 62%, un 58% especifica la identificación de pacientes. En cuanto a las medidas de control el 26% indica utilizar protocolos del servicios, el 22% el uso de información de H.C, comunicación con el familiar y un 15% afirman que se elaboró y se aplican directrices terapéuticas normalizadas para la prevención de EAM. El estudio pudo explorar la situación de seguridad de los ambientes clínicos donde un 54% expresan no contar con programas de educación. La OMS propone nueve soluciones(2) basadas en intervenciones y acciones que han reducido los problemas relacionados con la SP.

Las soluciones OPS se centran en; Medicamentos de aspecto o nombre parecidos, Identificación de pacientes, Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto, control de las soluciones concentradas de electrolitos, asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales, evitar los errores de conexión de catéteres y tubos, asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales, evitar los errores de conexión de catéteres y tubos, usar una sola vez los dispositivos de inyección y mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud. Intereso conocer si los miembros de los equipos de las UCI poseían conocimientos sobre el tema que es muy complejo.

El estudio IBEAS (3) 2007-2008 arrojó datos alarmantes de errores que se producen durante la internación hospitalaria. el error en la administración de medicación en las diferentes vías de administración considerado como un evento previsible y evitable, error de identificación al realizar un procedimiento y/ o estudio ENEAS, año 2006 Podemos citar las palabras Costabel, 2011 Montevideo Directora de la Cátedra de Salud del Adulto y Anciano de la Facultad de Enfermería, UDELAR.expresó para lograr buenos resultados, los equipos de salud deben estar organizados con planes de mejora y cuidados estandarizados basados en modelos de calidad Panamericana de la Salud), la OMS puso en marcha una nueva Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente siendo su meta consolidar y coordinar las iniciativas mundiales y nacionales para mejorar la seguridad del paciente en todo el mundo (4,5). Esto requiere de un cambio de cultura desde el organismo prestador de atención de salud con predisposición y compromiso por parte de los profesionales para reconocer nuestros errores, aprender de ellos y encontrar la forma de asegurarnos de que no se repitan y no vuelvan a causar daño.

Un alto porcentaje notifica que confía al momento de informar sobre un evento adverso. Se debe resaltar que en relación a las recomendaciones de la OMS, la mayoría responde aplicar las normativas relacionadas a la medicación como el uso de dispositivos por única vez, comunicación durante el traslado y normas de bioseguridad sin embargo no aplican normas prioritarias para prevenir EAM como es la identificación de tubos y catéteres que dado las características de este tipo de pacientes, estaría advirtiendo una alta probabilidad del error. En cuanto se les solicita manifiesten cuales son las medidas ejecutadas para la prevención EAM un alto porcentaje no respondió y en lo que respecta a la implementación de programas de educación se evidencia un espacio vacío ya que el mayor porcentaje lo marca como negativo. La investigación consumada mostró una población joven ejerciendo una misma especialidad en un tercer nivel de atención, que gestionan el cuidado de un elevado número de pacientes que señalamos ausencias y/o desconocimiento de las normativas institucionales que orienten su labor cotidiana y ausencia de programas de formación.

Los factores señalados podrían contribuir a la producción de diversos errores como en la EAM .Si bien se podría relacionar que a menor edad, menor experiencia laboral y/o breve periodo de ejercicio profesional y /o antigüedad en su cargo, este estudio evidencia un abanico de interrogantes. Se evidencia la necesidad de actualizar a los profesionales y evaluar al personal La práctica profesional en las áreas de terapia intensiva debería ser rigurosamente monitoreada antes del ingreso a trabajar en el área con una orientación programada y acreditada.

El trabajador debería conocer las normas y protocolos los cuales deberían ser actualizados cada 2 años y certificados por las autoridades competentes, consideramos además que las obligaciones y responsabilidades institucionales no exime al propio trabajador de ser el propio garante de la atención que brinda para lo cual deberá buscar los medios para su capacitación no todo queda librado a la responsabilidad institucional. La presente investigación deja la expectativa de indagar sobre la percepción que tienen los administradores sobre costos beneficios en controlar los indicadores que aseguren la calidad, evite y/o disminuya los errores, minimice los daños, además de estudiar la concientización de licenciados en cuanto a los factores que conllevan al error.

Los modelos a seguir sería aplicación de los indicadores de calidad (6) para inferir en los cambios y mejorar los procesos Nos adherimos a que las siguientes estrategias y indicadores serían las

recomendaciones a seguir para el alcance de las buenas practica y la optimización de los mejores resultados .Usuario, cliente, paciente y familia informados. Consentimiento informado según la ley (confidencialidad).Satisfacción del paciente, flia. Cuadros de mando en las unidades.Existencia de mapas de riesgo.Sistema de notificación del efecto adverso o evento adverso potencial o real. Personal acreditado, planes de formación, reciclaje de conocimientos, habilidades y actitudes Aikin 2006. Control de la medicación (los 9 correctos), de la piel, infecciones, Control de riesgos laborales .Control de la caída del paciente. Implante de un mapa de procesos asistenciales de patologías críticas (optimizar tiempos, administrar la urgencia , caos) .Protocolizar los cuidados , guías, acceso a bases de evidencias clínicas (capacitar, supervisar , evaluar).Historia digital para evitar el error en la transmisión de datos del paciente .Acuerdos en el plan de gestión clínica y cumplimiento, y crear indicadores de rendimiento.Promover el trabajo en equipo, coaching otros.Clasificación de pacientes brinda eficacia al cuidado.Establecer debates clínicos con todo el equipo, compartir ideas, innovar. Planes de promoción formación, investigación. Socialización de la producción o indicadores asistenciales de la unidad, tanto clínica como financiera

REFERENCIAS

- 1.- <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2008/CostesNoSeguridadPacientes.pdf>
- 2.- OMS Los 9 soluciones correctas para salvar vidas <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es>
Ciencia y Enfermería XVI (1): 85-95, 2010 http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art_10.pdf
- 3.- www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/recursos/.../43_estudio
- 4.- www.paho.org/spanish/dd/pin/perspectivas21.htm
- 5.- <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=65942>
- 6.- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Características de los indicadores clínicos. Control de calidad asistencial 1991; 6: 65-74

BIBLIOGRAFÍA

- Costabel, Miriam, Manual de técnicas y tecnologías de enfermería, Facultad de Enfermería FERMUR 2ª Edición año 2011
- Cometto, María, Enfermería y seguridad de los pacientes, Washington , D.C. : OPS, 2011
- Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. To err is human: Building a Safer Health System. Washington: National Academy Press, 2000
- Laurence L. Brunton, John S. Lazo, Keith L. Parker Goodman & Gilman, Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica, 11ª Edición 2006
- Sampieri, HR, Fernandez CC, Baptista LP. Metodología de la Investigación. Ed. Mc Graw Hill, 4 ed. México, 2003.
- Sitterding, Mary Cathryn .et allí Understanding Situation Awareness in Nursing Work Advances in Nurses Science Vol. 35, No 1. pp77-92 2