



EDITORIAL

Efectos adversos, intercomunicación, gestión del conocimiento y estrategias de cuidados en enfermería intensiva

Adverse effects, intercommunication, management of knowledge and care strategies in intensive nursing

E. Moreno-Millán*, J. Villegas-Del Ojo, F. Prieto-Valderrey y J. Nieto-Galeano

Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Santa Bárbara, Puertollano, España

Recibido el 10 de septiembre de 2010; aceptado el 19 de septiembre de 2010
Disponible en Internet el 3 de diciembre de 2010

Enfermería y médicos son los dos elementos, junto con la tecnología, más importantes de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), porque constituyen el capital intelectual de estas organizaciones y son los determinantes de su gestión y resultados, caracterizando un área hospitalaria específica y muy diferenciada del resto.

Las especiales condiciones funcionales y laborales de la Medicina Intensiva suelen inducir intervenciones mayoritariamente reactivas a situaciones críticas, que deben ser resueltas con rapidez facilitando, en ocasiones, eventos adversos e incluso errores^{1,2}. El 47% de las actividades en UCI son planificadas y el 33% reactivas, alcanzando entre la Enfermería el 92% de las primeras pero tan solo el 2% de las segundas². Investigaciones sobre la naturaleza y causas del error humano en las UCI –definido como la desviación de la conducta estándar– han comprobado una media de 178 actuaciones profesionales por día y paciente, con 1,7 errores relacionados y, aunque las enfermeras realizan muchísimas más intervenciones (84%) que los médicos (4,7%), ambos grupos contribuyen de forma similar (55 y 45%, respectivamente), observándose más errores por hora en la mañana y tarde (68,4-72,7%) que durante la noche (27,3-31,6%)^{1,2}. El riesgo creciente de efectos adversos se asocia a los propios procesos asistenciales, por la combinación del uso de

tecnologías complejas con la interacción de profesionales no siempre coordinados³.

La buena intercomunicación entre ambos estamentos y la transferencia de información tienen una gran importancia en estos acontecimientos adversos. Resulta significativo que en el 37% de estos errores aparece la comunicación verbal como su primera causa², siendo caracterizados como graves o muy graves en el 29%, teniendo resultado mortal en el 3% de las ocasiones y precisando cambios de tratamiento en un no despreciable 9,9%¹.

Fuentes de conflicto dentro de la UCI han sido percibidas por el 71,6% de los profesionales, siendo 32,6% entre los dos grupos, 27,3% entre la enfermería y 26% entre los médicos –originándose prioritariamente por animosidad personal y déficit de comunicabilidad– siendo calificadas como graves por el 53% del personal, generalmente asociadas con más de 40 horas semanales de trabajo, capacidad de la UCI superior a 15 camas y ausencia casi absoluta de reuniones entre ambos grupos⁴.

La mejora de la comunicación interprofesional debería conducir a optimizar los resultados, disminuyendo la aparición y facilitación de las crisis^{5,6}, pero existe una discrepante y preocupante percepción de la realidad laboral entre el personal de UCI, expresando menores niveles de comunicación como consecuencia de sus diferentes responsabilidades (cuidar/curar), grados de autoridad, culturas y formación^{7,8}. De hecho, el proceso de toma de decisiones ha sido catalogado como satisfactorio por el 73% de los médicos y sólo el

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: emormill@hotmail.com (E. Moreno-Millán).

33% de la Enfermería⁸, y los mismos porcentajes se alcanzan en la calidad de la colaboración entre ambos grupos frente a la retirada o limitación del esfuerzo terapéutico, afirmando más del 90% de los profesionales que debe ser un proceso colaborativo, aunque solo el 50% de los médicos y el 27% de las enfermeras confirman su implicación real⁶. Aunque estas diferencias no parecen ser un predictor significativo de los resultados en salud del paciente⁹, lo cierto es que el mayor grado de colaboración es considerado como un importante componente en la satisfacción alcanzada con la toma de decisiones por los dos grupos profesionales¹⁰.

La UCI es un área esencial para la investigación del factor humano y su capacidad adaptativa y reactiva ante situaciones graves y complejas (enfermos en amenaza vital, con fisiopatología inestable, sujetos a soportes sofisticados), pero la discontinuidad en la comunicación durante las intervenciones en equipo dificulta la concentración de recursos para elaborar procesos de alta calidad^{3,11}. La toma de decisiones es, en la UCI, el momento clave de la actividad profesional: decidir con rapidez y exactitud, buscando siempre la mejor opción, supone un ejercicio que debe construirse sobre una base de madurez psicológica y un importante arsenal de conocimientos y habilidades.

Los activos intangibles son los que aportan valor a las organizaciones y, entre ellos, destaca el capital intelectual de sus trabajadores. La gestión del conocimiento intenta transferir al resto la experiencia de los miembros más cualificados de una organización, de forma que pueda ser utilizada como un recurso superior, transformándolo en un activo inteligente y compartible. Y es, precisamente, en las UCI donde el capital intelectual del factor humano alcanza una enorme trascendencia por sus consecuencias en la toma de decisiones, debiendo favorecerse la comunicación para evitar conflictos y riesgos innecesarios^{12,13}. La gestión del conocimiento tiene su principal herramienta en el aprendizaje organizativo -que permite aumentar la capacidad de la organización a través del progreso individual, interacciones entre sus miembros y procesos de captación, estructuración y transmisión científica- y presenta como objetivo trasladar a la rutina asistencial los avances que pueden beneficiar a los pacientes a través de la mejora del conocimiento de los profesionales^{14,15}.

En este número de "*Medicina Intensiva*" se publica un interesante análisis del nivel de conocimientos que presentan las enfermeras de UCI del sur de Europa en medidas de prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica -principal causa de incremento de estancia, tiempo de soporte, gasto sanitario y mortalidad en las UCI- comparándolo entre los diferentes países participantes y con relación al resto del continente¹⁶, partiendo de protocolos implantados previamente en Canadá¹⁷, y demostrando que, aunque todavía de forma moderada, el grado alcanzado por las españolas (46,6%) en este campo es más elevado¹⁸. Al igual que sucede con las estrategias establecidas para disminuir las infecciones nosocomiales¹⁹ -fundamentalmente las relacionadas con catéteres²⁰ y las de las heridas quirúrgicas²¹, el grupo europeo recomienda introducir esos paquetes de cuidados en los currícula educativos con programas de refresco²², implicando así a la Enfermería en la mejora de los resultados alcanzados en la gestión del paciente crítico²³.

El trabajo clínico en equipo y las habilidades de comunicación deben ser mejoradas utilizando técnicas formativas modernas: aprendizaje electrónico (*e-learning*), debates *on-line*, *software* de colaboración, protocolos) y otras alternativas que constituyen, actualmente, tácticas específicas para elevar la seguridad, efectividad y eficiencia de organizaciones, como es el caso de los tripulantes de aeronaves comerciales, con percepciones muy similares a nuestras UCI²⁴. Evitar efectos adversos debe ser un objetivo prioritario de la atención al enfermo crítico, y los gestores y políticos sanitarios deben favorecer el incremento del capital intelectual de los profesionales, porque redundará en la mejora de la calidad y la seguridad de nuestros pacientes, la disminución del gasto y el prestigio de nuestro sistema de salud.

Bibliografía

- Osmon S, Harris CB, Dunagan WC, Prentice D, Fraser WJ, Kollef MH. Reporting of medical errors: an intensive care unit experience. *Crit Care Med*. 2004;32:727-33.
- Donchin Y, Gopher D, Olin M, Badihi Y, Biesky M, Sprung CL, et al. A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 1995;23:294-300.
- Garrouste M, Timsit JF, Soufir L, Tafflet M, Adrie Ch, Philippart F, et al., OUTCAMEREA Study Group. Impact of adverse events on outcomes in intensive care unit patients. *Crit Care Med*. 2008;36:2196-7.
- Azoulay E, Timsit JF, Sprung CL, Soares M, Rusinova K, Lafabrie A, et al. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts. *Am J Resp Crit Care Med*. 2009;180:853-60.
- Piquette D, Reeves S, Leblanc VR. Interprofessional intensive care unit team interactions and medical crises: a qualitative study. *J Interprof Care*. 2009;23:273-85.
- Stein-Parbury J, Liaschenko J. Understanding collaboration between nurses and physicians as knowledge at work. *Am J Crit Care*. 2007;16:470-7.
- Ferrand E, Lemaire F, Regnier B, Kuteifan K, Badet M, Asfar P, et al. Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of intensive care unit end-of-life decisions. *Am J Resp Crit Care Med*. 2003;167:1310-5.
- Thomas EJ, Sexton JB, Helmreich RL. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med*. 2003;31:956-9.
- Higgins LW. Nurses perceptions of collaborative nurse-physician transfer decision making as a predictor of patients outcomes in a medical intensive care unit. *J Advanced Nursing*. 1999;29:1434-43.
- Baggs JG, Schmitt MH, Mushlin AI, Eldredge DH, Oakes D, Hutson AD. Nurse-physician collaboration and satisfaction with the decision-making process in three critical care units. *Am J Crit Care*. 1997;6:393-9.
- Bion JF, Abrusci T, Hibbert P. Human factors in the management of the critically ill patients. *Br J Anaesth*. 2010;105:26-33.
- Ruiz J. Aprendizaje organizacional en enfermería. *Rev ROL Enfermería*. 2001;24:411-3.
- Ruiz-Moreno J, Martín-Delgado MC. Servicios de Medicina Intensiva: un marco idóneo para aplicar la gestión del conocimiento. *Todo Hospital*. 2007;234:120-5.
- Fernández-Mondéjar E, Alía I. Formación médica continuada y desarrollo profesional continuo. Una obligación compartida. *Med Intensiva*. 2008;32:1-2.
- Senge PM. *The fifth discipline: the Art and Practice of the Learning Organization*. New York: Currency Double Day; 1990.

16. Blot SI, Labeau S, Vandijck D, Van Aken P, Claes B. Evidence-based guidelines for the prevention of ventilator-associated pneumonia: results of a knowledge test among intensive care nurses. *Intensive Care Med.* 2007;33:1463–7.
17. Heyland DK, Cook DJ, Dodek PM. Prevention of ventilator-associated pneumonia: current practice in Canadian intensive care units. *J Crit Care.* 2002;17:161–7.
18. Grado de conocimiento de las guías de prevención de la Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica de las enfermeras de Cuidados Intensivos del sur de Europa. *Med Intensiva.* DOI:10.1016/j.medin.2010.07.012.
19. Vandijck DM, Labeau SO, Vogelaers DP, Blot SI. Prevention of nosocomial infections in intensive care patients. *Nurs Crit Care.* 2010;15:251–6.
20. Vandijck DM, Labeau SO, Secanell M, Rello J, Blot SI. The role of nurses working in emergency and critical care environments in the prevention of intravascular catheters-related bloodstream infections. *Int Emerg Nurs.* 2009;17:60–8.
21. Labeau SO, Witdouch SS, Vandijck DM, Claes B, Rello J, Vandewoude KH, et al. Nurses knowledge of evidence-based guidelines for the prevention of surgical site infection. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2010;7:16–24.
22. Labeau SO, Vandijck DM, Rello J, Adam S, Rosa A, Wenisch C, et al., EVIDENCE Study Investigators. Centers for disease control and prevention guidelines for preventing central venous catheter-related infections: results of a knowledge test among 3405 European intensive care nurses. *Crit Care Med.* 2009;37:320–3.
23. Ferrer R, Artigas A, Levy MM, Blanco J, González-Díaz G, Garnacho-Montero J, et al. Improvement in process of care and outcome after a multicenter severe sepsis educational program in Spain. *JAMA.* 2008;299:2294–303.
24. Surgenor SD, Blike GT, Corwin HL. Teamwork and collaboration in critical care: Lessons from the cockpit. *Crit Care Med.* 2003;31:992–3.