

LUCES Y SOMBRAS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE GESTIONANDO LOS CUIDADOS

Autor principal:

ROSA M
LOPEZ
QUIRCE

Segundo co-autor:

MARÍA ELENA
MEDIAVILLA
MARCOS

Tercer co-autor:

MARÍA ANTONIA
MEDIAVILLA
MARCOS

Área temática:

Calidad y Prácticas Seguras en el área de Enfermería Comunitaria y Familiar

Palabra clave 1:

Seguridad del paciente

Palabra clave 2:

Evento adverso

Palabra clave 3:

Cuidado de enfermería

Palabra clave 4:

Calidad

Resumen:

La seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicas, que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o mitigar sus consecuencias. Constituye una prioridad en la gestión de calidad del cuidado que se brinda.

La esencia de enfermería es el cuidado y debemos interpretar los cambios para poder replantear el ejercicio profesional dentro del nuevo contexto que se presente. La seguridad exige establecer normas de calidad, toma de decisiones, articulación de los recursos y capacidad para responder a las necesidades del paciente. En la prestación de cuidados existen factores que pueden abocar a errores como: la sobrecarga de pacientes, fatiga laboral, complejidad de trabajo en equipo, cultura organizacional, falta de comunicación, que pueden tener consecuencias graves que incluyan la muerte del paciente, por lo que existe la necesidad de trabajar para mejorar la seguridad y la enfermería debe asumir ese reto.

Material y Método: Revisión bibliográfica de la literatura

Objetivo: Reflexionar sobre la seguridad del paciente como responsabilidad profesional en el acto del cuidado

Resultados y Discusión:

La falta de cultura en seguridad, los errores asociados al cuidado y el temor a comunicarlos, hace necesario crear una cultura institucional en seguridad, implementar prácticas seguras, formación continuada, investigación y planificación que guíen a cuidados más seguros.

Antecedentes/Objetivos:

Objetivo general: Reflexionar sobre la seguridad del paciente como responsabilidad profesional en el acto del cuidado.

Objetivos específicos:

Identificar los errores más frecuentes en la prestación de cuidados.

Conocer las barreras en seguridad de profesionales y organización.

Reconocer las potencialidades que puedan favorecer el cambio.

Descripción del problema - Material y método:

Se realiza una búsqueda bibliográfica de la literatura durante los meses de Enero, Febrero, Marzo de 2016 en las siguientes bases de datos: Biblioteca Virtual de Salud, Scielo, Cuiden, Medline, Cochrane, Inahata, Institute Joanna Briggs (JBI), Google Académico, Pubmed, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS), Guíasalud.

Se establecen restricciones de lenguaje, incluyéndose solo los escritos en inglés o castellano.

Palabras clave: Seguridad del paciente, evento adverso, cuidado de enfermería, calidad.

Key words: Patient safety, adverse event, nursing care, quality.

Criterios de inclusión/exclusión

En cuanto a la fecha de publicación se restringirá el tiempo seleccionando sólo aquellos artículos publicados durante los años 2006-2016.

Como criterios de inclusión se incluirán revisiones sistemáticas y metaanálisis, ensayos clínicos y estudios de cohorte y de casos y controles.

Se excluirán artículos duplicados o desfasados por estudios posteriores, artículos de comentarios o editoriales y artículos metodológicamente no aceptables para lo cual se realizará una lectura crítica de todos ellos.

Se realizará una primera lectura de todos los títulos, y se descartarán los que no tengan relación con el tema de la revisión. Posteriormente se leerán los resúmenes con los que se realizará un segundo descarte y se evaluarán para determinar si cumplen los criterios de inclusión. Finalmente se realizará la lectura de aquellos artículos cuyo título y resumen cumplan los criterios de inclusión-exclusión.

Resultados y discusión:

Se analiza y discute la información de los artículos seleccionados y revisados.

En 2003 M.G. Moreno Monsiváis refiere que desarrollar una cultura de calidad y seguridad donde hacer las cosas bien y libres de riesgo sea un compromiso que involucre a todos los niveles de la organización y no exista temor a notificar los errores sino que sea una oportunidad de aprendizaje individual y organizacional. Se debe contar con programas de formación continuada que mantenga actualizado al personal para brindar un servicio de calidad y libre de riesgos.¹

En 2011 Urbina Laza en su estudio sobre las competencias del personal de enfermería permitió conocer los principales aspectos que son causas de errores asociados al cuidado como: sobrecarga de pacientes, fatiga laboral, complejidad del trabajo en equipo, cultura

organizacional, miedo al castigo y falta de análisis sistemático de errores, donde se evidencia que la responsabilidad profesional está implícita en el acto del cuidado lo que demanda una formación de enfermeros con visión científica capaz de brindar cuidados de calidad y libres de riesgo.²

En 2010 Martínez Ques y cols. en su estudio para conocer las inquietudes de los profesionales de enfermería acerca de la seguridad del paciente y desvelar los principales obstáculos en la práctica diaria y los condicionantes que pueden favorecer un cambio organizacional, señalaron que las barreras giran en torno a la posición corporativa de los profesionales, la organización e infraestructura, presión asistencial, escasa protocolización y ausencia de liderazgo en seguridad, falta de indicadores fiables y aceptados, falta de comunicación y carencia de formación específica en seguridad por lo que existe la necesidad de trabajar para mejorarla.

En relación a las potencialidades que podrían favorecer el cambio, se apuntan como positivas: fomentar la cultura en seguridad, formación y desarrollo profesional, potenciar la relación de profesionales con pacientes y la investigación en cuidados.³

En 2007 E. Villarreal Cantillo, refiere que las intervenciones para el cuidado de la salud, están implicando riesgos a partir de la conjugación de procesos, tecnologías e interacciones humanas que si bien contribuyen en acciones beneficiosas, también incluyen la posibilidad de práctica insegura para que ocurran eventos adversos, por lo que hace falta documentar más las evidencias científicas debido al subregistro de información de eventos adversos por la reticencia del personal sanitario para notificarlos, por miedo a que se interprete como negligencia en el cuidado y sea la base para posteriores demandas por mala praxis.⁴

El 2006 A.I. Gómez Córdoba y cols. a través del análisis del evento adverso, resaltaron que tiene impacto en el paciente y su familia por las lesiones físicas o daño psicológico que produce, en los profesionales por el estrés postraumático, depresión, ejercicio profesional a la defensiva, costos en el patrimonio y buen nombre; en el sistema de salud por el costo de los eventos adversos y en la sociedad por la pérdida de credibilidad en la calidad de los servicios cuando salen a la luz pública.

El 70% de los eventos adversos son prevenibles. Los errores pueden evitarse si se diseñan sistemas que hagan que sea difícil equivocarse y fácil hacer las cosas bien.⁵

Aportación del trabajo a la seguridad del paciente:

Los principales aspectos que causan errores en los cuidados por parte del profesional son: presión asistencial, falta de protocolos, fatiga laboral, carencia de formación específica en seguridad, complejidad del trabajo en equipo, falta de comunicación con el paciente.

Por parte de la organización: organizaciones variables, falta de personal, escasa protocolización, falta de cultura de seguridad y calidad.

Los eventos adversos causan impacto en pacientes y familia por las lesiones físicas o psicológicas pero también en los profesionales causándoles estrés, depresión y práctica a la defensiva; en el Sistema de Salud por los costos que representan y socialmente por la pérdida de credibilidad de los servicios cuando salen a la luz pública.

Es necesario desarrollar una cultura de seguridad y calidad donde los errores no sean tratados como una amenaza sino como una oportunidad de aprender y mejorar la seguridad.

Las mejores herramientas de los enfermeros para mejorar la seguridad en cuidados son: formación, investigación, práctica basada en evidencias y la idea de que la seguridad del paciente es la seguridad de todos nosotros.

El Sistema debe por tanto conocer y reconocer sus errores, además de proponer medidas para evitarlos, sabiendo que una parte de estos generan daños en los pacientes.

Propuestas de líneas futuras de investigación:

Fomentar la cultura de seguridad en las organizaciones y profesionales.

Potenciar la formación continuada de los profesionales.

Desarrollar investigación en cuidados y en sistemas de seguridad.

Desarrollar protocolos y guías clínicas con evidencias científicas para mejorar el trabajo de los profesionales y con ello la seguridad del paciente.

Gestionar la sobrecarga de trabajo para favorecer la comunicación con los pacientes.

Bibliografía:

1. Moreno Monsiváis, María Guadalupe. Calidad y seguridad de la atención. Ciencia y enfermería, 2013, vol. 19, no 1, p. 7-9.
 2. Urbina Laza, Omayda. Competencias de Enfermería para la seguridad del paciente. Revista Cubana de Enfermería, 2011, vol. 27, no 3, p. 239-247.
 3. Martínez Ques, Ángel Alfredo; Hueso Montoro, César; Gálvez González, María. Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería. Revista latino-americana de enfermagem, 2010.
 4. Cantillo, Elizabeth Villarreal. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Salud Uninorte, 2007, vol. 23, no 1, p. 112-9.
 5. Gómez Córdoba, A. I.; Espinosa, A. F. Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. Cuidar es pensar. Aquichan, 2006, vol. 6, no.1, p. 54-64.
-