

Práctica asistencial segura de los profesionales de enfermería con pacientes geriátricos

Safe Healthcare by Nursing Professionals of Geriatric Patients

Caridad Llanes Betancourt^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-3518-7624>

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Ciencias Médicas Calixto García. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: caryllanes@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La seguridad del paciente geriátrico está ligada a la dimensión de la calidad de la práctica asistencial, que busca reducir y prevenir los riesgos asociados a la atención sanitaria, la misma se conoce como seguridad del paciente o seguridad clínica.

Objetivo: Exponer el alcance y naturaleza disponible sobre la práctica asistencial segura de los profesionales de enfermería con pacientes geriátricos.

Métodos: Revisión bibliográfica integrativa. Se efectuó análisis reflexivo del contenido de estudios originales y de revisión, de acceso abierto, en español, inglés o portugués, publicados entre 1996-2020. Se excluyeron publicaciones duplicadas y literatura gris que no respondieran al objetivo del estudio. La búsqueda se realizó en SciELO, Dialnet, Elsevier, Google Académico, la estrategia se estructuró a partir de palabras clave reconocidas en (DeCS), “seguridad del paciente”, “enfermería geriátrica”, “anciano”, “asistencia a los ancianos”, y los operadores booleanos AND y OR. Se identificaron 60 artículos de los que fueron útiles 32.

Conclusiones: Es posible minimizar los riesgos en la práctica asistencial y reducir el daño asociado a la asistencia sanitaria. Estas evidencias pueden servir de referencia para la seguridad y la calidad de la asistencia brindada, lo que constituye un desafío para la enfermería gerontológica, dadas las características del paciente geriátrico que lo sitúan como grupo etéreo vulnerable y frágil.

Palabras clave: seguridad del paciente; enfermería geriátrica; anciano; asistencia a los ancianos.

ABSTRACT

Introduction: Safety of the geriatric patient is associated to the dimension of quality of care practice, which seeks to reduce and prevent the risks associated with healthcare, known as patient safety or clinical safety.

Objective: To expose the scope and nature available about safe care practice of nursing professionals with geriatric patients.

Methods: Integrative bibliographic review. Reflective analysis was carried out of the content of original and review studies, open access, in Spanish, English or Portuguese, published between 1996 and 2020. Duplicate publications and gray literature that did not respond to the objective of the study were excluded. The search was carried out in *SciELO*, *Dialnet*, *Elsevier*, *Google Scholar*, while the strategy was structured based on keywords recognized in DeCS: *seguridad del*

paciente [patient safety], *enfermería geriátrica* [geriatric nursing], *anciano* [elderly], *asistencia a los ancianos* [elderly care]; using also the Boolean operators AND OR. Sixty articles were identified, 32 of which were useful.

Conclusions: It is possible to minimize the risks in healthcare practice and reduce the damage associated with healthcare. These evidences can serve as a reference for the safety and quality of the care provided, which constitutes a challenge for gerontological nursing, given the characteristics of the geriatric patient that place them as members of a vulnerable and fragile age group.

Keywords: patient safety; geriatric nursing; elderly; elderly care.

Recibido: 10/05/2017

Aceptado: 25/07/2020

Introducción

La ciencia de la seguridad surge en la década del 40 del pasado siglo y corresponde a la disciplina que ha lidiado con las causas y efectos de los errores humanos.⁽¹⁾ La definición de seguridad del paciente está ligada a la dimensión de la calidad de la práctica asistencial, que busca reducir y prevenir los riesgos asociados a la atención sanitaria, la misma se conoce como seguridad del paciente o seguridad clínica.^(2,3)

Por tal razón, al referirse al concepto de seguridad del paciente, se entiende como parte y fusión de la cultura organizacional, la cual debe ser generadora de políticas de seguridad; el nivel directivo es responsable de los programas de atención segura de las organizaciones y es en estos programas o modelos donde se deben ver reflejadas todas las acciones de seguridad y excelencia que garantizan la verificación sistemática del cumplimiento y control de las políticas.^(4,5)

Basados en lo planteado con anterioridad se realiza esta investigación con el objetivo de exponer el alcance y naturaleza disponible sobre la práctica asistencial segura de los profesionales de enfermería con pacientes geriátricos.

Métodos

Se realizó un estudio de revisión bibliográfica, de abordaje cualitativo de tipo integrativo. Estudio que requiere de un análisis y síntesis de los resultados de forma rigurosa y sistemática, por lo que se realizó en seis etapas: (1) selección de la pregunta guía; (2) establecimiento de criterios de inclusión y exclusión de los estudios y estrategia de búsqueda de la literatura; (3) definición de las informaciones extraídas de los estudios seleccionados; (4) evaluación de los estudios incluidos; (5) interpretación de los resultados; y (6) síntesis del conocimiento.

La pregunta guía del estudio se construyó a partir del formato CPC (Concepto, Población y Contexto), se consideró C práctica asistencial segura, P profesionales de enfermería y C pacientes geriátricos, por lo que la pregunta problema de este estudio fue: ¿Cuál es el alcance y naturaleza disponible en la literatura sobre la

práctica asistencial segura de los profesionales de enfermería con pacientes geriátricos?

Se definieron como criterios de inclusión, los estudios originales o de revisión a texto completo, de acceso abierto, publicados en español, inglés o portugués, entre los años 1996 y 2020, que abordaron la práctica asistencial segura de los profesionales de enfermería con pacientes geriátricos. Se excluyeron publicaciones duplicadas, literatura gris (resúmenes, anales de eventos, tesis, disertaciones), que su acceso requiriera de algún pago, que no fuesen originales o de revisión o que no respondieran al objetivo del estudio. La búsqueda se realizó en las bases SciELO, Dialnet, Elsevier y Google Académico, la estrategia se estructuró a partir de palabras clave estructuradas reconocidas en los tesauros de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), “seguridad del paciente”, “enfermería geriátrica”, “anciano”, “asistencia a los ancianos”, se utilizaron los operadores booleanos AND y OR.

Se analizaron los títulos y resúmenes de los artículos, esto permitió determinar de manera rápida si el estudio cumplía con los criterios de inclusión. Con posterioridad, se realizó la lectura completa de los artículos seleccionados e incluidos, para un análisis crítico de su contenido respecto a la calidad, integridad y relevancia de los datos, la interpretación y síntesis del conocimiento se produjo de manera crítica y descriptiva, a través de la comparación y discusión de los hallazgos. Se identificaron y revisaron 60 artículos de los que fueron útiles 32.

Desarrollo

Los profesionales de enfermería siempre han desempeñado una importante función en la atención a las personas de avanzada edad en la calidad de sus cuidados y en la seguridad de la atención brindada, entre ellas se destacan Florence Nightingale, precursora de la enfermería moderna, y Marjory Marren, madre de la geriatría.

Florence Nightingale, pionera de la seguridad del paciente, bautizada como la madre de la enfermería moderna, sentó los primeros cimientos de la profesión; reclamó una formación continua, una especialización y exigió un reconocimiento al rol de la enfermería. Dentro del ámbito sanitario se adelantó a su época en las medidas sobre la seguridad y calidad en atención al paciente, demostró los efectos del ambiente en el cuidado, en la promoción de la salud de las personas y recuperación de los enfermos.

La historia de la enfermería profesional y la seguridad del paciente comenzaron con Nightingale. Consideraba que la enfermería era mucho más que la administración de medicamentos y la aplicación de cataplasma; que debería significar el uso apropiado del aire, la luz, el calor, la limpieza, con menor gasto de energía por el paciente”.⁽⁶⁾

Florence entendía de higiene e hizo vínculo entre esta y la curación. Las alcantarillas debajo del hospital fueron limpiadas y los animales muertos fueron retirados de la fuente del agua; abrió las ventanas, se lavaron pisos, paredes y la ropa de cama; los pacientes fueron aseados y se tomaron otras medidas en los alimentos. Todos estos cambios debían ser aplicados a hospitales y casas para mejorar la salud de los pacientes, estableciéndose como marco en el inicio de la enfermería moderna.⁽⁷⁾

La protección y seguridad de los pacientes fue una preocupación constante para Nightingale; consideraba que “toda enfermera debe lavarse las manos con frecuencia a lo largo del día”. La seguridad del paciente y la prevención de úlceras por presión son dos de sus premisas.

La definición de seguridad del paciente no figuraba como tal en la época del 1820-1910, pero en la actualidad reducir el riesgo de salud de las infecciones nosocomiales es una de las metas internacionales de seguridad del paciente. Por otra parte, la prevención de úlceras por presión es uno de los indicadores principales de la calidad de atención de la enfermería en el paciente geriátrico.⁽⁷⁾ Florence, consideraba que “La lección práctica más importante que puede darse a las enfermeras es enseñarles a observar cómo observar, qué síntomas indican una mejoría del enfermo. Señalaba que es una habilidad que exige disciplina y práctica, cuáles tienen importancia y cuáles no, cuáles son señal evidente de negligencia y qué clase de negligencia.

Referente a la administración de medicamentos escribió: “Estar al frente, o ser la persona responsable, ciertamente no es solo cumplir las propias tareas, sino procurar que todos los demás lo hagan también correctamente”.^(6,7,8)

Florence Nightingale, al institucionalizar la enfermería al ambiente hospitalario en relación con el proceso de cura y recuperación, valorizó la seguridad del paciente cuando en su juramento de práctica, retomando los valores del juramento hipocrático, inauguró uno de los principales procesos del cuidado de enfermería para no causar daños a la salud del paciente.^(8,9)

Se comparte hoy la opinión de que su trabajo no solo se destacó a nivel práctico o formativo. Muchos cambios y mejoras que han tenido lugar en los campos de la Enfermería y la salud pública se deben al trabajo de Florence Nightingale. Los modernos elementos administrativos de planificación, organización, delegación y los conceptos contemporáneos de autoridad y responsabilidad pueden ser todos identificados con su perspicaz concepto de la administración, favoreciendo la calidad de la atención y la gerencia según destacó Margaret B. Dolan (1936-1974), presidenta de la Asociación Americana de Enfermería (1962-1964).

Marjory Warren Madre de la geriatría y de la valoración Geriátrica Integral, enfermera inglesa (nació el 28 de octubre de 1897 y fallece en Alemania en 1960). Defendió la corriente de pensamientos de la importancia de unos cuidados específicos y por tanto una formación especializada libre de riesgos en el campo de la geriatría-gerontología. Potenció la seguridad del paciente geriátrico con la creación de unidades de evaluación geriátrica para enfermos crónicos. Propició el gran cambio de actitud ante los pacientes ancianos y una terapia rehabilitadora activa.⁽¹⁰⁾

Marjory Warren se formó en el “Royal Free Hospital School of Medicine”; en 1926 fue nombrada supervisora de enfermeras del “West Middlesex County Hospital”. Warren describió la situación de salas, mal acondicionadas, desprovistas de cualquier comodidad y de interés, pacientes ancianos descuidados, sin un diagnóstico médico, con tratamiento escaso, que carecían de la atención de un equipo multidisciplinar, y la ausencia total de rehabilitación y de higiene. Demostró que la situación favorecía la aparición de complicaciones como incontinencia, úlceras por presión, pérdida de tono muscular, atrofas etc.⁽¹⁰⁾

Marjory Warren aplicó un abordaje diagnóstico organizado, terapéutico y rehabilitador en los ancianos albergados en tales instituciones. Lo ancianos fueron capaces de mejorar sus capacidades funcionales y un número significativo llegó a egresar.

Madre de la geriatría y de la valoración Geriátrica Integral, Marjory Warren, defendía que el adecuado cuidado de los mayores, requería del conocimiento de su situación individual y que la mayoría de estos pacientes debían ser tratados en un Hospital General, donde existiesen medios adecuados para el diagnóstico, la investigación y el tratamiento. Siempre que fuese posible habría que mantenerlos en sus propios hogares, asegurando su comodidad, bienestar y condiciones domiciliarias adecuadas. Planteó la necesidad de la figura de la enfermera de atención en el domicilio, como parte esencial de la organización sanitaria.⁽¹¹⁾

Demostró la importancia que tiene la evaluación integral del enfermo de edad avanzada y su rehabilitación en este contexto. Expuso de forma clara sus reflexiones acerca de la naturaleza y especificidad del cuidado geriátrico, lo que hoy día constituye uno de los fundamentos de la geriatría moderna como especialidad. Siendo la génesis sobre el proceso de evaluación geriátrica global, para la formulación de un plan de tratamiento seguro y eficaz.

Por primera vez se introduce el estado funcional como un concepto útil para la clasificación y el abordaje diagnóstico y terapéutico del paciente anciano, demostrando que la Valoración Geriátrica Integral (VGI) es una herramienta eficaz y segura para satisfacer la necesidad de atención diferenciada al paciente anciano. Sostuvo que un geriatra debe ser un médico general capacitado ampliamente en las diversas habilidades necesarias para una gestión adecuada de todas las necesidades de las personas mayores.

La Dra. Warren abogó por que los pacientes enfermos crónicos sean tratados en un área especial en un hospital general debido a cuatro razones: 1. La geriatría es un tema importante para la enseñanza de los estudiantes de medicina. 2. Debe formar parte del currículo, que debe incluir una parte esencial de la formación de estudiantes de enfermería. 3. Todos los servicios de un hospital general son necesarias para el correcto diagnóstico y tratamiento. 4. La investigación sobre las enfermedades de la vejez solo puede llevarse a cabo con toda facilidad de un hospital general con igual acceso a diagnóstico y rehabilitación. En 1947 fue miembro fundador de la sociedad médica para el cuidado de los ancianos, precursora de la Sociedad de Geriatría Británica, también le designaron como primera consultora geriatra en el Reino Unido en 1949.⁽¹¹⁾

Florence Nightingale y Marjory Warren tienen en común su preocupación y aporte a la calidad de la atención, la gestión, la superación, la investigación y la seguridad del paciente.

En 1961 la Asociación Americana de Enfermeras recomendó la formación de grupos de enfermeras especializadas en Geriatría; en 1969 se instruyeron las normas para la práctica de la Enfermería Geriátrica; en 1975 se editó el primer número de Journal of Gerontological Nursing y en 1976 se decidió cambiar el título Enfermeras Geriátricas por el de Enfermeras Gerontológicas, término más amplio en su concepto de atención al mayor sano y enfermo, ya que no solo atendían al anciano enfermo, sino que lo hacían también en la propia comunidad. En 1981 la Asociación Norteamericana de Enfermeras (ANE), definió la Enfermería Gerontológica como la profesión que abarca la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención de las enfermedades y el fomento del autocuidado en el Adulto Mayor dirigidos hacia la restauración y alcance de su óptimo grado de funcionamiento físico, psicológico y social, abarca también el control de las enfermedades y el ofrecimiento de comodidad y dignidad hasta la muerte.

Llanes Betancourt en el 2017 definió la enfermera gerontológica como: “aquel profesional que posee un conocimiento ordenado y sistemático de los aspectos

biológicos, clínicos y sociales del envejecimiento y aplica su modo de actuación científico profesional para resolver necesidades o problemas en el fomento de la salud, prevención, promoción, curación, recuperación y rehabilitación de la persona mayor con una visión biopsicosocial”.⁽¹²⁾

El principio ético de “*Primum Non Nocere*” subyace a cada acto asistencial, por lo que lo asume como principio básico de cada profesional, como sujeto competente y responsable que tiene como base de su actuación no *generar daño*. A pesar de ello, y por la complejidad de la atención el componente humano individual interactúa con varios factores.⁽¹³⁾

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) en su definición de enfermería indica: “La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa y el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud, en la gestión de los pacientes por los sistemas de salud, y en la formación”. Al valorar los cuidados y la práctica profesional de enfermería se constata que existen puntos en común relacionados con la práctica asistencial y los aspectos socio-sanitarios que tributan a la calidad de la atención y la seguridad del paciente que siempre han desempeñado una importante función en la atención a las personas de avanzada edad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como «un estado en el que existe una situación óptima de bienestar físico, mental y social y no meramente como ausencia de enfermedad»; esta definición adquiere en geriatría un relieve especial al incluir tanto las alteraciones físicas y mentales, así como las circunstancias socioeconómicas y personales.⁽¹⁴⁾

El término geriatría tiene su procedencia en la propuesta realizada por Ignatz Leo Nacher, (1863- 1944). La Geriatría como disciplina se establece en 1909.⁽¹²⁾

La palabra “geriatría”, definida por Nascher, procede del griego geros: viejo y iatrikos: médico, parte de la medicina dedicada al estudio, diagnóstico, tratamiento, prevención, rehabilitación y paliación de las enfermedades que afectan a los ancianos.⁽¹²⁾

El paciente geriátrico se define como “la persona generalmente mayor de 65 años, que padece una o varias enfermedades, que tiende a la incapacidad o invalidez y cuya evolución está condicionada por factores biopsicosociales.”⁽¹²⁾

El estado de fragilidad es un síndrome, caracterizado por disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del paciente geriátrico. Está relacionado con la ocurrencia de efectos adversos para la salud como: caídas, inmovilidad, discapacidad, hospitalización e institucionalización, que pueden llevar a la muerte.^(12,15,16)

En geriatría es útil pensar en términos de problemas más que en enfermedades concretas aisladas, en las personas de edad avanzada no es frecuente asociar un síntoma a una única etiología, sino que puede tener varias razones, y al disponer de estos síndromes con su amplio diagnóstico diferencial facilita encontrar la causa y aplicar soluciones.

En la práctica asistencial de enfermera gerontológica el factor humano, la cultura de seguridad y la formación son aspectos que deben ser considerados por su relevante importancia.

El factor humano y la seguridad del paciente, son considerados como elementos fundamentales, de gran relevancia, que han crecido en los últimos años y que favorecen la organización del sistema, teniendo en cuenta aspectos físicos, cognitivos, situación del profesional, habilidades de comunicación, trabajo en equipo y aspectos organizativos relacionados con la cultura de la organización.^(17,18,19,20)

En la asistencia sanitaria al paciente geriátrico pueden ocurrir diferentes tipos de daños:

El daño asociado a un tratamiento específico o al tratamiento de una enfermedad determinada, que puede ser inevitable: Incluiría los eventos adversos por medicamentos, las complicaciones quirúrgicas y los eventos adversos de la quimioterapia.

- Daño debido al exceso de tratamiento, ya se deba al error (p. e., sobredosis de medicamentos) o a la intervención excesiva, aunque bien intencionada, p. e., el empleo excesivo de tranquilizantes aumenta el riesgo de caídas.
- Daño debido a la falta de administración del tratamiento adecuado.
Ejemplos de esto serían la falta de rapidez en la administración de tratamiento trombolítico para la embolia cerebral, la falta de tratamiento para el infarto de miocardio y la falta de administración de antibióticos profilácticos antes de la cirugía.
- Daño resultante de la demora o inadecuación del diagnóstico.

Este daño se potencializa aún más en la persona geriátrica, debido a que la expresión de las enfermedades en el adulto mayor, tienen una peculiaridad sintomática, su sintomatología se presenta con connotaciones especiales que responden al siguiente patrón:⁽¹²⁾

- Es frustrada e incompleta: como la bronconeumonía que puede cursar sin fiebre o en el infarto de miocardio sin presentar dolor postrante.
- Es atípica: como la artritis reumatoide, que se manifiesta solo con leves dolores y mucha atrofia muscular, o el infarto de miocardio que puede presentarse en el adulto mayor de tal modo que lleve a pensar en un cuadro abdominal.
- Es banalizada: puesto que los adultos mayores restan importancia a sus síntomas que atribuyen a la vejez. Los describen de forma ambigua, por lo que la valoración de cualquier trastorno llega a ser difícil o se tiende a restarle importancia.
- Es silente: tal es el caso de una gran mayoría de infecciones urinarias que no muestran ninguna sintomatología y cuya presencia solo se descubre en una exploración rutinaria o por un síndrome confusional agudo.

Prácticas seguras

Las prácticas seguras son aquellas intervenciones orientadas a prevenir o mitigar el daño innecesario asociado a la atención sanitaria y a garantizar la seguridad del paciente.

Prevenir y/o retardar la aparición de enfermedades, la dependencia, el control de riesgos y de la aparición de los grandes síndromes geriátricos con prácticas

asistenciales seguras dirigidas a disminuir la morbimortalidad del paciente geriátrico.

Aplicar prácticas seguras para prevenir o retardar la aparición de discapacidades y garantizar la calidad de los servicios de rehabilitación es un elemento fundamental en la práctica asistencial de la enfermera gerontóloga.⁽²¹⁾

Uso seguro de los medicamentos

Con respecto al uso de medicamentos en el paciente geriátrico en muchas ocasiones existen errores alarmantes que pueden comprometer la eficacia del tratamiento. Son también especialmente frecuentes en pacientes geriátricos el alcoholismo y la subnutrición, situaciones que por diversos mecanismos modifican la respuesta farmacológica.⁽²²⁾

La pérdida de memoria, la soledad y la disminución de la capacidad intelectual hacen que el incumplimiento sea especialmente frecuente en los adultos mayores. Numerosos estudios indican niveles de incumplimiento alarmantes y sugieren que más de la mitad de los pacientes adultos mayores no toman adecuadamente su medicación.

Está bien comprobado cómo la biodisponibilidad de un fármaco cualquiera se afecta en función de la edad, esta influye sobre su acción, así como sobre el bienestar y la calidad de vida de la persona medicada. La forma como se dispone el medicamento en el organismo, su tiempo de acción, modificación y excreción se conoce como farmacocinética, y está determinada por la forma de absorción, distribución, metabolismo y excreción, parámetros todos afectados en mayor o menor medida en la persona geriátrica.⁽¹²⁾

La sensibilidad a las drogas pudiera estar incrementada para ciertos fármacos con la edad, como es el caso de los medicamentos psicotrópicos, y una dosis habitual de nitrazepan o diazepam puede deteriorar la función psicomotora en un paciente geriátrico y favorecer las caídas. Todo esto unido a la comorbilidad en el paciente geriátrico con alguna enfermedad crónica, como diabetes, hipertensión e insuficiencia cardíaca. Con frecuencia estas enfermedades se asocian y se presentan simultáneamente, lo que origina la polifarmacia.

Por todo lo antes expuesto es importante aplicar y controlar las prácticas seguras dirigidas a promover el uso seguro los medicamentos.

Se recomienda realizar autoevaluación periódica de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos, utilizando instrumentos estandarizados y establecer recomendaciones para la mejora.^(22,23)

En relación con la seguridad del paciente en la administración de medicamentos se recomienda:

- Identificación de pacientes
- Comunicación durante el traspaso 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
- Usar una sola vez los dispositivos de inyección
- Mantener la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud.^(22,23)

Infecciones asociadas a la asistencia sanitaria

La seguridad de paciente, la prevención, la lucha contra las infecciones y la resistencia a los antibióticos es una prioridad en la persona mayor, debido a que en el envejecimiento, la reducción de la “capacidad de atención” de la respuesta inmunitaria innata y la adaptativa hace más difícil que el cuerpo responda a la infección, ya sea viral, bacteriana o micótica, dando ventaja al microorganismo patógeno.⁽¹²⁾

Como consecuencia de esto las enfermedades infecciosas en paciente geriátrico adquieren mayor gravedad, debido a que el sistema inmunitario es menos sensible y más susceptible a la infección. Los mismos pueden aprovechar la tardanza del sistema inmunitario en responder y hacerse rápidamente con el cuerpo, provocando una enfermedad grave y la muerte.

Por lo tanto, el sistema de vigilancia de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud es de vital importancia en la seguridad del paciente geriátrico.

Los principales tipos de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria están relacionados con procedimientos invasivos y son la infección de sitio quirúrgico, la infección urinaria por catéter, la bacteriemia por catéter vascular y la neumonía asociada a ventilación mecánica y en ocasiones a la inmovilidad.⁽²⁴⁾

Para garantizar la seguridad del paciente geriátrico se recomienda:

- Asegurar un número suficiente de profesionales formados y dedicados al control de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria en los centros sanitarios.
- Capacidad para aplicar precauciones de aislamiento a los pacientes ingresados, infectados y con clínica relevante.
- La vigilancia estandarizada del consumo de productos de base alcohólica para la higiene de manos.
- Garantizar la atención integral segura, oportuna, escalonada y eficaz.
- Control de normas y procedimientos destinados a controlar factores de riesgo generados durante la práctica asistencial
- Control y evaluación de la calidad de la atención del programa de atención integral al adulto mayor.⁽²⁶⁾

Cirugía segura y riesgo geriátrico

El número de adultos mayores que se someten a cirugía en la actualidad se ha incrementado por dos razones fundamentales: el envejecimiento poblacional y el avance de las técnicas quirúrgicas.^(27,28)

Esta afirmación destaca que la seguridad en la atención a la persona geriátrica en el periodo perioperatoria es de vital importancia para evitar la morbimortalidad. Existen problemas comunes posoperatorios que si no se previenen o se manejan apropiadamente pueden llevar al paciente a un deterioro físico y un mal pronóstico. Estas barreras, para curso satisfactorio, son: inmovilidad, infección, tromboembolismo, malnutrición, dolor, íleo/constipación/retención urinaria.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, y después de un análisis de la bibliografía consultada, consideramos pertinente trabajar en 4 áreas de seguridad: prevenir la infección de localización quirúrgica; prevenir el lugar/paciente/procedimiento erróneo; mejorar la seguridad de los equipos quirúrgicos y seguridad en el manejo de la anestesia y el uso de los medicamentos.

Las acciones se orientan a promover la cultura de seguridad y utilizar la lista de verificación quirúrgica, así como evitar los daños asociados a la cirugía o a los cuidados de las personas geriátricas, que son los principales factores asociados a los eventos adversos.^(26,27)

Cuidados seguros

No es posible hablar de cuidados seguros sin hacer referencia a la bioseguridad, que se refiere a su calidad de ser seguro, libre de daño, riesgo o peligro. Es el conjunto de normas y procedimientos destinados a controlar factores de riesgo generados durante la práctica asistencial y tiene una importancia directa para la seguridad del paciente. Las normas de bioseguridad pretenden reducir el riesgo de infección.

Los cuidados seguros de enfermería gerontológica comprenden una serie de procedimientos y técnicas que requieren una especial precaución, debido no sólo al riesgo intrínseco que algunos de ellos comportan para la seguridad de la persona geriátrica sino también por el volumen y el alcance de los mismos.^(29,30)

Por ello, es necesario establecer estrategias de prevención de eventos adversos relacionados con los cuidados con un sistema de priorización según su frecuencia de aparición, la gravedad de sus consecuencias y su evitabilidad. Históricamente, la enfermería ha tenido muy presente los cuidados relacionados con la prevención de algunos eventos adversos, como las caídas o las úlceras por presión, habiéndose alcanzado un consenso bastante generalizado sobre su prevención, la utilización de las escalas de evaluación del riesgo y su atención.^(26,27)

Identificación inequívoca de pacientes

Para una adecuada identificación de pacientes se recomienda: utilizar al menos dos identificadores (nunca número de cama o habitación o enfermedad del paciente), verificar la identidad del paciente siempre antes de cualquier procedimiento e implicar activamente a pacientes y cuidadores.⁽²⁸⁾

Sistemas de notificación de incidentes

Los sistemas de notificación permiten informar de los incidentes relacionados con la atención sanitaria y obtener información útil sobre la secuencia de acontecimientos que han llevado a su producción, facilitando oportunidades de aprendizaje para evitar su repetición.⁽²⁹⁾

El tema sobre la seguridad del paciente ha sido abordado en Cuba en diferentes contextos y documentos, en el que ha resultado relevante el trabajo realizado por Carlos León Román como Coordinador Nacional de la Red de Seguridad del Paciente, donde se brinda información sistemática de actualidad sobre seguridad del paciente al mismo tiempo se han convocado, talleres, reuniones, conferencias, seminarios tanto a nivel nacional como internacional, donde se han impartido cursos de formación en seguridad del paciente para diferentes especialidades de enfermería.

Aunque se han hecho intentos por incorporar la seguridad del paciente geriátrico como formación transversal, la realidad es que todavía no se ha integrado formalmente en la formación de pregrado grado ni en la formación especializada en ciencias de la salud.

La investigación en seguridad del paciente Geriátrico

Podemos considerar como áreas de investigación en seguridad del paciente geriátrico las siguientes:

- Cuantificar la magnitud y las características del riesgo clínico y quirúrgico.
- Evaluar el impacto de los eventos adversos sobre el sistema sanitario.
- Identificar soluciones efectivas, factibles y sostenibles para lograr una atención más segura, evitar incidentes y eventos adversos.
- Análisis y gestión de los errores de medicación.⁽³⁰⁾

La presencia, la permanencia, la continuidad y la contingencia, son condiciones específicas y distintivas del cuidado de la enfermería gerontológica, constituyen insumos centrales de la atención de salud, a través de la cual es posible proveer protección, confort y apoyo libres de amenazas a la integridad de los pacientes geriátricos a los cuales se les presta asistencia.

Las modalidades de investigación que mejor se ajustan a los intereses de este grupo de población son las conocidas como investigación operacional o investigación accional, que se caracteriza por ofrecer soluciones concretas a problemas pertinentes, con evaluación continua de su eficiencia y eficacia. Esto asegura la vinculación entre las investigaciones y las intervenciones concretas que se lleven a cabo con la persona geriátrica en cualquier nivel de atención, además de documentar la problemática encontrada como fundamento para comparaciones futuras.

Impulsar que los centros sanitarios dispongan de un plan de seguridad (propio o institucional) que implique a todos los profesionales y sea conocido por todos es promover el liderazgo de los profesionales de enfermería gerontológica para asegurar la consecución de los objetivos del plan de seguridad del paciente geriátrico donde en sus principales objetivos se destaquen:

- Favorecer la evaluación del clima de seguridad en las organizaciones sanitarias y la difusión de sus resultados como ayuda a la implementación de prácticas seguras.
- Fomentar la formación básica en seguridad del paciente de todos los profesionales sanitarios en todos los niveles de su formación y desarrollo.
- Difundir el conocimiento y las experiencias sobre seguridad del paciente a todos los niveles del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor.⁽³¹⁾

Consideramos pertinente evaluar la práctica asistencial de la enfermera gerontóloga con tres elementos que pudieran constituir el triángulo en la calidad de la atención y la seguridad brindada al paciente geriátrico constituido por:

- El factor científico-técnico: Preparación científico técnica de la mejor evidencia científica en función de los medios y recursos disponibles relacionada con la seguridad y la calidad de la atención a la persona mayor.
- El factor percibido: La satisfacción del paciente geriátrico y el cuidador en relación con el trato y la asistencia recibida.
- El factor institucional. Cumplimiento del Programa de atención integral al adulto mayor en Cuba.

Con el propósito de satisfacer las necesidades de salud cada vez más crecientes de la persona mayor en Cuba surge el: Programa Nacional de Atención Integral al

Adulto Mayor (1996) con sus tres Subprogramas: Atención Comunitaria, Atención Institucional y Atención Hospitalaria. Este programa tiene las características de ser: universal, gratuito, accesible, socialista, regionalizado e integral. Al alcance de todos los adultos mayores, con participación comunitaria e intersectorial. Se caracteriza por tener elementos en la política de salud y asistencia geriátrica desde un prisma de seguridad, humano y ético.⁽³²⁾

Cabe destacar que este programa aborda dos dimensiones de indudable trascendencia: La atención centrada en la práctica asistencial al paciente geriátrico y su seguridad. La primera implica organizar la atención, pensando en la persona geriátrica más que en los que la facilitan. La segunda implica practicar una atención libre de daños evitables, lo que supone desarrollar sistemas y procesos encaminados a reducir la probabilidad de aparición de fallos del sistema además de los errores de las personas, aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren y mitigar sus consecuencias.

Conclusiones

Es posible minimizar los riesgos en la práctica asistencial y reducir el daño asociado a la asistencia sanitaria en el paciente geriátrico. Estas sugerencias pueden servir de referencia para la mejora de la seguridad y la calidad de la asistencia brindada, lo que constituye un desafío para la enfermería gerontológica, dadas las características del paciente geriátrico que lo sitúan como grupo vulnerable y frágil.

Referencias bibliográficas

1. Archila Márquez, Claudia Marcela, Coelli, Maria Celeste. La seguridad del paciente en la prestación del servicio de salud [tesis]. Universidad Industrial de Santander, Facultad de Salud, Departamento de Salud, Bucaramanga 2018. 118-24 pp.
2. León Román C, Cairo Soler C. Metodología para la protocolización de enfermería en el registro y notificación de caídas en pacientes hospitalizados. Rev Cub Enfer. 2019 [acceso: 20/01/2020];35(2):3. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/article/view/2571/451>
3. León Román Carlos A, Caridad Cairo Soler. Metodología para la protocolización de enfermería en el registro y notificación de úlceras por presión en pacientes hospitalizados. Rev Cubana de Enfermería. 2020 [acceso: 20/01/2020];36(2):e32652. Disponible en: [http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3265-14538-1-PB%20\(3\).pdf](http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3265-14538-1-PB%20(3).pdf)
4. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Rev Méd Clín. Las Condes. 2017 [acceso: 20/01/2020];28(5):78-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0>
5. Buitron Eraso G, Vidarte Meneses M, Zuluaga D, Alzate Fernández J. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en la Clínica Regional Occidente vigencia. 2018. [acceso: 20/01/2020];9(4):10-2. Disponible en: <http://www.repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/handle/10839/2403>

6. Rodríguez-Herrera Robinson, Losard Ricardo J. Historia de la seguridad del paciente. Hitos principales, desde los albores de la civilización hasta los primeros retos globales y el estudio IBEAS. Rev Med Arg. 2018 [acceso: 20/01/2020];131(4):10-3. Disponible en: https://www.ama-med.org.ar/uploads_archivos/1499/Rev-4-2018-Pag-25-30-Herrera.pdf
7. Schubert BachesVânia Marli, El legado histórico del modelo Nightingale: Su estilo de pensamiento y su praxis. Rev. bras. enferm. 1999 [acceso: 20/01/2020];52(2):251. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-1671999000200012&script=sci_abstract&lng=es
8. María del Carmen Amaro Cano. Historia Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. Rev Cubana Enfermer. 2004 [acceso: 20/01/2020];20(3):5-6. Disponible en: <https://.E:/FN%20primera%20gran%20teórica%20de%20enf.pdf>
9. Rodríguez Raso María Elena, Hernández Corral Sandra. Breves aspectos de la enfermería según Florence Nightingale. Enf Neurol (Mex). 2013 [acceso: 20/01/2020];12(1):45-6. Disponible en: <http://.www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>
10. Blanco MD, Lample Lasaca AM, Blanco Solana M, Belloso Acay A. Evolución Histórica de la Enfermería Geriátrica. Rev GeroKomos. 1993 [acceso: 20/01/2020];IV(9):11. Disponible en: <https://historisg/04-9-1993-109%20enfermeia%20kerokomos.pdf>
11. Jiménez Navascués María Lourdes. Institucionalización de la enfermería geriátrica en España: 1977-2010 [tesis]. España: Universidad de Zaragoza; 2015 [acceso: 20/01/2020];51-2. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=84598>
12. Llanes Betancourt Caridad. Geriatria. Temas de Enfermería. Volumen 1. La Habana: 1ra ed. Editorial Ciencias Médicas; 2017.
13. Amaro MC. El envejecimiento poblacional en Cuba, desde el prisma de la epidemiología social y la ética. Anales de la Academia de Ciencias de Cuba. 2016 [acceso: 20/01/2020];6(2):50. Disponible en: <https://www.revistaccuba.cu/index.php/acc/article/view/505/428>
14. Organización Mundial de la Salud. Medidas mundiales en materia de seguridad del paciente. 2019 [acceso: 20/01/2020]. Disponible en: https://seguridad/B144_CONF8-sp.pdf
15. Araya Alejandra-Ximena, Iriarte Evelyn, Padilla Oslando. Reconocimiento de la fragilidad en personas mayores que viven en la comunidad: un desafío pendiente. Gerokomos. 2019 [acceso: 20/01/2020];30(2):61-6. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2019000200061&lng=es
16. Martínez-Reig M, Flores Ruano T, Fernández Sánchez M, Noguerón García A, Romero Rizos L, Abizanda Soler P. Fragilidad como predictor de mortalidad, discapacidad y hospitalización a largo plazo en ancianos españoles. Estudio FRADEA. Rev Española de Geriatria y Gerontología. 2016 [acceso: 20/01/2020];51(5):254-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revistaespanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-S0211139X16000433>
17. Agra Varela, Olanda. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Período 2015-2020. Gobierno de España. 1ra ed. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. España. 2020 [acceso: 20/01/2020];30-6. Disponible en:

<https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>

18. García Cabeza ME. Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: Un reto para el profesional sanitario. Rev Metas Enferm. 2014 [acceso: 20/01/2020];17(1):3-4. Disponible en:

<https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80549/humanizar-la-asistencia-en-los-grandes-hospitales-un-reto-para-el-profesional-sanitario/>

19. Velasco Bueno JM, Humanizando los cuidados intensivos. De un proyecto inspirador a nuevas realidades. Ética Cuid. 2017 [acceso: 20/01/2020];10(20):10. Disponible en: <http://www.index-.com/eticuidado/n20/et2000.php>

20. Rodríguez del Río. Zamora Leticia, Cuidados enfermeros y humanización de la asistencia sanitaria. Rev Enfer CyL. 2019 [acceso: 20/01/2020];11(1):40-1. Disponible en: [https://Revista-Vol11-No1\(2019\).pdf](https://Revista-Vol11-No1(2019).pdf)

21. Camacho Rodríguez Doriam Esperanza, Jaimes Carvajal. Cultura de seguridad del paciente en enfermeros de atención primaria. Rev Cub Enf. 2018 [acceso: 20/01/2020];34(1):1-4. Disponible en:

<https://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1245/323>

22. Roson González Celia. Seguridad en el paciente anciano. Fármacos y riesgo de caídas. Rev. Científica Enf. 2017 [acceso: 20/01/2020];14(89):1-5. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6278366>

23. Domínguez Cancino Karen, Arias Marisol, Caballero Erika. Elaboración de una pauta de evaluación de administración segura de medicamentos en estudiantes de enfermería. Escudero Eliana. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020 [acceso: 20/01/2020];28(5):1-2. Disponible en:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-1692020000100308&script=sci_arttext&tlng=es

24. Charles Vincent, René Amalberti. Seguridad del Paciente Estrategias para una asistencia sanitaria más segura. Editorial Modus Laborandi, S. L. Emilio Carrere 4, 3.º B, 28015, Madrid 1ra ed, 2016 [acceso: 20/01/2020]. Disponible en: https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2016/presentacion-libro-15-diciembre/Seguridad_del_paciente.pdf

25. Roque González Rosalba, Guerra Bretaña Rosa Mayelín, Torres Peña Rafael. Gestión integrada de seguridad del paciente y calidad en servicios de salud. Rev Haba de Cien Méd. 2018 [acceso: 20/01/2020];17(2):3-4. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000200016

26. Pérez Bolaños Liset. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un quirófano. Rev Cub Enf. 2019 [acceso: 20/01/2020];33(2):1-2. Disponible en: [http://revenfermeria.sld.cu/index.seguridad/3265-14538-1-PB%20\(3\).pdf](http://revenfermeria.sld.cu/index.seguridad/3265-14538-1-PB%20(3).pdf)

27. Castellanos-Olivares Antonio, Vásquez-Márquez Isidora. Anestesia en el paciente senil. La evaluación pre anestésica en el paciente geriátrico. Rev Mexicana de Anestesiología. 2011 [acceso: 20/01/2020];34(1):8-10. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2011/cmas111as.pdf>

28. Soler Morejón Caridad. Garantizar la seguridad de los pacientes: una prioridad de hoy. Rev cub anestesiología reanim. 2015 [acceso: 20/01/2020];14(1):8-10. Disponible en:

<https://files.sld.cu/redenfermeriacomunitaria/files/2015/01/programa-de-atencion-integral-al-adulto-mayor.pdf>

29. Archila Márquez, Claudia Marcela. La seguridad del paciente en la prestación del servicio de salud [tesis]. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander, Facultad de Salud, Departamento de Salud; 2018.
30. Pozo Amador LM, Casanova Moreno Md, González G. Evaluación de la calidad de la atención en salud y enfermería en un Hogar de Ancianos. Rev Cubana Enferm. 2018 [acceso: 20/01/2020];34(2):3-4. Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2780>
31. Fernanda Navarro Luisa, Gonzalo Castilla Juan. Grupo de Trabajo “Criterios de calidad asistencial en servicios para personas mayores. Protocolos para el cuidado básico de personas mayores. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. 2019 [acceso: 20/01/2020];10-12. Disponible en: https://.Protocolos_de_cuidados_basicos_para_personas_mayores_sistema_de_a_creditacion_SEGG.pdf
32. Ministerio de Salud Pública Cuba. Programa atención integral al adulto mayor. 2015 [acceso: 20/01/2020]. Disponible en: <https://.programa-de-atencion-integral-al-adulto-mayor.pdf>

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.