

HERRAMIENTAS DE GESTIÓN DEL CUIDADO, ELEMENTOS CLAVE EN LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA



Sandra Milena Paternina Vergara

Facultad de Ciencias de la Salud

Medellín Colombia

2017



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CENTRO DE INVESTIGACIONES

NOTA DE ACEPTACIÓN

Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto de Grado: "Herramientas de gestión del cuidado, elementos claves en la seguridad de los pacientes", elaborado por la estudiante: SANDRA MILENA PATERNINA VERGARA, del programa de Enfermería, nos permitimos conceptuar que éste cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Dirección de Investigación y por lo tanto se declara como:

Aprobado - Bueno

Medellín, Octubre 19 de 2016

Mg. Jose Chavés
Presidente

Mg. Cielo Rebeca Martínez
Secretaria

Mg (c). Olga Liliana Mejía
Secretaría

Sandra Milena Paternina
Vergara
Estudiante

Se agradece por su contribución para el desarrollo de este trabajo a la docente Cielo Rebeca Martínez Reyes, por permitirme participar en su equipo de trabajo investigativo, por el compromiso continuo de educación, al brindarme su apoyo, comprensión y confianza, además por instruirme sobre cada una de las herramientas necesarias para lograr el cumplimiento de los objetivos propuestos.

**HERRAMIENTAS DE GESTIÓN DEL CUIDADO, ELEMENTOS CLAVE EN LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE
CARE MANAGEMENT TOOLS, KEY ELEMENTS IN PATIENT SAFETY**

Cielo Rebeca Martínez Reyes. Enfermera. Magister en Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud. Especialista en Gerencia de Proyectos. Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud. Coordinadora Microcurrículo Cuidado del Niño y del Adolescente. Corporación Universitaria Adventista de Colombia.

Sandra Milena Paternina Vergara. Estudiante de VIII Semestre de Enfermería. Corporación Universitaria Adventista de Colombia.

Correspondencia: Cielo Rebeca Martínez Reyes. Correo electrónico cielorebe26@hotmail.com

Número de palabras: 1485.

RESUMEN

La seguridad del paciente es un insumo esencial para la recuperación de la salud, porque está ligada íntimamente con acciones que evidencian un acuerdo personal y profesional en el ejercicio del cuidado. Por ello, seguridad y cuidado se convierten en atributos tácitos de la calidad, y dado que el enfermero mantiene un contacto constante con el paciente, la gestión, se constituye en un elemento fundamental para brindar y evaluarla.

En atención a esta necesidad, es imperativo que los enfermeros asuman un rol de líderes en la gestión del cuidado, implementando de manera adecuada estrategias como el cambio de turno y la ronda de enfermería, las cuales dinamizan la disciplina y aportan autonomía al quehacer enfermero, mejoran el trabajo en equipo y propician el cumplimiento de las metas de seguridad del paciente promulgadas por la Organización Mundial de Salud, con lo cual indiscutiblemente se disminuye el riesgo de eventos adversos.

PALABRAS CLAVE: Seguridad del paciente, gestión, cuidado de enfermería. (Términos DeCS)

ABSTRAC

Patient safety is essential for the recovery of health, because it is closely linked with actions that demonstrate a personal and professional agreement on the exercise of care. Therefore, safety and care become tacit quality attributes, and because the nurse maintains constant contact with the patient, management, constitutes a fundamental element to provide it and evaluate it. In response to this need, it is imperative that nurses assume a leadership role in care management, implementing properly strategies such as shift change and the nursing round, which energize the discipline and providing autonomy to the nursing role, improving teamwork and foster compliance with patient safety goals promulgated by the World Health Organization, which indisputably reduces the risk of adverse events.

KEYWORDS: Patient safety, management, nursing care. (MeSH Terms)

La seguridad consiste en la conservación de los factores vitales del ser humano, de tal forma que se proteja de cualquier condición que minimice su oportunidad de realización. En este contexto, la seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. (1)

La seguridad del paciente, inmersa en el cuidado de enfermería no es algo nuevo; de hecho, se encuentra implícita en teorías de enfermería como la de Nightingale, quien analiza la disciplina como ciencia del cuidado que trasciende bajo los lineamientos de seguridad y protección. (2) Así, al institucionalizar la enfermería por medio de la significación que poseía el ambiente hospitalario con relación al proceso de cura y recuperación, Florence valorizó la seguridad del paciente, mediante la utilización del razonamiento inductivo para establecer las leyes de la salud, la enfermedad y la enfermería a partir de sus observaciones y experiencias. (2)

De esta manera se puede afirmar que la seguridad es un componente constituyente e intrínseco del cuidado, supone admitir que sin seguridad no hay cuidado y sin éste no habrá seguridad, por lo tanto, hablar de cuidado seguro constituiría una redundancia. (3) Por ello, la seguridad del paciente es un insumo esencial para la recuperación de la salud, debido a que está ligada íntimamente con la realización de acciones que evidencian un acuerdo personal y profesional en el ejercicio del cuidado.

No obstante, está involucrado íntimamente con el sistema de atención en salud, que se caracteriza por procesos complejos, mediados por interacciones humanas, tecnologías y situaciones estresantes que pueden ser detonantes de errores no siempre atribuibles a la negligencia de un individuo en particular, sino más bien explicables por la concurrencia de fallas en los procesos, impactando negativamente en el paciente y generando los llamados eventos adversos (1, 4), situaciones que diezman la salud, estableciendo una brecha entre la calidad del cuidado esperada y la realmente proporcionada.

En Colombia, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud establece la seguridad como una característica, que en 2008 se convierte en una política nacional, cuyo objetivo primordial es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y eliminar en lo posible la ocurrencia de eventos adversos (5), definidos por la Organización Mundial de la Salud como un incidente que causa daño al paciente (6), es decir, lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, las cuales son más atribuibles a ésta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, incapacidad, deterioro en el estado de salud del paciente, demora del alta, prolongación de la estancia e incremento de los costos de no calidad, dentro de los que se encuentran graves repercusiones financieras en los gastos de la atención de salud. (7, 8) }

Entendiendo la seguridad desde el ámbito disciplinar, puede afirmarse que es la suma de conocimientos y las actitudes del equipo de enfermería que tiendan a evitar, disminuir o mitigar el daño potencial evitable durante la atención. (9)

En este sentido, el cuidado y la seguridad se constituyen en atributos indispensables de la calidad, la cual consiste en disponer y organizar los elementos y recursos de un sistema de salud para lograr los mejores resultados posibles en el bienestar y la vida de los pacientes (10), y dado que el enfermero, mantiene un vínculo y contacto constante con ellos, la gestión del cuidado, se constituye en un elemento fundamental para proporcionar seguridad y confianza al paciente (11) y evaluar la calidad del cuidado brindado.

En atención a esta necesidad, es imperativo que los enfermeros asuman un rol de líderes de cuidado a partir de su adhesión a la cultura de seguridad del paciente, identificando los elementos que están presentes en las prácticas de calidad (3, 10) e implementando estrategias de gestión ya existentes encaminadas a favorecerlas, como el cambio de turno y la ronda de enfermería, las cuales dinamizan la disciplina y aportan autonomía al quehacer enfermero.

La primera de ellas, el cambio de turno, que en el sentido más estricto es una actividad comunicativa oportuna y efectiva con el equipo de enfermería, tiene como propósito organizar y planificar las intervenciones (11, 12); es un momento clave para garantizar la continuidad del cuidado y la seguridad de paciente, donde se da cuenta de las acciones realizadas y se trasfiere la responsabilidad de los pacientes (13, 14). No obstante, situaciones durante este momento como conversaciones paralelas, no verificación del libro de novedades, ruidos, salidas anticipadas del personal, retrasos, falta de estructura común, repetición, información incompleta, desorganizada, realización de otras labores (registro en la historia clínica) y numerosas interrupciones durante el proceso, se constituyen en factores que pueden comprometer la seguridad del paciente. (13, 15, 16, 17). Lo anterior reafirma que para que este acto cumpla el propósito para el cual fue concebido y garantice el cumplimiento de la segunda meta de seguridad del paciente: Mejorar la Comunicación Efectiva (18, 19), debe considerarse como un ritual y no como un simple pase de información, dada su significación como piedra angular de la planeación del cuidado. En él se debe evidenciar de manera detallada la evolución del paciente desde su integralidad y no solo desde su enfermedad, con el propósito de evaluar y replantear los cuidados ofrecidos

en cada turno. Una buena transición entre los turnos representa el insumo fundamental para llevar a cabo el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar), dentro de la gestión de enfermería. (10)

La segunda herramienta de gestión, es decir, la ronda de enfermería, también es crucial para la planeación del cuidado. En ella el profesional de enfermería junto con el resto de su equipo, tiene un momento de verdad con el paciente, su familia y su realidad. Es una oportunidad de valoración, interacción, contacto, educación con la persona que se cuida, pero también es una forma de auditoría en la que se evalúa la efectividad del cuidado, competencia de quienes lo brindan y por supuesto es indispensable para en la articulación del ciclo PHVA en el cuidado, porque es allí, frente al paciente donde se concretiza la planeación, iniciada en el cambio de turno. Una ronda de enfermería de calidad, garantiza el cumplimiento de las metas de seguridad del paciente: Comunicación efectiva, identificación correcta de pacientes, disminución del riesgo de infecciones y del riesgo de caídas, además de fortalecer el trabajo en equipo. (18, 19)

Pese a la importancia de este momento, se evidencia en la práctica que su utilidad no es la esperada, dadas situaciones como la falta de entrenamiento y estandarización del proceso, sobrecarga de trabajo, interrupciones por parte de los miembros del equipo, salidas anticipadas del personal y multiplicidad de tareas del enfermero, algunas de ellas que escapan a su competencia, limitan el tiempo que debe dedicarse a la planeación, (17) todo lo cual se constituyen en factores que incrementan el riesgo de eventos adversos, sobre todo cuando se hacen con la participación del equipo multidisciplinario. (18)

Lo anterior permite inferir que las herramientas de gestión del cuidado existen y están disponibles; pueden aplicarse manera fácil, sin mayor disposición de recursos físicos o económicos, muchas veces sólo hace falta disposición, voluntad y sobre todo liderazgo. Infortunadamente, su potencial utilidad en la seguridad del paciente se ve obstaculizada por su inadecuada implementación, ya sea por factores personales u organizacionales. Ello implica la necesidad de hacer auditoría, capacitación y realimentación constantes de ambos procesos, con el apoyo de los estamentos gerenciales. El enfermero debe participar

activamente, apropiándose de ellos, enseñando con el ejemplo, evidenciándolos de manera escrita y demostrando la importancia de estos dos momentos como carta de navegación en el día a día, hasta que se constituyan en un hábito o costumbre, incorporándose así a la cultura de seguridad del paciente institucional.

BIBLIOGRAFIA

1. Roa M. Lineamientos para la implementación de. Lineamiento. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Cundinamarca; 2008. <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Lineamientos%20politica%20seguridad%20paciente.pdf>. (Acceso 12 Julio, 2016).
2. Allgood MR. Modelos y teorías de enfermería. 8va ed. España: Elsevier; 2015. (Acceso 12 Julio, 2016).
3. Cometto M.C, Marcon Dal Sasso G.T, Zárte Grajales R.A, De Bortoli Cassiani S.H, Falconí Morales C, Gómez P.F. Enfermería y seguridad de los pacientes. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2011. <http://www.paho.org/blogs/paltex/wpcontent/uploads/2013/06/contenido.pdf> (acceso 12 de Julio 2016).
4. Parra DI. Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas. Revista Enfermería Global. 2012; 11(4):159-169.
5. Marco Conceptual de la Clasificación internacional para la seguridad del paciente. Técnico definitivo. Organización mundial de la Salud; 2009. http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf. (Acceso 17 Julio, 2016).
6. Marteau J. Seguridad de los pacientes. Declaración. Geneva: International, Suiza; 2012. http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D05_Seguridad_pacientes-Sp.pdf (Acceso 17 Julio, 2016).
7. Resolución 1446. Anexo técnico. Bogotá: Ministerio de la protección social, Cundinamarca; 2006. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201446%20DE%202006%20-%20ANEXO%20T%C3%89CNICO.pdf (Acceso 29 Julio, 2016).
8. Ramírez OG, Gutiérrez WA, Vega LG, Salamanca JG, Galeano EM, Gámez EM. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. Revista Ciencia y Enfermería. 2011; 17(3): 97-11.
9. Conde M, Boquet M, Verdugo M. Indicadores para la calidad asistencial y la atención farmacéutica al paciente VIH positivo. Revista Farmacia hospitalaria. 2013 Julio; 37(4): 276-285.
10. Alvarado A. Administración y mejora continua de enfermería. 1st ed.: McGraw-Hill Interamericana; 2012. http://www.academia.edu/15230403/Administracion_y_mejora_continua_en_enfermeria (Acceso 12 Julio, 2016).

11. Rodríguez L. Programación del cambio de turno desde la óptica de los profesionales de enfermería. *Revista Enfermería Global*. 2013 Julio;31(3): 206-218.
12. Lozano G. Marles A. Patricia L. El cambio de turno: Un eje central del cuidado de enfermería. *Revista Enfermería Global*. 2015 Enero; 14(1):401-418.
13. Asprey A, Richards S, Wright C, Seamark C, Seamark D, Moxon J. Transferring information to an out-of-hours primary care service for patients with palliative care needs: an action research study to improve the use of handover forms. *Primary Health Care Research & Development*. 2013 Enero; 14(1)7-20.
14. Gonçalves MI, Rocha PK, Anders JC, Kusahara DM, Tomazoni A. Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. *Texto Contexto Enfermería*. 2016; 25(1):1-8.
15. Perez M, Calatayud V, Ursua L, Ortega O. Intraprofessional communication during shift change. *Revista Rol de Enfermería*. 2013 Mayo; 36(5): 334-340.
16. Pereira BT. A passagem de plantão e a corrida de leito como instrumentos norteadores para o planejamento da assistência de enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem*. 2011 Enero; 15(2):283-289.
17. KJ O, Fligel MD, Aviley C, Slade ME, Landler MP, Kulkarni N, Hinami K, Lee J, Cohen SE, Williams MV, Wayne DB. Structured interdisciplinary rounds in a medical teaching unit: improving patient safety. *Revista Journal Health Care Reform*. 2011 Abril; 11(1).
18. O'Leary KJ. Interdisciplinary Teamwork in Hospitals: A Review and Practical. *Revista Journal of Hospital Medicine*. 2011 Julio; 000(000): 1-7.
19. Sehgal NL. Communication Failures and a Call for New Systems. *Revista Archives of Internal Medicine*. 2011 Abril; 171(7):684-685.