



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Fundamentos teórico-metodológicos sobre gestión de riesgos asociados al cuidado de Enfermería al paciente crítico

Theoretical-methodological foundations on risk management associated with nursing care to the critically-ill patients

Yunia Hernández Ledesma^{1*} <http://orcid.org/0000-0002-3869-8948>

Maria de la Caridad Casanova Moreno¹ <http://orcid.org/0000-0002-4778-5269>

Carlos Fabián Sánchez Pérez¹ <https://orcid.org/0000-0003-2794-8099>

Medardo Rodríguez López¹ <https://orcid.org/0000-0002-7607-3455>

Belkis Ferro González² <https://orcid.org/0000-0002-3042-4723>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Pinar del Río, Cuba.

²Universidad de Pinar del Río Hermanos Saíz Montes de Oca. Pinar del Río, Cuba.

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

Recibido: 26 de junio 2019

Aceptado: 1 de julio 2019

Publicado: 1 de septiembre 2019

Citar como: Hernández Ledesma Y, Casanova Moreno MC, Sánchez Pérez CF, Rodríguez López M, Ferro González B. Fundamentos teórico-metodológicos sobre gestión de riesgos asociados al cuidado de Enfermería al paciente crítico. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2019 [citado: fecha de acceso]; 23(5): 772-786. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4112>

RESUMEN

Introducción: el desarrollo científico relativo a la tecnología médica alcanzado en los últimos años, los múltiples procedimientos y técnicas invasivas a que son sometidos los pacientes durante la estancia en las unidades de cuidados intensivos, conllevan riesgos y eventos adversos. En sentido general, se considera de vital importancia el rol de los profesionales de Enfermería en este tópico, especialmente en las UCI, donde pueden contribuir de un modo eficiente y eficaz a gestionar los riesgos de la atención sanitaria.

Objetivo: fundamentar los referentes teórico-metodológicos y éticos de la gestión de riesgos asociados al cuidado de Enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Métodos: la investigación empleó como método principal el Dialéctico Materialista. En el orden teórico se utilizó el método de análisis histórico- lógico para analizar los referentes teórico-metodológicos y éticos del proceso de gestión de riesgos asociados al cuidado de enfermería al paciente, así como los procedimientos análisis-síntesis y la inducción-deducción.

Desarrollo: se conceptualizó el término gestión de riesgos, determinándose las etapas, importancia y el rol de enfermería en el desarrollo de este proceso, estableciéndose la relación con los principios de la ética y bioética.

Conclusiones: la gestión de riesgos clínicos se perfila como importante herramienta metodológica para la identificación precoz y manejo de dichos eventos, espacio en que el personal de Enfermería juega un rol fundamental, con profundas implicaciones éticas y bioéticas en el acto del cuidar.

DeCS: ENFERMERÍA; GESTIÓN; RIESGOS; ÉTICA; BIOÉTICA.

ABSTRACT

Introduction: the scientific development regarding the medical technology achieved in recent years, the multiple procedures and invasive techniques to which patients are subjected during their stay in intensive care units, associated with risks and adverse events. In a general sense, the role of nursing professionals is considered of vital importance in this topic, especially in the ICU, where they can contribute in an efficient and effective way to the management of health care risks.

Objective: to base the theoretical-methodological and ethical referents of risk management associated with nursing care in Intensive Care Units.

Methods: in the research Materialistic-Dialectic method was applied as the main one. In the theoretical order, the method of historical-logical analysis was analyzed applying theoretical-methodological and ethical references of the risk management process related to the nursing care of patient, as well as the analysis-synthesis and induction-deduction procedures.

Development: the term risk management was conceptualized, determining the stages, importance and role of nursing in the development of this process, establishing the relationship with the principles of ethics and bioethics.

Conclusions: clinical risk management in emergency care is an important methodological tool for the early identification and management of such events, a space in which nursing personnel play an essential role, with deep ethical and bioethical implications in the act of caring.

MeSH: NURSING; MANAGEMENT; RISK; ETHICS; BIOETHICS.

INTRODUCCIÓN

El progreso en la medicina y la tecnología han ampliado significativamente las posibilidades terapéuticas en las Unidades de cuidados Intensivos, (UCI). Estos avances tecnológicos dieron lugar a diferentes formas de cuidar, generándose la necesidad de espacios donde los pacientes pudiesen estar bajo vigilancia, para ser cuidados con más atención debido a su gravedad.

Sin embargo, estudios han demostrado que aproximadamente el 20 % de las muertes ocurren durante o poco después de la admisión en estos servicios, lo que representa que alrededor de 500 000 pacientes mueren en las UCI cada año a pesar de los múltiples esfuerzos que desarrollan los equipos médicos y de enfermería. Ante los preocupantes datos arrojados por todos los estudios internacionales sobre incidencia o prevalencia de Eventos Adversos, en 2002 la Asamblea Mundial de la Salud aprueba la necesidad de abordar el problema por parte de todos los países. En el año 2004 la Asamblea de la OMS apoya la creación de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, liderando así una estrategia de seguridad a nivel mundial. La misión de esta Alianza era coordinar, difundir y acelerar mejoras y facilitar el

desarrollo de políticas y prácticas relacionadas con la seguridad del paciente entre los estados miembros de la OMS.⁽¹⁾

Las condiciones especiales de los pacientes admitidos en las UCI, los hace especialmente vulnerables desde el punto de vista fisiológico y psicológico, requiriendo cuidados intensivos que involucran habilidades específicas, niveles de competencia profesional elevados, equipamiento de alta tecnología y humanismo que permitan revertir la situación clínica que enfrentan.

El desarrollo científico, relativo a la tecnología médica, alcanzado en los últimos años, los múltiples procedimientos y técnicas invasivas a que son sometidos los pacientes durante la estadía en las unidades de cuidados intensivos, conlleva riesgos y eventos adversos.

Las enfermeras intensivistas constituyen el grupo más importante dentro del equipo de salud, por lo que las habilidades de las mismas para proveer cuidados directos de alta calidad, monitorizar a los pacientes y valorar los cambios en el estatus de salud de los mismos pueden prevenir el desarrollo de complicaciones.⁽²⁾

La enfermería, como práctica social está guiada por valores éticos y morales. Su práctica profesional está regulada por códigos y estándares basados en la ética por lo cual, el cuidado de enfermería, entendido como arte y ciencia, no puede desarrollarse sin estos principios.^(3,4) En este sentido, la protección de los derechos de los pacientes y de su integridad y seguridad forma parte de las responsabilidades de Enfermería.⁽⁵⁾

En sentido general, se considera de vital importancia el rol de los profesionales de Enfermería en este tópico, especialmente en las UCI, donde pueden contribuir de un modo eficiente y eficaz a gestionar los riesgos de la atención sanitaria.

En el contexto cubano y en la provincia de Pinar del Río, la temática es abordada a punto de partida de la seguridad del paciente como responsabilidad profesional. Sin embargo, no están establecidas herramientas que permitan una adecuada gestión de los riesgos relacionados con el cuidado de enfermería.

Los autores han socializado estos elementos en eventos científicos como la Convención Internacional Cuba Salud 2018 y el Simposio Internacional de Calidad en Salud 2019, evidenciándose la pertinencia de su abordaje en el contexto de Enfermería.

De acuerdo a lo descrito, el artículo se propuso como objetivo fundamentar los referentes teórico-metodológicos y éticos de la gestión de riesgos asociados al cuidado de Enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos.

MÉTODOS

La literatura utilizada en este artículo es de carácter conceptual y empírica. La estrategia de búsqueda de información incluyó tres fases que se abordan a continuación:

Fase 1: se consultaron libros de autores reconocidos en la temática con el objetivo de determinar las bases conceptuales del proceso de gestión de riesgos clínicos asociados al cuidado de enfermería.

Fase 2: a punto de partida de lo anterior, se utilizaron las bases de datos Google Académico, Pubmed, Infomed y Scielo para la gestión de información científica. Se seleccionaron artículos originales y revisiones en idiomas español e inglés, utilizando para ello los descriptores de búsqueda: enfermería, gestión de riesgos, ética, tecnología, cuidados intensivos. Para la



revisión final se seleccionaron 34 que cumplieron con los criterios de inclusión siguientes: haberse publicado en los últimos cinco años y con acceso gratuito a la totalidad del documento, los cuales son mencionados en este texto, obtenidos de las bases de datos Pubmed (3), Google Académico (15), Infomed (2) y SciELO (14).

La bibliografía seleccionada quedó constituida de la siguiente forma: 3 libros y 34 artículos originales.

Fase 3: el proceso de análisis y evaluación fue realizado por revisores independientes; para el análisis de datos, los revisores leyeron de forma crítica los artículos seleccionados, extrayendo las unidades de interés para elaborar fichas bibliográficas. Dichas unidades se estandarizaron y agruparon de acuerdo a la similitud de las ideas centrales que presentan.

La investigación empleó como método principal el Dialéctico Materialista. El desarrollo de las tareas de investigación fue posible mediante el empleo de los siguientes métodos del nivel teórico:

El método de análisis histórico-lógico para analizar los referentes teórico-metodológicos y éticos del proceso de gestión de riesgos asociados al cuidado de enfermería al paciente en UCI, lo que permitió establecer el marco teórico, conceptual y contextual sobre el objeto de estudio.

Como procedimientos de los métodos del nivel teórico se utilizaron el análisis-síntesis y la inducción-deducción, los que permitieron descomponer en sus diversas etapas y cualidades al el referido proceso y establecer mentalmente la unión entre las partes previamente analizadas, posibilitando descubrir las relaciones esenciales y características generales existentes en ellas, permitiendo determinar los antecedentes y tendencias que caracterizan su comportamiento, así como el rol del profesional de Enfermería en este sentido y las implicaciones éticas del mismo.

DESARROLLO

Los Cuidados Intensivos son aquellas atenciones clínicas asistenciales que se deben proporcionar a los pacientes que muestren un estado clínico de gravedad y que representen un riesgo vital elevado, en áreas que deben reunir requisitos funcionales y estructurales que garanticen las condiciones de seguridad y calidad para atender a este tipo de pacientes, con equipamiento técnico especializado y personal altamente calificado.⁽⁶⁾

Los riesgos de eventos adversos y fracasos pueden ocurrir en cualquier área de las instituciones de salud. Sin embargo, adquieren particular importancia en las UCI, donde el ambiente de cuidado de salud es de alto riesgo y es a menudo necesario que sea intensivo y se proporcione rápidamente, involucrando a múltiples procedimientos, equipamiento y personas, debido a la condición severa de los pacientes. En vista de lo mencionado, el cuidado se administra en situaciones estresantes, al relacionarse directamente a situaciones de vida o muerte.⁽⁷⁾

En las UCI se proporciona, a los pacientes más graves y complejos, algunas de las prestaciones más sofisticadas de la medicina moderna, imprescindibles para que puedan superar una situación crítica que compromete su vida. Al mismo tiempo, los pacientes ingresados en este servicio están sometidos a un alto riesgo de sufrir algún acontecimiento o evento adverso, incluyendo complicaciones graves y potencialmente mortales, debido a diversos factores como la propia gravedad y la complejidad de su condición, la agresividad inherente a muchos de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos utilizados y el uso frecuente de fármacos con graves efectos secundarios.^(7,8)

La *gestión de riesgos* se define como "el conjunto de acciones que aunque no garanticen la ausencia de eventos adversos, tratan de agotar sus posibilidades de ocurrencia dentro de costos que sean sostenibles, de anticipación de consecuencias no deseables; es una metodología de trabajo que permite gestionar el riesgo al que sometemos a los pacientes con las atenciones médicas, para que éstos no se manifiesten al azar".⁽⁹⁾

La gestión de riesgos es una metodología que se utiliza cada vez más en los servicios sanitarios. Sus principales objetivos son, incrementar la calidad de la asistencia, mejorar la seguridad de los pacientes y de los profesionales sanitarios que la reciben y la llevan a cabo y disminuir los costes evitables.⁽¹⁰⁾

El término *riesgo* en el ámbito sanitario hace referencia inmediata a un peligro para el paciente, en forma de resultado inesperado y casi siempre desfavorable. El riesgo es innato a las intervenciones médicas.^(9,10)

La gestión de riesgos clínicos se basa en la identificación, el análisis y la corrección de las causas que originan daño secundario al paciente tras el tratamiento médico o la administración de cuidados. Es imposible evitar completamente el daño al paciente, toda acción humana conlleva un margen de error; sin embargo, es posible identificar, estudiar, controlar y minimizar ese daño; en definitiva, gestionar el riesgo que pueda sufrir el paciente.

En términos generales se reconocen 4 etapas en el proceso de gestión de riesgos:

- Identificación riesgos.
- Analizar y evaluar riesgos: una vez identificados los riesgos, deben prevenirse estimando la posibilidad de que ocurran y cuáles serían sus consecuencias.
- Toma de acciones: se definen las acciones de mejora que hagan frente a estos riesgos que se han identificado y cuantificado, integrándolas e implantándolas en los procesos del sistema de gestión.
- Verificación de la toma de acciones: la etapa final consiste en evaluar la eficacia de las acciones tomadas mediante el seguimiento y la revisión.

La gestión eficaz de los riesgos implica una combinación entre la prevención de riesgos potenciales (actuación proactiva) y el aprendizaje de las cosas que han fallado (reactiva).

El personal de enfermería es el que más tiempo pasa al lado del paciente, brindando cuidados de enfermería en función de las necesidades afectadas, por lo que juega un papel fundamental en la gestión de los riesgos clínicos asociados a estos y en la recuperación del paciente crítico.

La caracterización de la epidemiología de los eventos adversos e incidentes y el desarrollo de herramientas para su notificación y registro, en este caso referidos a los pacientes críticos, son los primeros pasos para obtener el conocimiento suficiente que permita diseñar y poner en marcha estrategias de mejora.⁽⁸⁾

La calidad de los servicios de salud consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar con esto sus riesgos; es poner los recursos disponibles en función de lograr los mejores resultados en el paciente y la satisfacción del usuario externo e interno. La relación de la enfermería con la calidad y la efectividad de los tratamientos en los pacientes se remonta a tiempos pasados, como se puede apreciar en el postulado de Florence Nightingale, cuando planteó: "las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si comparamos tratamientos con resultados".⁽¹¹⁾

La ética y bioética de los cuidados y la gestión de riesgos en enfermería.

El desarrollo de la ciencia en el campo de la salud se ha ido perfeccionando con el objetivo de satisfacer las necesidades de la población. Los profesionales de la enfermería tienen como premisa preservar o mejorar su estado de salud, vinculando los principios éticos y bioéticos en la realización de las acciones de promoción de salud y prevención y curación de enfermedades. Los enfermeros de nuestros tiempos requieren de una preparación con los conocimientos científicos que exige el avance tecnológico moderno alcanzado y, a la vez, deben desarrollar la sensibilidad frente a los problemas del ser humano; de ahí el carácter humanista de la profesión, por lo cual la práctica profesional de la enfermería se encuentra estrechamente ligada a la ética.⁽¹²⁾

El ejercicio de la enfermería como disciplina profesional no se circunscribe únicamente al ámbito del cuidado (autocuidado, cuidado del paciente y su familia, la comunidad, las personas del equipo de salud y el medio ambiente), sino que incluye las actividades de investigación, docencia y gestión de los recursos de salud; estas últimas han adquirido recientemente una mayor relevancia en el ejercicio profesional, incluso relegando en algunos casos a un segundo plano el deber ético primario con el sujeto de cuidado, el cual implica un "juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería."⁽¹³⁾

Sin embargo, el carácter general y teórico de esta declaración de principios hace que estos códigos sean insuficientes para resolver los conflictos éticos de la práctica cotidiana. Por ello, ha sido necesario buscar una vía que, además de orientar éticamente la práctica de la enfermería, sea operativa ante los conflictos. A esta situación responde la aparición, hace más de treinta años, de una disciplina llamada Bioética.

La Ética médica es una parte fundamental de la Bioética, y a ella aporta el soporte científico y la tradición, a la vez que incorpora de ésta la luz de los valores y principios inherentes con la forma específica de existir del ser humano. Además, cabe señalar que existe una bioética general y una bioética clínica, la primera trata de los fundamentos éticos, valores o principios que deben regir el juicio o toma de decisiones, y la segunda examina aquellos dilemas que aparecen en el ejercicio de la Medicina mediante el análisis de los valores éticos implicados y con el apoyo de los principios utilizados en la bioética general.⁽¹⁴⁾

De acuerdo a la obra de Beauchamp y Childress, los cuatro principios básicos de la bioética que deben condicionar la conducta en condiciones críticas y que ofrecen una guía metodológica en la toma de decisiones son:⁽¹⁵⁾

-La no maleficencia, que obliga a no dañar a los demás (*primun non nocere*): implica actuar de forma que no se produzca daño físico, psíquico o moral al paciente, conocer la buena práctica clínica y no actuar imprudente o negligentemente, evitar utilizar procedimientos cuya relación riesgo/beneficio no sea adecuada.

Este principio conduce a, en el ejercicio de la profesión, minimizar los riesgos asociados a los cuidados de enfermería, evitando utilizar procedimientos cuya relación riesgo/beneficio no sea adecuada, a través de las estrategias que nos ofrece la gestión de riesgos.⁽⁹⁾

En sentido general, se traduce en realizar correctamente nuestro trabajo profesional; en protocolos que recogen las exigencias de una buena práctica clínica. Este principio se viola cuando se aplica a un paciente un tratamiento que no está indicado, que causa una complicación evitable, daño o cualquier tipo de lesión.

La justicia, se basa en los derechos humanos y exige tratar a todos por igual. Obliga a proporcionar a todos los enfermos las mismas oportunidades en el orden de lo social, sin

discriminación, segregación o marginación y a la correcta administración de los recursos sanitarios en su mayoría públicos. El principio de justicia exige que la distribución de los recursos sea equitativa: por esto, administrar recursos ilimitados o incontrolados a pacientes irrecuperables puede excluir, y sin duda lo hace, a otros más necesitados. A pesar de que es responsabilidad de las autoridades de salud y gestores la obligación de justicia, la escasez de recursos, no basta para fundamentar las decisiones de la limitación del esfuerzo terapéutico.⁽¹⁴⁾

Además, este principio condiciona la necesidad de administrar cuidados seguros, que tengan implícitas posibilidades cada vez menores de eventos adversos y complicaciones asociadas a estos, a través de una adecuada identificación y gestión de los riesgos.

La autonomía, que es la capacidad que tienen las personas de realizar actos con conocimiento de causa, información suficiente y en ausencia de coacciones internas o externas, o sea que media el "consentimiento informado". Un paciente competente tiene el derecho de aceptar o rechazar el tratamiento médico o delegar su decisión a alguien que actúe en su nombre cuando él no lo puede hacer.

Una conceptualización ética del riesgo, desde el punto de vista de la autonomía, debe tener presente la percepción del mismo por parte de los pacientes; la percepción del riesgo por parte de los pacientes permite su comprensión y participación activa en la prevención de los mismos.⁽⁹⁾

La participación y empoderamiento de los pacientes en su propia seguridad asistencial ha ido cobrando importancia creciente a nivel internacional en los últimos años, desarrollándose múltiples iniciativas al respecto.

En el orden de la gestión de riesgos la Organización Mundial de la Salud (OMS),⁽¹⁶⁾ considera la participación de los pacientes en la seguridad de la atención como una estrategia. Con respecto a lo anterior, algunos estudios demuestran cómo influye en la gestión de riesgos y la seguridad el conocimiento de los tratamientos por parte de los pacientes hospitalizados, corroborando que la información actúa como una suerte de filtro ante posibles errores de medicación y es clave para la mejora de la seguridad asistencial.⁽¹⁷⁾

A diferencia de otras áreas del hospital, en las UCI, con frecuencia no se puede obtener el consentimiento informado y hay que actuar en ocasiones de forma rápida, como cuando se realiza intubación endotraqueal a un paciente para ventilación mecánica, se coloca catéteres, etc., sin poder consultar con la familia en muchos casos. Si el paciente ha expresado previamente sus deseos, rechazando algunos procedimientos de soporte vital, es obligación ética respetarlos. En los casos en que el enfermero sospecha que se va contra la voluntad del paciente, debe constituirse en el defensor, de los derechos de éste.

La beneficencia, que obliga a hacer bien, según los criterios de bien del posible beneficiado. Los profesionales de la salud deben ayudar al paciente a sobrellevar y reducir el impacto de la enfermedad. Por este principio los enfermeros deben responsabilizarse con administrar el mejor cuidado posible al paciente, restaurando su salud, preservando su vida y aliviando su sufrimiento. En ocasiones estos conceptos pueden entrar en conflicto. En la UCI, no todo lo técnicamente posible resulta beneficioso para el enfermo, y en ocasiones someterlo a determinados procedimientos puede serle perjudicial, con lo que se están infringiendo los principios previos.

En este sentido, no basta con no hacer el mal, sino que es imprescindible extremar los posibles beneficios.

Los cuatro principios no obligan de la misma forma; estos se dividen en dos grupos fundamentales (primer y segundo nivel). En el primer nivel se agrupan la no maleficencia y la justicia; en el segundo nivel la autonomía y la justicia. Los del primer nivel pertenecen al campo de lo público y obligan a todo el mundo; los del segundo nivel obligan menos e intervienen en el desarrollo de la conciencia.⁽⁹⁾

El conocimiento actual concerniente a la ética y bioética de enfermería en las UCI apunta a dos direcciones importantes:^(5,18,19)

-Los riesgos inherentes al cuidado de enfermería.
-Lo relativo al uso de la tecnología y los avances científicos.
Los riesgos inherentes al cuidado de enfermería en las UCI.

Los enfermeros (as) en las UCI asumen la responsabilidad del cuidado de sus pacientes en una relación única de interdependencia, que necesita un rápido ajuste entre enfermero-paciente; constituyen mediadores entre el paciente y el equipo de salud y los familiares, salvaguardando su cultura y valores. En sus cuidados de enfermería deben mostrar un despliegue de habilidades técnicas y comunicativas que garantizan la recuperación del paciente y prevenir las complicaciones.⁽²⁰⁾

El cuidado de enfermería, constituye el objeto de estudio de la ciencia enfermera y en las UCI adquiere características especiales, teniendo en cuenta las condiciones en que el mismo se produce, en relación con pacientes vulnerables y en condiciones frecuentemente críticas, en un ambiente altamente tecnologizado y por lo general en un tiempo muy breve.

Lo anterior conduce al incremento en la prevalencia de riesgos asociados al cuidado de enfermería tales como los eventos adversos, errores, incidentes clínicos, entre otros. Estudios consultados sitúan dentro de los eventos adversos relacionados con el cuidado de enfermería en las UCI más frecuentes, los asociados con accesos vasculares, sondas, tubos endotraqueales y nasogástricos y drenajes, la prescripción o la administración de fármacos y los fallos del equipamiento médico.^(8,21)

Se consideran causas de errores asociados con el cuidado de Enfermería en las UCI:⁽²²⁾

- Sobrecarga de pacientes bajo la responsabilidad de una enfermera (que limitan el alcance y la calidad del trabajo, dilatando la realización de procesos terapéuticos, causando problemas en la identificación de los pacientes, monitorización en los cambios del estado de salud, detección oportuna de complicaciones y registro de éstos)
- Fatiga laboral: diferentes estudios han establecido correlación positiva entre la sobrecarga laboral semanal y la ocurrencia de eventos adversos, razón que ha motivado a que se establezcan límites para el trabajo de cada enfermera a no más de 12 horas al día y 60 horas a la semana; otros estudios fijan el límite en 40 horas a la semana.
- Inadecuada orientación y entrenamiento, ausencia de monitoreo de la capacidad de atención: varias investigaciones han demostrado que las actividades de educación continuada en Enfermería permiten elevar el nivel de competencia, disminuyendo las posibilidades de ocurrencia de errores o eventos adversos.
- La complejidad del trabajo en equipo: diferentes estudios refrendan que una comunicación adecuada entre las enfermeras de la UCI y el resto del equipo de salud disminuye la incidencia de errores de medicación.

- El fracaso en crear una cultura organizacional que fomente la responsabilidad compartida y la comunicación abierta entre las personas de distintas disciplinas. Están cada vez más extendidas las teorías que concretan las causas de errores humanos en fallos de la organización.
- El miedo al castigo en ocasiones limita el cumplimiento del deber ético de los profesionales de enfermería de informar al paciente sobre la ocurrencia de un daño no intencionado y la exigencia de reportar lo ocurrido, lo que permitiría la revisión de protocolos, la búsqueda de soluciones oportunas y la prevención de daños futuros.
- La falta de análisis sistemático de los errores: este elemento permite establecer rutinas de análisis y retroalimentación, creando confianza en el personal para incidir en el reporte de los mismos.

La profesión enfermera es promotora de la seguridad del paciente desde la antigüedad. Así, Florence Nightingale documentó visionariamente en su "*Diagrama de área polar o rosa de Nightingale*" las condiciones no seguras en los hospitales y demostró con resultados que las enfermeras formadas sistemáticamente podían hacer más seguro el entorno de los pacientes bajo cuidados. Posteriormente, en los años cincuenta del siglo XX fueron las enfermeras las que iniciaron los reportes de incidencias para ayudar a identificar los riesgos, contribuyendo así a la iniciación de la gestión de riesgos hospitalaria.⁽⁹⁾

Las UCI son consideradas microsistemas clínicos, entendidos como el área de contacto entre los pacientes y los profesionales sanitarios y, en esta frontera, se producen resultados que pueden medirse en términos de calidad, seguridad y coste. Aunque los microsistemas están incluidos en organizaciones más amplias o macrosistemas, es habitual que el compromiso de sus profesionales sea mucho mayor con sus pacientes y con el propio microsistema que con el macrosistema que los engloba.⁽⁸⁾

El uso de la tecnología y los avances científicos en el acto de cuidar en las UCI.

El cuidado que enfermería otorga a un paciente que requiere el uso de tecnología se orienta a detectar y tratar de manera oportuna situaciones graves, que en muchas ocasiones ponen en peligro la vida del paciente. El objetivo principal es mantener las funciones sistémicas durante el estado crítico agudo, sin dejar de lado la visión integral del paciente. Sin embargo, la utilización de un conjunto de tecnologías que se integran al cuidado de enfermería plantea el problema del uso que se hace de ellas.⁽²³⁾

En las UCI, la tecnología nos pone en situaciones y dilemas muchas veces difíciles, porque nos ayuda a mantener al paciente con vida, pero no nos da la certeza de que va a salir indemne. La tecnología dura nos da el apoyo de la ventilación mecánica, las bombas de infusión; la tecnología blanda nos ofrece los protocolos, directrices, procesos; y la tecnología blanda nos orienta sobre la forma como debemos cuidar, al valorar las relaciones y los procesos de comunicación. No podemos pensar que solo la tecnología nos permite avanzar en la atención, a menudo la restringe, la limita a una tecnología dura, al uso indeterminado de aparatos, a relaciones sin comunicación, a la reducción del contacto, del afecto, de la acogida, del establecimiento del vínculo.⁽²³⁾

Por otro lado, los errores relacionados con los dispositivos y equipos médicos son una gran preocupación para las enfermeras de cuidados críticos. El número y la sofisticación de los dispositivos que se utilizan actualmente en el paciente de UCI promedio, aumentan las probabilidades de un evento adverso. Además, el ritmo de cambio es rápido y requiere una

constante asimilación de nueva información. A esto se suma la falta de equipos estandarizados, lo que aumenta la probabilidad de errores del operador.⁽²⁴⁾

La evidencia muestra una falta de claridad cuando se considera la tecnología a la luz de la seguridad, principalmente en relación con el conocimiento de cómo y por qué ocurren los incidentes que involucran la tecnología. Por lo tanto, este tipo de error aún no se entiende bien. Además, las definiciones de la prevalencia general de errores relacionados con la tecnología y los daños resultantes siguen siendo escasas.^(25,26,27)

Un elemento cada vez más discutido es la necesidad de alarmas en los equipos médicos, las cuales están destinadas a proteger a los pacientes pero constituyen un riesgo potencial para la seguridad de los mismos en las UCI.

Lo anterior se refrenda en los resultados de numerosos estudios, algunos de los cuales las ubican entre los 10 peligros de la tecnología de la salud, ocupando el primer lugar durante los años 2012 y 2013, teniendo en cuenta el aumento del número de eventos adversos relacionados a alarmas en pacientes de hospitales en los EUA.⁽²⁷⁾

Los problemas comunes relacionados al manejo de las alarmas clínicas incluyen la desconexión y disminución del volumen lo que puede conducir a la no identificación de complicaciones y el retardo en el establecimiento de conductas terapéuticas.⁽²⁸⁾

Las alarmas son consideradas como útiles para el trabajo en las UCI si son adecuadamente programadas y ajustadas. Sin embargo, se asocian directamente con el aumento del ruido en la unidad, la fatiga de alarmas, las distracciones e interrupciones en el flujo de trabajo y a una falsa sensación de seguridad.^(29,30)

Sin embargo, para realizar una práctica segura con opciones que indiquen una atención de referencia, las enfermeras emplean cada vez más el conocimiento derivado principalmente del empleo de la tecnología blanda dura, como el uso de protocolos, consensos, algoritmos, entre otras.⁽³¹⁾

Como usuarios finales de la tecnología médica (en cualquiera de sus modalidades), las enfermeras (os) se encuentran en una posición única para reducir los riesgos. En general, reducir los riesgos en el uso de las nuevas tecnologías es posible a través de la cuidadosa evaluación del equipamiento, para lo cual se propone el siguiente grupo de acciones estratégicas que contribuyen con este esfuerzo:^(26,27,32)

- Reconocer la posibilidad de que los errores asociados a la tecnología médica pueden ocurrir.
- Reportar los eventos adversos y errores.
- Rechazar el equipamiento médico que no reúne los requerimientos necesarios.
- Utilización de listas de chequeo para comprobar el funcionamiento de los equipos antes de su utilización.
- Programar las alarmas de los equipos en correspondencia con el status del paciente.
- Promover la educación permanente de los profesionales de enfermería laborando en las UCI.

En este sentido, la gestión de riesgos clínicos es un desafío propuesto a los profesionales de enfermería que buscan proporcionar cuidados de calidad a los pacientes extremadamente enfermos, mientras asumen el compromiso ético de prevenir tales eventos.⁽³²⁾

Las estrategias de gestión de riesgos asociados al cuidado de enfermería y su impacto. Las estrategias de gestión de riesgos se reconocen en la actualidad como formas efectivas para la prevención y el manejo de riesgos y sus consecuencias. Sin embargo, solo los primeros pasos se dan en este sentido.

Las estrategias de gestión de riesgos clínicos han sido evaluadas en diferentes estudios, los cuales corroboran su pertinencia. Entre sus objetivos fundamentales se encuentra minimizar el error mediante la eliminación de sus causas y la aplicación de estrategias de control para evitar repeticiones y las consecuencias de los mismos.⁽⁹⁾

Son muchas las líneas de actuación que deben de ponerse en marcha para la mejora de la seguridad de los pacientes y alcanzar algunos de los objetivos formulados. Algunas de las recomendaciones siguientes se desprenden del análisis de los informes internacionales.⁽¹⁰⁾

- Establecer un enfoque consistente para conseguir liderazgo, investigación, herramientas y protocolos para potenciar el conocimiento sobre la seguridad de los pacientes.
- Identificar los problemas de seguridad y aprender de ellos mediante sistemas de registro y notificación de carácter obligatorio o voluntario.
- Formular estándares de mejora de la seguridad por parte de gobiernos, sociedades científicas y profesionales.
- Implementar prácticas seguras en los niveles de la prestación asistencial.

Fernández-Castelló y colaboradores diseñaron un modelo de gestión de riesgo integral que se basó en una estructura de gobierno, el marco de gestión de riesgo y la propia gestión de los riesgos; un catálogo de riesgos y controles, divididos por áreas de aplicación; para esto último, se elaboró un catálogo de riesgos clínicos potenciales y se aplicó en un hospital para identificar el riesgo al que estaba expuesto en su actividad diaria. Entre sus beneficios los investigadores señalan la capacidad de proporcionar servicios que satisfacen los estándares de buenas prácticas y la asignación de recursos para la gestión del riesgo y la adaptación al entorno y al paciente.⁽³³⁾

Una estrategia de desarrollo del personal de enfermería en clima de seguridad en el Reino de Arabia Saudita obtuvo resultados significativos. Relaciones estadísticas significativas entre el clima de seguridad y la satisfacción laboral de enfermeras laborando en la UCI fueron obtenidas. Además, se obtuvieron mejoras en el clima de seguridad, el trabajo en equipos y los conocimientos, habilidades y actitudes con respecto a las dimensiones de la seguridad del paciente al implementar este programa.⁽³⁴⁾

Otros estudios en Fortaleza, Brasil, han ofrecido un acercamiento cualitativo al problema, lo que ha permitido la identificación de los riesgos clínicos presentes en la práctica asistencial y el análisis de estrategias de gestión para promover la seguridad del paciente, la incorporación de buenas prácticas y la identificación de barreras y oportunidades.⁽³⁵⁾

La mayoría de los autores coinciden en señalar el estímulo a la notificación de eventos adversos y la implementación de medidas para lograr un clima organizacional no punitivo.^(8,36)



El trabajo de la enfermera, que se desarrolla a través de actuaciones en equipo, caracterizado por un actuar jerárquico, implica supervisar las acciones que emanan del *acto enfermero*. De cara a la evidencia científica y la escasez de enfermeras algunos autores proponen *la supervisión por riesgos* ya que permite mejorar la eficiencia y eficacia en el control de los riesgos y promueve la configuración de una *pirámide de servicios* fundada en el deber de protección de los pacientes.⁽³⁷⁾

Si bien se toman medidas en el ámbito asistencial, es imprescindible que la educación de pre y posgrado acompañe los propósitos de la gestión de riesgos en un ámbito sujeto a constantes cambios e innovaciones en el orden tecnológico como es la unidad de cuidados intensivos. Los planes de estudio deben incluir estas temáticas en sus currículos. Por otro lado el desarrollo de estrategias de capacitación en los servicios ha demostrado eficacia en la gestión de riesgos clínicos asociados al cuidado de enfermería.

Múltiples autores coinciden con estos criterios e incluyen actividades de superación en sus estrategias para mejorar la seguridad del paciente a través de la identificación precoz y manejo de los eventos adversos.^(33,34,35) La atención sanitaria precisa profesionales y personas capacitadas para cumplir su misión y cubrir las necesidades de los pacientes garantizando su seguridad y la calidad de la atención. La organización debe asegurar que cualquier persona que preste sus servicios en ella sea competente.⁽¹⁾

CONCLUSIONES

A la luz de los avances científico-tecnológicos en la atención de salud, las posibilidades terapéuticas del paciente crítico han aumentado y con ello la posibilidad de sufrir eventos adversos en las Unidades de Cuidados Intensivos. La gestión de riesgos clínicos se perfila como importante herramienta metodológica para la identificación precoz y manejo de dichos eventos, espacio en que el personal de Enfermería juega un rol fundamental, con profundas implicaciones éticas y bioéticas en el acto del cuidar.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Contribución de los autores

Los autores contribuyeron de igual medida en la confección del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Xunta de Galicia Servicio Gallego de Salud. Sistema de Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos Sanitarios. [Internet] Santiago de Compostela; 2014.
2. Kelly D, Kutney-Lee A, Lake ET. The critical care work environment and nurse-reported health care-associated infections. *Am J CritCare* [internet]. 2013 [citado 28/01/2019]; 22(6): [aprox. 6p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3996829/>
3. Zoboli ELCP, Schweitzer MC. Nursing values as social practice: a qualitative meta-synthesis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2013 [citado 28/01/2019]; 21(3): [aprox. 8p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000300695&lng=en
4. Araújo FP, Ferreira MA. Social representations of care humanization in the conception of hospitalized users. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2011 [citado 28/01/2019]; 64(2): [aprox. 6p.].



Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000300016

5. Da Silva RC, de Assunção Ferreira M, Apostolidis T, Sauthier M. Nursing care practices in intensive care: An analysis according to ethics of responsibility. Esc. Anna Nery [Internet]. 2016 [citado 28/01/2019]; 20(4). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000400212&script=sci_arttext&tlng=en

6. Del Río Sánchez MB. Manual de Cuidados Enfermeros en la UCI. Madrid: Editorial SEP; 2017. p.13-38

7. Barbosa SFF, Mello JF. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. Texto Contexto Enfermagem [Internet]. 2013 [citado 28/01/2019]; 33(1124). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400031>

8. Lacoma F. Seguridad del paciente crítico: la cultura de seguridad más allá de la UCI. Rev Calidad Asistencial [Internet]. 2008 [citado 28/01/2019]; 23(4): [aprox. 30p.]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-seguridad-del-paciente-critico-cultura-S1134282X08721250>

9. Martínez López FJ, Ruiz Ortega JM. Manual de gestión de riesgos sanitarios. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2001. p. 226-8.

10. Gómiz León E. El profesional de enfermería, por la gestión del riesgo, hacia la seguridad del paciente. RevSocEspEnfermNefrol [eInternet]. 2007 [citado 28/01/2019]; 10(1): [aprox. 1p.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v10n1/carta.pdf>

11. León Román CA. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2006 [citado 28/01/2019]; 22(3): [aprox 11 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_3_06/enf07306.html

12. Mora Guillart L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Rev Cubana Oftalmol [Internet]. 2015 [citado 28/01/2019]; 28(2): [aprox. 5p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009&lng=es

13. Gómez Córdoba AI, Espinosa AF. Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. Cuidar es pensar. **Aquichan** [Internet]. 2009 [citado 28/01/2019]; 6(1). Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/80/165>

14. Vera Carrasco O. Aspectos bioéticos en la atención de los pacientes de las unidades de cuidados intensivos. Rev. Méd [Internet]. 2015 [citado 28/01/2019]; 21(1). Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000100009

15. Beauchamp TL, Childress JF. Respect for autonomy, non-maleficence, beneficence, justice. En: Beauchamp TL, Childress JF, editors. Principles of biomedical ethics. 4th ed. New York: Oxford University Press, 1994. P.120-394.

16. Organización Mundial de la Salud. Pacientes en Defensa de su Seguridad [Internet] m OMO; 2019 [citado 28/01/2019]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/es/index.html



17. Santos-Pérez MI, García-Rodicio S, Abajo del Álamo C. Conocimiento de los tratamientos en pacientes hospitalarios: herramienta necesaria para la seguridad asistencial. Rev Calidad Asistencial [Internet]. 2012 [citado 28/01/2019]; 27(5): [aprox. 4p.]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-conocimiento-los-tratamientos-pacientes-hospitalarios-S1134282X12000085>
18. Vargas MAO, Ramos FRS. Iatrogenesis in Intensive Care Units: dramatization of contemporary bio/ethical problems. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2010 [citado 28/01/2019]; 18(5): [aprox. 10p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000500021&lng=en
19. Duarte SCM, Queiroz ABA, Büscher A, Stipp MAC. Human error in daily intensive nursing care. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2015 [citado 28/01/2019]; 23(6): [aprox. 6p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000601074&lng=en
20. Sholtz S, Nel EW, Poggenpoel M, Myburgh C. The culture of nurses in a critical care unit. Glob Qual Nurs Res [Internet]. 2016 [citado 28/01/2019]; 3. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2333393615625996>
21. Almeida Barcellos R, Toscan M, PrettoBáo AC, Coelho AmestoyS. Effectiveness of clinical risk management in intensive care. Cogitare Enferm [Internet]. 2016 [citado 28/01/2019]; 21(1-8). Disponible en: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/45205/pdf_1
22. Gómez Córdoba AI, Fernanda Espinosa A. Ethical Dilemmas Facing the Patient's Safety: Care means Ponder. Aquichan [Internet]. 2009 [citado 28/01/2019]; 68(1). Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/80/165>
23. Escobar-Castellanos B, Cid-Henríquez P. El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. Acta bioeth [Internet]. 2018 [citado 28/01/2019]; 24(1). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2018000100039 - B25
24. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System [Internet]. Washington: National Academies Press; 2000 [citado 28/01/2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248>
25. Ward JR, Clarkson PJ. An analysis of medical device-related errors: prevalence and possible solutions. J MedEngTechnol [Internet]. 2004 [citado 28/01/2019]; 28(1): [aprox. 9p.]. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0309190031000123747>
26. Mattox E. Medical Devices and Patient Safety. CritCare Nurse [Internet]. 2012 [citado 28/01/2019]; 32(4): [aprox. 6p.]. Disponible en: <http://ccn.aacnjournals.org/content/32/4/60.full>
27. Institute ECRI. Top 10 health technology hazards for 2013. Health Devices [en línea]. 2012 [citado 28/01/2019]; 41(11). Disponible en: https://www.ecri.org/Resources/Whitepapers_and_reports/2013_Health_Devices_Top_10_Hazards.pdf



28. Rangel Ribeiro GD, Celestino da Silva R, Assunção Ferreira M, Rezende da Silva G. Violaciones en el uso de equipo por las enfermeras en la unidad de terapia intensiva. Texto contexto –enferm [Internet]. 2017 [citado 28/01/2019]; 26(2). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200315
29. Bridi AC, Silva RCL, Louro TQ. Alarmas clínicas en terapia intensiva: implicaciones de la fatiga de alarmas para la seguridad del paciente. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2014 [citado 28/01/2019]; 22(6): [aprox. 10p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/es_0104-1169-rlae-22-06-01034.pdf
30. Morales Sánchez C, Murillo Pérez MA, Torrente Vela S. Auditoría de las alarmas del monitor de cabecera en una unidad de cuidados críticos. Enfermería Intensiva [en línea]. 2014 [citado 28/01/2019]; 25(3): [aprox. 20p.]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-auditoria-las-alarmas-del-monitor-S1130239914000327>
31. Kuerten Rocha P, do Prado ML, Almeida Cabral PF, Jatobá de Souza AI, Anders JC. El cuidado y la tecnología en las unidades de cuidados intensivos. IndexEnferm [Internet]. 2013 [citado 28/01/2019]; 22(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000200009
32. Rangel Ribeiro GD, Celestino da Silva R, Assunção Ferreira M. Technologies in intensive care: causes of adverse events and implications to nursing. Rev. Bras. Enferm [Internet]. 2016 [citado 28/01/2019]; 69(5). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000500972&script=sci_arttext&tlng=en
33. Fernández-Castelló AI, Valle-Pérez P, Pagonessa-Damonte ML, Blazquez-Muñoz M, Tomás JF. An experience in integrated management of clinical risks. Journal of Healthcare Quality Research [Internet]. 2018 [citado 28/01/2019]; 33(6): [aprox. 20p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2603647918300836>
34. Bassuni EM, Bayoumi MM. Improvement Critical Care Patient Safety: Using Nursing Staff Development Strategies, At Saudi Arabia. Glob J Health Sci [Internet]. 2015 [citado 28/01/2019]; 7(2): [aprox. 8p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4796447/>
35. Meneses Oliveira R, de Arruda Leitão ID, Sales da Silva L. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. Esc. Anna Nery [Internet]. 2014 [citado 28/01/2019]; 18(1). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000100122&script=sci_arttext&tlng=en
36. Françolin L, Gabriel CS, Bernardes A. Patient safety management from the perspective of nurses. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2015 [citado 28/01/2019]; 49(2). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000200277
37. Milos P, Larraín AI. La vinculación ético-jurídica entre la gestión del cuidado y la gestión de riesgos en el contexto de la seguridad del paciente. Aquichan [Internet]. 2015 [citado 28/01/2019]; 15(1): [aprox. 12p.]. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2935/3764>

