



Enfermería Clínica

www.elsevier.es/enfermeriaclinica



ARTÍCULO ESPECIAL

Seguridad y calidad en la atención al paciente crítico



María Isabel González-Méndez^{a,*} y Luís López-Rodríguez^{b,c}

^a UGC de Cuidados Intensivos, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España

^b Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, España

^c Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España

Recibido el 14 de febrero de 2017; aceptado el 15 de febrero de 2017

Disponible en Internet el 6 de marzo de 2017

PALABRAS CLAVE

Seguridad;
Calidad;
Cuidados intensivos

Resumen La calidad asistencial ha ido situándose paulatinamente en el centro angular del sistema sanitario, alcanzando en los últimos años un mayor protagonismo la seguridad del paciente como una de las dimensiones clave de la calidad. La monitorización, medición y mejora de la seguridad y la calidad de la atención en la Unidad de Cuidados Intensivos representan un gran desafío para la comunidad de los cuidados críticos. Las intervenciones sanitarias conllevan un riesgo de que acontezcan eventos o acontecimientos adversos que pueden ocasionar en los pacientes lesiones, discapacidades e incluso la muerte. En las Unidades de Cuidados Intensivos, la gravedad del paciente crítico, las barreras de comunicación, la realización de un número elevado de actividades por paciente y día, la práctica de procedimientos diagnósticos y tratamientos invasivos, y la cantidad y complejidad de la información recibida, entre otros, convierten a estas unidades en áreas de riesgo para la aparición de acontecimientos adversos. En el presente artículo se abordan algunas de las estrategias e intervenciones propuestas y testadas internacionalmente para optimizar los cuidados en los pacientes críticos y mejorar la cultura de seguridad en la Unidad de Cuidados Intensivos.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Safety;
Quality;
Intensive care

Safety and quality in critical patient care

Abstract The care quality has gradually been placed in the center of the health system, reaching the patient safety a greater role as one of the key dimensions of quality in recent years. The monitoring, measurement and improvement of safety and quality of care in the Intensive Care Unit represent a great challenge for the critical care community. Health interventions carry a risk of adverse events or events that can cause injury, disability and even death in patients. In Intensive Care Unit, the severity of the critical patient, communication barriers, a high number of activities per patient per day, the practice of diagnostic procedures and invasive

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mariai.gonzalez.sspa@hotmail.com (M.I. González-Méndez).

treatments, and the quantity and complexity of the information received, among others, put at risk these units as areas for the occurrence of adverse events. This article presents some of the strategies and interventions proposed and tested internationally to optimize the care of critical patients and improve the safety culture in the Intensive Care Unit.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El objetivo de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) es ofrecer a los enfermos críticos una asistencia sanitaria ajustada a sus necesidades, de calidad y de la manera más segura posible. Estas unidades constituyen uno de los principales componentes de los sistemas sanitarios modernos. Es un recurso con una demanda creciente y que conlleva un gasto sanitario elevado¹. Los profesionales sanitarios, enfermeros y médicos, son los dos elementos, junto con la tecnología, más importantes de las UCI. Conforman el capital intelectual de estas estructuras y son los determinantes en su gestión y en sus resultados, caracterizando un área hospitalaria específica y muy diferenciada del resto².

La calidad asistencial ha ido situándose paulatinamente en el centro del sistema sanitario, alcanzando en los últimos años un mayor protagonismo la seguridad del paciente como una de las dimensiones clave de la calidad. La monitorización, medición y mejora de la seguridad y la calidad de la atención en la UCI representan un gran desafío para la comunidad de los cuidados críticos³.

El Instituto de Medicina estadounidense (IOM) definió la calidad de la atención de la salud como el «grado en que los servicios sanitarios incrementan la probabilidad de resultados de salud deseables para individuos o poblaciones y que son coherentes con los conocimientos actuales de la profesión». Adicionalmente en el documento se establece que la atención de salud debe cumplir seis objetivos: ser segura, efectiva, centrada en el paciente, oportuna, eficiente y equitativa⁴. El estudio de la calidad asistencial conlleva abordajes diversos, dado que entraña significados diferentes para el paciente, los profesionales, las instituciones sanitarias y los encargados de la gestión de recursos⁵.

La cultura de seguridad se define como «el producto de los valores, actitudes, competencias y patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso, el estilo y la capacidad de una organización de salud o de un sistema de seguridad»⁶. Se entiende que esta cultura es un constructo compuesto por dimensiones o subculturas, tales como el trabajo en equipo, la comunicación o el aprendizaje. La medición de la cultura de seguridad tiene como objetivo cuantificar las debilidades y fortalezas en cada dimensión para favorecer las intervenciones de mejora, tanto de las percepciones y actitudes como de los incidentes de seguridad⁷.

La definición más actual de seguridad es la ofrecida por la Organización Mundial de la Salud, que considera la seguridad del paciente como «ausencia de daño, real o potencial, relacionado con los servicios de salud»⁸. La seguridad del paciente se refiere no solo al daño que se produce, sino

también al que se podría haber producido y no se produjo gracias a circunstancias que lo evitaron.

Incidentes y eventos adversos

Las intervenciones sanitarias conllevan un riesgo de que acontezcan eventos o acontecimientos adversos (EA) que puedan ocasionar en los pacientes lesiones, discapacidades e incluso la muerte⁹. En 1999, el IOM publicó el estudio «To Err is Human: Building a Safer Health System», en el que se estimó que los EA generados por problemas relacionados con la falta de seguridad eran responsables de entre 44.000 y 98.000 muertes anuales con un coste atribuible en torno a los 26 billones de dólares y situó el EA como una de las principales causas de muerte¹⁰. Por otro lado, los errores asistenciales erosionan la confianza de los enfermos en el sistema y dañan a las instituciones y a los profesionales sanitarios, convirtiendo a estos últimos, sin lugar a dudas, en sus segundas víctimas¹¹.

Ante estos resultados, instituciones y organismos internacionales consideraron la seguridad del paciente un problema grave y de consecuencias con gran impacto. A partir del año 2001, la seguridad es considerada por el IOM una de las seis dimensiones o atributos claves de los servicios de salud⁴. Una de las reacciones más representativas fue la de la propia Organización Mundial de la Salud, que creó en el año 2004 una Alianza Internacional para la Seguridad del Paciente, hoy estructurada como programa, que ha desarrollado iniciativas globales de gran calado¹².

En nuestro país, el Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS), ha sido el primer estudio desarrollado para determinar la incidencia de problemas de seguridad de pacientes asociados a la asistencia sanitaria en nuestros hospitales. Realizado en 2005 en 24 hospitales y sobre 1.063 pacientes, identificó 655 EA, lo que supone una tasa de incidencia de 1,4 EA por 100 días de estancia-paciente, considerándose un 42,8% de los casos evitables. La mayoría de los EA se relacionaron con la medicación, con la infección nosocomial o con un procedimiento. El 55% se consideraron moderados o graves, el 31,4% provocaron un incremento de la estancia y la incidencia de éxitus en los enfermos con EA fue del 4,4%. De todos los EA detectados, 23 ocurrieron en la UCI¹³.

En las UCI, si sumamos a la gravedad del paciente crítico la complejidad asistencial en un ambiente tecnológicamente muy avanzado, junto a las barreras de comunicación, la realización de un número elevado de actividades por paciente y día¹⁴, la práctica de procedimientos diagnósticos y tratamientos invasivos, y la cantidad y complejidad de la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8569194>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8569194>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)