

**MAESTRÍA EN ECONOMÍA DE LA SALUD
Y ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA**

GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA

AUTORA: Lic. LIDA MARITZA TORRES T.

DIRECTORA DE TESIS: Mg. GRACIELA SUSANA ETCHEVERRY

LA PLATA, JULIO DE 2011

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por su constante apoyo, por estar presentes a pesar de la distancia y por sus palabras de aliento que alimentan mi espíritu y con ello me incentivan a ser una persona mejor cada día.

A Edgar, mi compañero leal, por su paciencia y su amor incondicional.

A Graciela, mi directora de tesis, por su apoyo, perseverancia, gestión, acompañamiento y compromiso en este proceso de realización y desarrollo de tesis, a ella, mi perenne gratitud.

A Miriam Di Loretto, mi colega y amiga, por su objetividad y apoyo.

A todas las personas que contribuyeron con la realización del presente documento, a mis amigos, compañeros y todas las personas que creyeron en este trabajo.

Al Ingeniero Nicolás Barros, por su ayuda en el procesamiento de la información.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	INTRODUCCIÓN	8
2.	CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA	10
2.1	PROBLEMA	10
2.1.1	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	10
2.2	JUSTIFICACIÓN	11
3.	MARCO TEÓRICO	13
3.1	EL ERROR HUMANO	14
3.2	RIESGO E INCERTIDUMBRE EN LA PRÁCTICA SANITARIA	15
3.2.1	Riesgo	15
3.2.2	Error	15
3.2.3	Incertidumbre	15
3.2.4	Incertidumbre en salud	15
3.2.5	Riesgo en salud	15
3.2.6	Evento adverso	15
3.2.7	Acto médico	16
3.2.8	Error humano	16
3.2.9	Error en medicina	16
3.2.10	Gestión	16
3.3.	LA ENFERMERÍA Y EL ERROR	17
3.4.	RESPONSABILIDAD PROFESIONAL Y CIVIL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	17
3.4.1.	Error en la medicación	18
3.4.2.	Casos de quemaduras y lesiones en la piel	20
3.4.3.	Descuidos en el control del paciente	20
3.4.4.	Casos de identificación incorrecta del enfermo	20
3.5.	IMPLICACIONES LEGALES	22

3.5.1. Mala praxis: concepto.....	22
3.5.2. Responsabilidad legal.....	23
3.5.3. Prueba del daño.....	24
3.5.4. Obligaciones legales con el paciente.....	24
3.5.5. Agentes de la salud involucrados.....	24
3.5.6. Derechos del paciente.....	25
3.6. LA ENFERMERÍA Y LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES.....	26
3.6.1. Coeficientes paciente – enfermera	27
3.6.2. Productividad de la enfermería.....	28
3.7. LA INVESTIGACIÓN COMO ESTRATEGIA EN EL MARCO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	30
3.8. CULTURA DEL REPORTE DE ERRORES.....	31
3.9. FALLAS EN EL SISTEMA.....	32
3.10. CULTURA ORGANIZACIONAL.....	33
3.10.1 Cambio cultural.....	34
3.10.2. Pasos para el cambio.....	36
3.10.2.1. Infundir el sentido de urgencia.....	36
3.10.2.2. Crear una coalición orientadora.....	36
3.10.2.3. Desarrollar una visión y una estrategia.....	36
3.10.2.4. Comunicar la visión del cambio.....	36
3.10.2.5. Designación de una base amplia para la acción.....	37
3.10.2.6. Propiciar triunfos a corto plazo.....	37
3.10.2.7. Consolidar los logros y generar más cambios.....	37
3.10.2.8. Arraigar los cambios en la cultura organizacional.....	37
4. PROPÓSITO Y OBJETIVOS.....	39
5. ABORDAJE METODOLÓGICO.....	40
6. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	46
6.1. CARACTERIZACIÓN SOCIO - DEMOGRÁFICA.....	47

6.2. SITUACIÓN LABORAL.....	49
6.3. SITUACIONES DE RIESGO.....	56
6.4. PERCEPCIÓN FRENTE A LOS EVENTOS ADVERSOS.....	67
6.5. GUÍA DE OBSERVACIÓN.....	70
7. CONCLUSIONES EMERGENTES Y DESAFÍOS PENDIENTES.....	75
7.1. CONCLUSIONES.....	75
7.2. RECOMENDACIONES.....	79
8. BIBLIOGRAFÍA	81
9. ANEXOS.....	84
Anexo 1. GUÍA DE OBSERVACIÓN	85
Anexo 2. ENCUESTA AUTO ADMINISTRADA.....	89
ÍNDICE DE GRÁFICOS	
Tabla 1. Matriz para adoptar decisiones sobre el personal	28
Tabla 2. Coeficientes mínimos obligatorios de pacientes por enfermera.....	29
Tabla 3. Operacionalización de variables.....	40
Figura 1. Esquema del modelo del queso suizo explicativos de fallos en el sistema	32
Gráfico de resultados 1. Nivel de formación académica.....	48
Gráfico de resultados 2. Participación por servicios.....	49
Gráfico de resultados 3. Situación de pluriempleo.....	50
Gráfico de resultados 4. Motivación para ser enfermeros.....	52
Gráfico de resultados 5. Antigüedad en el ejercicio profesional.....	53
Gráfico de resultados 6. Motivación para trabajar en la Institución.....	54
Gráfico de resultados 7. Cantidad de pacientes por guardia.....	55
Gráfico de resultados 8. Frecuencia de caídas.....	57
Gráfico de resultados 9. Desconocimiento de diluciones.....	59
Gráfico de resultados 10. Dificultad en la administración de medicamentos por desconocimiento.....	61
Gráfico de resultados 11. Conocimiento de cuidados en la administración de electrolitos ..	62

Gráfico de resultados 12. Equipo de inyección reutilizado.....	63
Gráfico de resultados 13. Equivocaciones de otros profesionales de la salud.....	65
Gráfico de resultados 14. Razones para no notificar un error propio.....	66
Gráfico de resultados 15. Estrés en el trabajo.....	68
Gráfico de resultados 16. Acciones sobre el evento adverso.....	69
Gráfico de resultados 17. Información sobre los eventos adversos.....	70

PRÓLOGO

La seguridad en la asistencia sanitaria ha adquirido en los últimos años gran relevancia, por cuanto los estudios realizados mundialmente demostraron el impacto social, sanitario y económico que ocasionan los eventos adversos para los sistemas de salud.

La preocupación creciente de estos sistemas, ha llevado a la Organización Mundial de la Salud a emitir en el año 2004 una Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, con el fin de crear estrategias para el manejo del problema de los eventos adversos, con el fin de establecer y consolidar sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención en salud.

La Alianza Mundial tiene por objeto coordinar, difundir y acelerar el mejoramiento de la Seguridad del paciente en todo el mundo, además de constituir un medio que propicia la colaboración internacional y la adopción de medidas entre los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS, los expertos técnicos, los profesionales y los grupos industriales.

Las investigaciones confirman cada vez más, que en todos los sistemas de atención de salud se producen eventos adversos. Aunque el contexto puede variar, ningún país - ya sea rico o pobre - puede anunciar que ha resuelto totalmente el problema de la seguridad del paciente.

Por lo expuesto, se hace necesario el estudio profundo del fenómeno de ocurrencia de los eventos adversos y de los actores sanitarios involucrados en la seguridad de los pacientes, y la creación de estrategias tendientes a la prevención de los errores.

1. INTRODUCCIÓN

La seguridad de los pacientes es un tema de amplia actualidad, que ha cobrado interés para los profesionales sanitarios, entre ellos los profesionales de Enfermería. Sin embargo la escasa información del rol de la enfermera en la prevención de errores y gestión de riesgos sanitarios en el ámbito asistencial, hace necesario el estudio de la participación de Enfermería en la seguridad de los pacientes.

Si bien en la República Argentina, se han iniciado esfuerzos para la creación de estrategias de seguridad del paciente, tendientes a la prevención del error en un marco de calidad institucional, éstos han tenido origen desde la organización Médica, donde la participación de Enfermería ha sido exigua.

Al ser el ejercicio asistencial de la enfermera constante y continuo, ya que suelen ser estos profesionales los que se encuentran en mayor cantidad de tiempo al lado de los usuarios, muchas actividades de su quehacer, realizadas sin el conocimiento y capacitación necesaria, pueden conllevar a la ocurrencia de eventos adversos, generando una preocupación y un reto en el ejercicio profesional que sin duda requiere actuación que contribuya a la seguridad y calidad.

En el desarrollo del presente trabajo, el problema se plantea desde la participación de Enfermería en la gestión de seguridad del paciente ante la ocurrencia de eventos adversos. Para revisar el estado del arte del tema estudiado se abordan cuestiones como el error humano, la Enfermería y el error, la responsabilidad profesional, civil y legal del ejercicio de la Enfermería, la cultura organizacional y los fallos en el sistema, entre otros.

Posteriormente se proponen algunas variables a tener en cuenta en el estudio de la gestión de Enfermería frente a la ocurrencia de eventos adversos y la seguridad de los pacientes. Se aplican estas variables a través de dos instrumentos de recolección de información con el fin de realizar una descripción de las situaciones de riesgo y una caracterización del personal de Enfermería de una institución estatal de carácter polivalente. Los resultados obtenidos se comparan con los descriptos en la bibliografía en otros contextos institucionales, tanto nacionales como extranjeros.

Finalmente, se realizan recomendaciones tendientes a la prevención del error y la gestión de la seguridad de los pacientes, en un marco de calidad institucional.

2. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

2.1 PROBLEMA

La incidencia de la gestión de Enfermería en la seguridad del paciente ante la ocurrencia de eventos adversos.

2.1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA: La creciente preocupación de las instituciones sanitarias por optimizar los servicios expone el reto, tanto a los administradores como al personal clínico, de garantizar la calidad en la prestación de los servicios, adoptando medidas costo - efectivas, eficientes y eficaces.

La seguridad de los usuarios es un aspecto de la calidad que debe ser encarado por los profesionales de las instituciones, entre ellos el personal de Enfermería. La creciente importancia de la seguridad del paciente se debe no sólo a la relevancia que tiene en la salud de los usuarios, sino también a la disminución de costos para las instituciones hospitalarias. Por ello, la participación de profesionales con formación académica acorde, como es el caso de los profesionales formados en el marco de una Maestría en Economía de la Salud y administración de los Servicios de Salud, se hace necesaria y oportuna.

El personal de Enfermería constituye el grupo más numeroso de trabajadores en cualquier institución sanitaria; muchos de los reclamos y demandas que se presentan involucran a los profesionales de enfermería, como consecuencia de sus funciones asistenciales.¹

Como lo manifiesta el estudio Español Proyecto Séneca, *"...la reducción de efectos adversos requiere un abordaje organizacional y multidisciplinar, los profesionales de Enfermería dados los tipos de eventos adversos evitables (errores en la medicación, lesiones por presión, flebitis, falta de información del paciente, infecciones nosocomiales, etc.), desempeñan un papel importante en los resultados en salud que se obtienen de la asistencia sanitaria y por tanto están muy implicados en la seguridad del paciente."*².

Si bien existen estudios relacionados con el error en Medicina, en los cuales se relacionan como eventos adversos más frecuentes: el error en la medicación, las lesiones

¹Martínez López, F.J., Manual de Gestión de Riesgos Sanitarios. Ed. Díaz de Santos, 2001. pág. 156.

² García, Emilio y otros. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Séneca, INFORME TÉCNICO DICIEMBRE 2008, pág. 22.

por presión, las caídas y las infecciones nosocomiales entre otros, todas actividades relacionadas con Enfermería, no se encontraron en la revisión bibliográfica, estudios que hablen específicamente de la magnitud de los eventos adversos que pueden ocurrir dentro del marco de las actividades desarrolladas por Enfermería.

En la República Argentina, la Academia Nacional de Medicina planeó y organizó en 2001 un comité de error y calidad en medicina, que a su vez encomendó al Instituto de Investigaciones Epidemiológicas investigar sobre “la epidemia del error en medicina”. Este Instituto diseñó, desarrolló e implementó un programa para el mejoramiento de la seguridad en la atención de los pacientes en varias instituciones.³ Sin embargo, no se profundizó en el quehacer de Enfermería para la prevención del error.

No contar con herramientas encaminadas a la colaboración de Enfermería dentro de la prevención como un accionar multidisciplinario para el abordaje de un problema real de los sistemas de salud, conllevaría inevitablemente a que éste se multiplique y traiga consecuencias funestas tanto para los sistemas como para las comunidades e instituciones sanitarias.

2.2 JUSTIFICACION

La seguridad del paciente en los servicios sanitarios ha constituido un asunto de preocupación creciente y actual, el problema ha adquirido una dimensión mundial y se ha incorporado a las agendas políticas y al debate público, posterior a la publicación en 1999 del libro “To err is Human: building a safer health system”⁴ por parte del Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América.

En la actualidad la falta de seguridad del paciente es atribuida a las deficiencias de la organización y al funcionamiento de los sistemas de salud, y no sólo a los proveedores individuales. Asimismo, se pone de manifiesto la importancia de los actores del sistema sanitario, y por ello debe ser una problemática tratada desde una perspectiva organizacional y multidisciplinaria.

³ Ortiz Zulma, Implementación de un programa para el mejoramiento de la seguridad en la atención médica de pacientes, pág.30. Primera edición, Comisión Nacional Salud Investiga 2007. Ministerio de la Salud, Presidencia de la Nación. Buenos Aires.

⁴ "Error es humano: construyendo un sistema de salud más seguro". Traducción del Autor.

Del análisis de la literatura se deduce que la seguridad de los pacientes constituye un problema importante, que requiere un gran esfuerzo para identificar qué abordajes son los más seguros, para ser aplicados cuando verdaderamente se precisen, de manera correcta y sin errores. Sumado a ello, es de gran relevancia que los efectos adversos sean abordados desde una perspectiva organizacional y multidisciplinar. Los profesionales de Enfermería, dados los tipos de eventos adversos evitables (errores en la medicación, lesiones por presión, flebitis, falta de información del paciente, infecciones nosocomiales, etc.), desempeñan un papel importante en los resultados de salud que se obtienen de la asistencia sanitaria, y por tanto están muy implicados en la seguridad del paciente.⁵

La atención de Enfermería es un servicio fundamental en procesos terapéuticos tanto ambulatorios como de internación en cualquier institución de salud. El contacto del enfermero con las personas que son atendidas en instituciones de salud suele ser permanente y constante. En este sentido, Enfermería realiza procedimientos encaminados a cuidar la salud del usuario y propender por el restablecimiento de la misma cuando una persona se encuentra enferma y posteriormente en la rehabilitación, cuando la enfermedad ha dejado sus secuelas.

En este proceso de salud - enfermedad se suceden intervenciones que revelan la importancia de la Enfermería en los resultados de salud que se obtienen de la asistencia sanitaria. Por tanto, es vital evaluar las acciones de Enfermería encaminadas a la seguridad del paciente y la importancia de las mismas en el actuar de ésta, como una manera de gestión de riesgo sanitario dentro del proceso de atención asistencial.

⁵ Ibídem, pág. 22.

3. MARCO TEÓRICO

La práctica médica y en general la práctica asistencial sanitaria, es una actividad de riesgo, tanto para los pacientes, como para los profesionales y las instituciones. El término “riesgo” en el ámbito de la sanidad hace referencia inmediata a un peligro para el paciente en forma de resultado no esperado y casi siempre desfavorable.⁶

Un estudio del National Patient Safety Benchmarking Center mostró que “los EA (Eventos Adversos) más costosos para las instituciones de salud fueron los producidos en cirugía, los errores de medicación, la caída de pacientes, las infecciones intrahospitalarias y las úlceras por decúbito”⁷. Con esta información es fácil entender la importancia no sólo del equipo médico, sino también del equipo de Enfermería de las instituciones. El mismo se encuentra directamente relacionado con actividades como administración de medicamentos, prevención y cuidado de las úlceras por decúbito, prevención de infecciones intrahospitalarias y prevención de caídas. Es decir que está directamente relacionado con la cadena de eventos adversos de más alto costo para las instituciones hospitalarias.

Estudios internacionales como el proyecto Séneca, también ponen de manifiesto la relevancia del rol de Enfermería en la gestión de seguridad de los pacientes. Asimismo, sugieren que organizaciones donde se cuenta con cantidad suficiente de enfermeros y un apoyo organizacional a ellos se traducen en la mejora de la calidad del servicio, garantizando la seguridad para el paciente. Es decir que *“enfermeros mejor capacitados y mejor formados producen mejores resultados en los pacientes, incluido un menor riesgo ajustado de muerte”*. Es así que *“sería importante lograr reducir los errores y los resultados negativos en salud mediante la inversión en recursos por parte de los hospitales para mejorar el entorno laboral, especialmente en la enfermería y en la gestión de servicios de enfermería.”*⁸

Es importante poner de manifiesto que si bien el error puede producirse y que el mismo es una de las causas para que se produzcan eventos adversos, *“... daño y error no siempre van ligados, sin embargo aquí, en los errores es donde cabe aplicar todas las medidas y esfuerzos en la prevención, ya que los Errores son prevenibles...”*⁹.

⁶ Martínez López, F.J., Manual de Gestión de Riesgos Sanitarios. Ed. Díaz de Santos, 2001. Pág.3.

⁷ Campaña, Gonzalo., Op.cit.

⁸ García, Emilio y otros. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Séneca, INFORME TÉCNICO DICIEMBRE 2008, pág., 23

⁹ Campaña, Gonzalo., Errores médicos en el ambiente quirúrgico. Como prevenirlos. Parte I. Generalidades. Rev. Chilena de Cirugía. Vol. 58 - Nº 3, Junio 2006 , págs., 235 - 238

3.1 EL ERROR HUMANO

Se atribuye a Plutarco, cien años antes de Cristo, el aforismo *Errare humanum est*¹⁰, a partir del cual se aceptó que el ser humano es falible y por lo tanto siempre habrá errores en todos los órdenes de la vida.

También desde las inscripciones en piedra durante el reinado de Hamurabi en Babilonia, se conoce la secuencia error – culpa - castigo, tan común en los reclamos judiciales y en las sanciones disciplinarias¹¹. Desde entonces ya se relacionaba al error con la sanción consecuente, tanto que el error se convierte en un acto punible y por ende, susceptible de ser castigado.

Si bien socialmente se ha popularizado la expresión “errar es humano”, en el campo de la salud resulta difícil validar los errores en la práctica clínica, no sólo por las consecuencias en los pacientes, sino por la difusión que se le ha dado en los últimos años y por la creciente industria del juicio, exposición y reclamos por casos de mala praxis. Quizás esta sea una de las tantas limitantes para la notificación del error y el análisis del mismo, lo que restringe la creación de estrategias para evitarlo.

Existe un pensamiento colectivo de culpabilidad y castigo frente al error, es por éso que este suele ser ocultado, omitido y en algunas ocasiones hasta “disfrazado” para no ser cuestionado. El ocultamiento del error está relacionado directamente con la inminencia del castigo, lo que constituye un factor importante en la cultura organizacional del ámbito sanitario. Ésto no permite ver al error como una oportunidad que permita la creación de estrategias para disminuir las situaciones problema que puedan conllevar a un evento adverso.

¹⁰ Voz Latina que significa “Errar es Humano”. Nota del Autor.

¹¹ Ortiz, Zulma., Implementación de un programa para el mejoramiento de la seguridad en la atención médica de pacientes, pág. 20. Primera Edición, Comisión Nacional Salud Investiga 2007, Buenos Aires, Ministerio de Salud Presidencia de la Nación.

3.2 RIESGO E INCERTIDUMBRE EN LA PRÁCTICA SANITARIA

En los últimos tiempos se ha realizado una reflexión más profunda sobre la presencia de los eventos adversos y el consecuente error sanitario. Sin embargo, se debe destacar que la práctica médica *per se* es realizada en un ámbito de riesgo e incertidumbre.

Pueden citarse entonces las siguientes definiciones de Martínez López, Francisco José de su manual de gestión de riesgos sanitarios (13), así como la definición de evento adverso expresada en el estudio Eneas (2005):

3.2.1 RIESGO¹²: “*Contingencia o proximidad de un daño. Sinónimos: Peligro, escollo*”.

3.2.2 ERROR¹³: “*No acertar, no cumplir con lo que se debe. Sinónimos: Equivocación, fallo*”.

3.2.3 INCERTIDUMBRE:¹⁴ “*Falta de certeza; duda o perplejidad. Sinónimos: Incertinidad, inseguridad*”.

3.2.4 INCERTIDUMBRE EN SALUD: Es la falta de certeza que ocurre cuando se ignoran las implicaciones indicadas derivadas de las distintas alternativas de acción ante un problema clínico.

3.2.5 RIESGO EN SALUD¹⁵: “*El término riesgo en salud o riesgo sanitario hace referencia a un peligro para el paciente en forma de resultado no esperado y casi siempre desfavorable*”. “*Es un incidente crítico, es decir un evento que puede o habría podido desencadenar un efecto no deseado en el paciente y reducir el margen de seguridad de los cuidados*”¹⁶

3.2.6 EVENTO ADVERSO: El daño no intencionado provocado por un acto médico más que por el proceso nosológico en sí.

¹² Martínez López, F.J., Op.Cit

¹³ Aranáz, Andrés J, y otros, Estudio Nacional sobre eventos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Informe febrero de 2006, Ministerio Español de sanidad y consumo, Dirección general de Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

¹⁴ Martínez López F, J., o cit.

¹⁵ *Ibidem* pág. 4.

¹⁶ *Ibidem*, pág. 70

3.2.7 ACTO MÉDICO: Para el presente estudio, se entiende por acto médico no solo el accionar del médico, sino también el de todo el equipo sanitario incluido el personal de Enfermería¹⁷.

3.2.8 ERROR HUMANO:¹⁸ *Es una desviación significativa del patrón de respuestas requerido que presenta consecuencias indeseadas*”.

3.2.9 ERROR EN MEDICINA: Se entenderá para efectos del presente estudio la denominación error en Medicina como sinónimo de evento adverso producto del accionar no sólo del médico, sino de todo el personal sanitario incluido el personal de Enfermería, en razón a ello no se utilizará el término error Médico, aun cuando existen textos que los relacionan como sinónimos¹⁹.

3.2.10. GESTIÓN: Del latín gestio. Gestión, para efectos del presente estudio se entenderá como la acción y efecto de llevar a cabo acciones encaminadas al logro de objetivos específicos. Del mismo modo GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, serán todas aquellas actividades y estrategias encaminadas a garantizar la seguridad de los usuarios en un marco de calidad institucional.

La incertidumbre en la práctica clínica constituye un factor de riesgo muy importante como lo manifiesta Martínez López, Francisco José²⁰, lo que hace entender la importancia de tratar la incertidumbre, generando estrategias tendientes a la disminución de la misma, para evitar que ésta produzca errores.

Además de la incertidumbre, existen otros factores que deben ser considerados por ser también causas de la sucesión del error en salud: la rutina en el quehacer diario, la falta de interés en la formación, el abandono en el seguimiento del curso clínico de los pacientes que conduce al conformismo de la propia práctica asistencial, escaso conocimiento y limitada experiencia. Entre las causas del escaso conocimiento pueden hallarse la falta de accesibilidad a la fuente de conocimiento, y contar con información poco fiable que puede determinar que las prácticas clínicas sean impuestas por modas no contrastadas con la mayor evidencia.

¹⁷ Nota del Autor.

¹⁸ *Ibidem*, pág. 7

¹⁹ Nota del autor.

²⁰ *Ibidem*. Pág. 4.

3.3 LA ENFERMERÍA Y EL ERROR

La Enfermería es una profesión liberal enmarcada dentro del método científico que se encarga del cuidado y promoción de la salud, y la prevención de la enfermedad. La profesión se encuentra reglamentada internacionalmente por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y el código de ética de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (C, E., FEPPEN) entre otros y en la República Argentina específicamente por la ley Nacional 24.004 y por las disposiciones adicionales para cada una de las Provincias.

Según la ley 24.004 se reconocen dos niveles para el ejercicio de la enfermería (ley 24.004, art. 3):

a) Profesional: Consistente en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de salud - enfermedad sometidas al ámbito de su competencia²¹. (Para efectos del presente estudio se considerarán dentro del nivel profesional las personas con nivel de Licenciatura y todos aquellos licenciados que además cuenten con estudios de postgrado).

b) Auxiliar: Consistente en la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyen al cuidado de enfermería, planificados y dispuestos por el nivel profesional y ejecutados bajo su supervisión²².

3.4 RESPONSABILIDAD PROFESIONAL Y CIVIL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

El código de ética para enfermeras del Consejo Internacional de Enfermería (C.E., CIE), manifiesta "la responsabilidad de la Enfermera en cuatro aspectos fundamentales: Promover la salud, prevenir la enfermedad, restablecer la salud y aliviar el sufrimiento".²³

Del mismo modo el código de ética de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (C, E., FEPPEN), manifiesta en su artículo cuarto:

"La enfermera tiene responsabilidad legal por las acciones, decisiones y criterios que se aplican en la atención de la Enfermería directa y de apoyo, considerando que Enfermería es una profesión independiente que contribuye con otras profesiones afines a proporcionar los cuidados de salud necesarios.

²¹ Garay, Oscar E. Ejercicio de la Enfermería. Colección Responsabilidad Profesional e Institucional en Salud. Segunda parte, capítulo I. Responsabilidad Profesional de Enfermería .Responsabilidad Civil, pág. 49. Ed. Ad-Hoc,2005

²² Ibidem, pág. 49.

²³ Op. Cit. pág. 179.

*La enfermera es además responsable de la atención total de Enfermería y por consiguiente debe conocer la competencia del personal auxiliar de Enfermería a quienes asigna determinadas tareas para asegurar la calidad de la atención, manteniendo una supervisión adecuada”.*²⁴

La enfermera consolida su responsabilidad a través de su actividad profesional y de su formación universitaria y de postgrado: fortaleciéndola cuando sus acciones profesionales se encaminan hacia el bienestar del hombre y bien de la humanidad.

El ejercicio responsable de la Enfermería está delimitado por el cumplimiento estricto de las normas morales y legales, la calidad y la eficiencia son responsabilidad de los profesionales de Enfermería, pues constituyen factores protectores en la prevención del error.

En materia de acciones negligentes del personal de Enfermería, las situaciones más comunes son: error en la medicación, casos de quemaduras y lesiones en la piel, casos de descuidos en el control del paciente, casos de identificación incorrecta del enfermo, entre otros²⁵.

3.4.1. ERROR EN LA MEDICACIÓN

Los errores en la medicación son ocasionados por muchas variables, entre ellas el gran número de medicamentos que existen en el mercado y la variedad de métodos de administración.

Los errores de Enfermería vinculados a la medicación consisten en:

- a) no leer la etiqueta del medicamento,
- b) leer mal o calcular incorrectamente la dosis,
- c) no identificar correctamente al paciente,
- d) administración errónea (vía incorrecta).

Como lo pone de manifiesto la declaración de posición del CIE (Consejo Internacional de Enfermería) sobre la seguridad de los pacientes, la seguridad constituye un aspecto de vital importancia en la atención de salud de calidad, lo cual debe ser fundamental para la Enfermería. En dicho manifiesto se expresa que una de las principales causas de muerte y discapacidad está constituida por los errores en la medicación: *“...por errores de medicación mueren cada año más personas que por lesiones en el trabajo... “Algunos estudios indican que los médicos, los administradores y las enfermeras consideran que la seguridad de los pacientes incumbe ante todo a la Enfermería. Como las enfermeras ocupan un lugar de*

²⁴ *Ibidem*, pág. 179-180

²⁵ *Ibidem*, pág. 188-189.

*capital importancia en la seguridad de los pacientes, hay peligro de que los errores puedan atribuirse a ellas y no a fallos del sistema*²⁶.

El comunicado del CIE sobre los errores en la medicación relaciona algunas de las posibles causas para que se sucedan los errores y cita algunas posibles causas y características de los errores en la medicación: *“...En un estudio sobre los errores que se cometen al recetar, los factores más frecuentemente asociados con los errores eran los siguientes:*

- *Utilizar un nombre, forma de dosificación o abreviatura del medicamento equivocados;*
- *Errores en el cálculo de la dosis;*
- *Dosificación atípica o poco habitual y crítica...*²⁷

Al igual que sucede con otros problemas de seguridad, los errores de medicación provienen de errores humanos o de fallos del sistema. Por tanto, los errores de medicación pueden originarse por problemas de práctica profesional, productos, procedimientos o sistemas. Asimismo, pueden contribuir a esos errores otros factores, tales como las deficiencias de la formación, la excesiva presión del tiempo y la escasa percepción del riesgo²⁸.

*“Los tres tipos de errores más frecuentemente notificados son*²⁹:

- *Los errores por omisión (no administrar un medicamento recetado);*
- *La dosis inadecuada (dosis, fuerza o cantidad de medicamento distintas de las recetadas);*
- *Errores por medicamentos no autorizados (el medicamento dispensado o administrado no fue el autorizado por quien lo recetó).”*

*“Los errores de medicación pueden evitarse, aunque para reducir en medida significativa el índice de errores se precisarán múltiples intervenciones y una estrecha colaboración entre el equipo de salud y los gestores”.*³⁰

²⁶ Consejo Internacional de Enfermería (CIE), Hojas Informativas “La Enfermería importa”, disponible en http://www.icn.ch/matters_errorsp.htm.

²⁷ *Ibídem.*

²⁸ *Ibídem.*

²⁹ *Ibídem.*

³⁰ *Ibídem.*

3.4.2. CASOS DE QUEMADURAS Y LESIONES EN LA PIEL

Una acción de mala práctica relativamente frecuente es quemar a un enfermo. Las quemaduras pueden ser producidas por bolsas de agua caliente, almohadillas eléctricas y soluciones demasiado calientes para su administración.

Es necesario mencionar en este ítem la aparición de quemaduras por frío y lesiones por decúbito. Si bien existen muchos factores que están relacionados con las lesiones de la piel, las lesiones por decúbito suelen estar directamente relacionadas con la falta de protección en las zonas de presión.

En este punto, también se pueden mencionar las lesiones ocasionadas como consecuencia de las venopunciones, flebitis y extravasación, entre otras.

3.4.3. DESCUIDOS EN EL CONTROL DEL PACIENTE

Los pacientes a menudo se caen accidentalmente, a veces con producción de lesiones. Algunas caídas pueden evitarse con el uso de barandas (9).

El denominado fallo al observar y adoptar la acción adecuada, es otro supuesto de fallo en que pueden incurrir las enfermeras. Por ejemplo, si no se informa el dolor abdominal agudo de un paciente, la enfermera es negligente y puede ser encontrada culpable de mala práctica si llega a sobrevenir una perforación de apéndice y la muerte.

Otro caso de negligencia, puede ser no controlar la tensión arterial, ni la frecuencia cardíaca, o no comprobar el drenaje de un paciente en postoperatorio inmediato o la curación del mismo. Omisiones como estas resultan de gran importancia, ya que si el paciente sangra y muere, la enfermera puede ser considerada responsable de la muerte como resultado de esa mala práctica³¹.

3.4.4. CASOS DE IDENTIFICACIÓN INCORRECTA DEL ENFERMO

Otro caso de mala práctica se da con la identificación incorrecta del enfermo, especialmente en los establecimientos asistenciales congestionados. Cuando se prepara al paciente equivocado (casos de identidad errónea) y surge daño para el paciente, la enfermera es responsable por mala práctica.³²

³¹ *Ibidem*, pág. 193.

³² *Ibidem*, pág. 193-194.

Algunos autores consultados coinciden en afirmar que: la conducta del enfermero comprometido con la calidad de la atención del paciente será el mejor resguardo ante el riesgo de mala práctica en Enfermería. Así, a modo de prevención y para desarrollar un ejercicio profesional de la Enfermería más seguro y con la finalidad primaria de proteger la vida, la salud y la integridad psicofísica del paciente, Oscar Garay (9) sugiere algunas recomendaciones:

a) Registrar todos los cuidados administrados al enfermo. Los registros han de contener información descriptiva, objetiva y completa. Esto es, que toda acción u observación de Enfermería quede registrada en forma oportuna y fehaciente. Lo registrado debe reunir los requisitos de un instrumento legal (fecha, hora, firma y aclaración, número de matrícula, sin tachaduras, ni enmendaduras, legible, descriptiva de la observación o el acto, etc.).

b) Registrar el detalle preciso de las condiciones del paciente al ingreso (evaluación, valoración física) a fin de tomar las precauciones que su cuidado y condición requiere.

c) No registrar cuidados que no se hayan realizado personalmente.

d) No delegar actividades que sean de su competencia y en su caso, no realizar actividades que no sean de su competencia.

e) Anotar todas las órdenes verbales y exigir posteriormente su ratificación. Por ejemplo, disponer de las indicaciones expresas (escritas) sobre la medicación del paciente y su cabal comprensión. Exigir que las prescripciones de los facultativos sean claras y precisas.

f) Administrar personalmente la medicación siguiendo los principios establecidos (nombre correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta y hora correcta) y su registro con letra clara, firma y aclaración.

g) Valorar y respetar la dignidad del paciente. Explicar al paciente cada procedimiento antes de realizarlo. Respetar la autonomía del paciente.

h) Delegar funciones profesionales a personal competente.

i) Mantener un programa de educación continua.

j) Proveer a las unidades de Enfermería de material de consulta ante dudas (vademécum clínico, textos de Enfermería, etc.).

k) Establecer un programa de control de infecciones nosocomiales.

l) Revisar y adecuar los formularios para registros de Enfermería, protocolo de admisión del paciente, protocolo pre-quirúrgico de manera que reúnan los requisitos de un instrumento privado.

m) Evaluar periódicamente la calidad de los registros de Enfermería.

n) Sistematizar la ejecución de procedimientos que por naturaleza impliquen mayores riesgos (medicación, recuentos en quirófanos, traslado de pacientes, pase de guardia,

evaluación del paciente al ingreso, etc.), es decir protocolos de actividades propias de Enfermería.

o) Supervisar el cumplimiento de las normas de bioseguridad en la institución hospitalaria.

3.5 IMPLICACIONES LEGALES

Los eventos adversos, producto de errores en la atención asistencial, son denominados desde el punto de vista jurídico, como “mala praxis”.

3.5.1 MALA PRAXIS CONCEPTO

Se considera que *“existirá mala praxis en el área de la salud cuando se provoque un daño en el cuerpo o en la salud de la persona humana, sea este daño parcial o total, limitado en el tiempo o permanente, como consecuencias de un accionar profesional realizado con imprudencia o negligencia, impericia en su profesión o arte de curar o por inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo con apartamiento de la normativa legal aplicable”*³³.

Al referirse a la mala praxis, es importante tener en cuenta que debe existir un daño verificable en el cuerpo o en la salud del usuario, entendiendo la salud desde el punto de vista físico y mental, incluyendo todas las alteraciones y trastornos psiquiátricos, psicológicos y laborales, tanto individuales como aquellos que tengan incidencia en las demás personas. El daño incluye no solo el deterioro físico y psicológico del individuo, sino también la disminución y los efectos nocivos que adicionalmente afectan a la persona sujeto de la mala praxis. Es decir, la disminución en sus ingresos y la alteración de la totalidad de sus actividades sociales, laborales y recreativas.

El perjuicio debe necesariamente originarse en un acto imprudente, negligente, fruto de la impericia, por el incumplimiento de las normas y deberes a cargo del causante del daño, o desatención de las normativas vigentes (12).

Según lo menciona el Código Civil de la República Argentina en su artículo número 902, *“Cuanto mayor sea el deber de obrar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas,*

³³ Iraola, Lidia. Apuntes sobre la responsabilidad médica legal y la mala praxis. La presencia en el tema de la Asociación Médica Argentina y sociedades médicas afines. Disponible en http://www.ama-med.org.ar/peritos_articulos1.asp?id=102.

*mayor será la obligación que resulte de las consecuencias posibles de los hechos*³⁴. Esto quiere decir que la calidad de profesional de la salud como persona involucrada en el daño, agrava la Responsabilidad Civil que surge de cualquiera de las conductas negativas frente a los usuarios, tales como eventos adversos fruto de errores de la atención sanitaria, entre otras.

3.5.2 RESPONSABILIDAD LEGAL

Se denomina responsabilidad al compromiso u obligación en la realización de un acto. Desde el punto de vista legal existen dos clases de responsabilidades:

3.5.2.1. Responsabilidad por dolo: Es cuando un profesional de la salud *“abandona, a sabiendas o consciente, al paciente en un momento en que necesita sus servicios”*³⁵. Es decir, es el acto en el que un profesional sanitario desatiende a un paciente, actuando con intención de lesionar, mutilar o perjudicar al enfermo (20).

3.5.2.2. Responsabilidad por culpa: Es toda omisión o acción imprudente o negligente que ocasiona daño a otra persona. Es un acto realizado sin intención de dañar. La culpa engloba tres fases:

a). Negligencia: Es la conducta omisiva, contraria a las normas que impone determinado comportamiento. Es la falta de cuidado y abandono de las pautas de tratamiento, asepsia y seguimiento del paciente que están indicadas y forman parte de los estudios en las profesiones de la salud. (12).

b) Imprudencia: Es considerada como la falta de tacto, cautela, precaución, discernimiento y buen juicio por parte del profesional de la salud. Es una acción que se realiza de manera inadecuada, precipitada o prematura. (22).

c) Impericia: Está genéricamente determinada por la insuficiencia de conocimientos para la atención del caso que se presumen y se consideran adquiridos por la obtención del título profesional y el ejercicio de la profesión (12). Es la incapacidad técnica para el ejercicio de una función determinada.

³⁴ Código Civil de la República Argentina. Artículo 902. Disponible en http://www.justiniano.com/codigos_juridicos/codigo_civil/libro2_secc2_titulo1a13.htm. Consultado el día 18 de Abril de 2011.

³⁵ Talierno, Alicia Etelvina. 2003. Manual de Derecho privado. Capítulo 10 Responsabilidad Civil de los Médicos. Ed. Quórum. Argentina. Pág93.

3.5.3 PRUEBA DEL DAÑO

“Quien invoca la producción del daño debe probar la efectiva responsabilidad de los agentes de la salud intervinientes en la producción del daño”³⁶. El usuario que realiza algún reclamo aduciendo daño está en la obligación de probarlo y acreditarlo.

Existen pautas de conducta profesional que deben ser tenidas en cuenta y que resultan importantes para los profesionales. En procura de una mejor defensa ante acusaciones de imprudencia, impericia o negligencia, el personal de salud debe proyectar, entre otros elementos importantes, una clara, completa y secuenciada Historia Clínica, la que debe contener además las adecuadas observaciones de quien la escribe. Otro elemento importante en la defensa del agente de la salud, será el previo consentimiento informado del paciente y / o sus responsables acerca de las conductas terapéuticas que se vayan implementando, así como la razón que las aconseja. El consentimiento informado por escrito es legalmente exigible en todos los casos de trasplantes de órganos y es siempre, en todos los juicios derivados de "mala praxis", un antecedente evaluado por los jueces (12).

3.5.4 OBLIGACIONES LEGALES CON EL PACIENTE

“Desde que comienza la atención de un paciente, nace un contrato de cumplimiento obligatorio y con dicho contrato se originan los derechos y obligaciones de las partes. El derecho del paciente a recibir la atención debida y la consiguiente obligación de los profesionales de la salud a prestársela”³⁷. A su vez nace el derecho de los profesionales a percibir una retribución por sus servicios y la obligación del paciente, del Hospital, del Sanatorio o de la empresa de Medicina Prepaga a satisfacer dichos honorarios o retribución mensual convenida.

3.5.5 AGENTES DE LA SALUD INVOLUCRADOS

Dentro del derecho, se consideran, como agentes de mala praxis, *“a todos los profesionales de la salud desde Instituciones Médicas y médicos hasta enfermeras y auxiliares, que hayan participado en la atención del paciente dañado, discerniéndose tan sólo la gravedad de la pena o sanción económica, de acuerdo al grado de participación que*

³⁶ Iraola, Lidia. Op.cit.

³⁷ Ibídem.

los agentes de la salud intervinientes en el tratamiento, puedan haber tenido en la efectiva producción del daño” (12).

El concepto Solidaridad en el derecho significa *“que todos y cada uno de los agentes intervinientes son individualmente responsables por la totalidad del daño ocasionado, siendo facultad del Juez, de acuerdo a la prueba que se produzca en el juicio, atribuir o exceptuar a cada uno de los agentes de la salud intervinientes, de un mayor o menor grado o porcentual de responsabilidad en el hecho dañoso”* (12). Es importante considerar que la responsabilidad y la consecuente solidaridad abarcan tanto la acción como la omisión y el daño. El Código Civil Argentino contempla la responsabilidad de mala praxis y la obligatoriedad de su resarcimiento económico (arts. 1073 á 1090 del Código Civil) y / o de la prestación asistencial reparadora. El Código Civil contempla también que *“las consecuencias tanto inmediatas como mediatas, son imputables al autor de los hechos”* (12).

3.5.6 DERECHOS DEL PACIENTE

En noviembre de 2009 fue sancionada y promulgada en la República Argentina la ley 26.529: “Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”. En la misma se establecen explícitamente las funciones del personal de la salud frente a los Derechos del Paciente, la historia clínica y el consentimiento informado. Entre otros, establece el derecho del paciente a:

a) *Asistencia*: El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tienen derecho a ser asistidos por los profesionales de la salud sin exclusión ni distinción alguna. El personal de salud sólo podrá eximirse del deber de asistencia cuando otro profesional competente se hizo cargo del paciente.

b) *Trato digno y respetuoso*: El usuario tiene derecho a ser tratado dignamente por parte del personal de salud, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

c) *Intimidad*: Todas las actividades asistenciales realizadas con el fin de obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente deben ser realizadas con respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del usuario y la confidencialidad de la información.

d) *Confidencialidad*: El usuario tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición emanada de autoridad judicial competente, o autorización del propio paciente.

e) *Autonomía de la Voluntad*: El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.

La Ley de Protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes (ley N° 26.061) regirá la participación en la decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

f) *Información Sanitaria*: El usuario tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria vinculada a su salud. Sí el usuario manifiesta deseo de no conocer toda la información con respecto a su estado, esta medida se encuentra integrada en el derecho a la información.

g) *Interconsulta Médica*: El usuario tiene derecho a obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud, razón por la que la información sobre el mismo, puede ser entregada de manera escrita.

3.6 LA ENFERMERÍA Y LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

La seguridad de los pacientes ha sido una preocupación creciente por parte de los profesionales del mundo entero, tanto así que el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) incluyó dentro de sus páginas informativas y publicaciones algunos ítems de interés para la seguridad de los pacientes.

La preocupación creciente del CIE es la formación de recursos idóneos, capaces de asumir los retos de la seguridad en un marco de calidad e integración institucional. Sin embargo, no sería el único punto importante a ser tratado en el marco de la seguridad, ya que si bien los *“errores humanos pueden a veces dar origen a fallos graves, hay generalmente factores sistémicos más profundos que, de haberse tratado antes, hubieran evitado los errores. De ahí que, para aumentar la seguridad de los pacientes, se precise una amplia serie de acciones en la contratación, formación y retención de los profesionales de salud y sea necesario también mejorar los resultados, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo, así como el control de las infecciones, el uso seguro de los medicamentos, la seguridad de los equipos, la seguridad de la práctica clínica y del entorno de los cuidados”*³⁸.

³⁸ Página informativa seguridad de los pacientes: Hoja de datos de la Alianza Mundial de Profesiones de

3.6.1 COEFICIENTES PACIENTE – ENFERMERA

Los sistemas de salud actuales deben asumir el reto de contar con limitados recursos profesionales. Dichos recursos deben ser capaces de satisfacer las necesidades crecientes de atención en las instituciones sanitarias. Los enfermeros constituyen la mayoría del personal de los establecimientos de salud, razón por la que ellos, se constituyen en un elemento crítico para las instituciones. Estudios realizados por el CIE han determinado como un factor de importancia frente a la seguridad, la cantidad de pacientes que son atendidos por cada enfermero. Algunos resultados de dichas investigaciones revelan que la cantidad óptima para una determinada unidad de cuidados generales son cuatro pacientes por Enfermero. Aumentando esa carga a seis pacientes, aumentaban también un 14% las probabilidades de que esos pacientes murieran dentro de los 30 días siguientes a su admisión. Cuando la carga de trabajo era de 8 pacientes en lugar de 4, la mortalidad aumentaba un 31%.³⁹

Cuando los niveles de dotación de enfermeras eran más elevados, se reducía el número de infecciones del tracto urinario, de neumonías, de sangrados gastrointestinales y de “shocks” en los pacientes médicos, y eran más reducidos los índices de “fracaso terapéutico” y de infecciones del tracto urinario en los pacientes de operaciones quirúrgicas importantes.⁴⁰

Se ha constatado que los bajos niveles de enfermeras diplomadas, y los ambientes organizativos deficientes, han significado para las enfermeras riesgos mayores de lesiones por agujas.⁴¹

Sin duda, resultados como éstos ponen de manifiesto la importancia de contar con una cantidad suficiente de personal de Enfermería motivado y capacitado, para garantizar la calidad asistencial y asimismo la seguridad de los pacientes.

Salud. 2010. Disponible en http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/20b_FS-Seguridad_pacientes-Sp.pdf.

³⁹ Aiken, Linda; Clarke, Sean; Sloane, Douglas; Sochalski, Julie; Silber, Jeffrey; Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction, *JAMA*. 2002; 288: 1987-1993; en: Página Informativa CIE, la Enfermería Importa: Coeficientes de pacientes por enfermera (18).

⁴⁰ Needleman, Jack; Buerhaus, Peter; Mattke, Soeren; Steward, Maureen; Zelevinsky, Katya; Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals, *N Engl J Med*. 2002; 346 (22): 1715 – 1722; en: Página Informativa CIE, la Enfermería Importa: Coeficientes de pacientes por enfermera (18).

⁴¹ Clarke, Sean P.; Sloane, Douglas M.; Aiken, Linda H.; Effects of Hospital Staffing and Organizational Climate on Needlestick Injuries to Nurses, *American Journal of Public Health*, 2002; 92 (7): 1115 – 1119; en : Página Informativa CIE, la Enfermería Importa: Coeficientes de pacientes por enfermera (17).

3.6.2 PRODUCTIVIDAD DE LA ENFERMERÍA

Realizar proyecciones sobre la necesidad de personal de Enfermería para los diferentes servicios y necesidades de los usuarios de los mismos no es una tarea fácil. Sin embargo existen algunas herramientas utilizadas ampliamente por profesionales dedicados a la gestión de servicios de Enfermería. A continuación se presenta una matriz con aspectos a tener en cuenta para determinar la productividad profesional (18):

CONCEPTOS	ELEMENTOS/DEFINICIONES
Pacientes	Características y número de los pacientes a los que se van a dispensar cuidados.
Intensidad de la unidad y la atención	Intensidad de los cuidados a cada paciente; intensidad en toda la unidad; variabilidad de los cuidados; admisiones, altas y traslados; volumen.
Contexto	Dispersión geográfica de los pacientes, tamaño y disposición de las habitaciones de los pacientes, tecnología (Buscapersonas, ordenadores).
Capacidad profesional	Curva de aprendizaje para personas y para grupos de enfermeras, coherencia, continuidad y cohesión del personal; control de la práctica; expectativas profesionales; preparación y experiencia; acceso a la formación continua.

Tabla 1. Matriz para adoptar las decisiones sobre el personal. (18).

En países como Estados Unidos y Australia, las constantes investigaciones y la aplicación de criterios tales como los expresados en la matriz para adoptar las decisiones sobre el personal (Tabla 1), han logrado determinar algunos coeficientes para determinados servicios institucionales, tal como lo muestra la Tabla 2 (18):

TIPO DE UNIDAD	CATEGORÍA DEL HOSPITAL	TURNO MAÑANA	TURNO TARDE
Sala medicoquirúrgica general	Nivel 1	1 por 4 + encargada	1 por 4 + encargada
	Nivel 3	1 por 5 + encargada	1 por 6 + encargada
Pre / Postnatal	Todos los niveles	1 por 5 + encargada	1 por 6 + encargada
Quirófano	3 enfermeras por quirófano (una suplente, una enfermera de guardia y una enfermera anestesista). Ésto puede variar en más o en menos según factores preestablecidos.		
Unidad de cuidados Postanestésicos / Sala de recuperación	En todos los turnos, 1 enfermera por cada paciente inconsciente		

Tabla 2. Coeficientes mínimos obligatorios de pacientes por enfermera (adaptable). (18).

La intención de las instituciones al realizar investigaciones sobre los coeficientes fue conseguir una atención segura y de calidad para los pacientes, además de reclutar y mantener a las enfermeras en los cuidados directos a los enfermos. Dentro de los resultados de dichos estudios, luego de la implementación de los coeficientes mínimos obligatorios, se obtuvieron los siguientes resultados⁴²:

- ✓ Se otorgó empleo a más de 3000 nuevas enfermeras en los Hospitales.
- ✓ Disminuyó la rotación y el ausentismo del personal.

⁴² Parish, Colin; 2002, Minimum effort: The introduction of minimum nurse-to-patient ratios can have maximum effect on recruitment and morale, in nursing standard, Vol. 16, No 42 en : Página Informativa CIE, la Enfermería Importa: Coeficientes de pacientes por enfermera (15).

✓ Aumentó un 25% el número de los candidatos a entrar en las escuelas de Enfermería.

✓ Aumentó la aprobación del público hacia el gobierno del Estado.

✓ California aprobó en 1999 legislación por la que establecía unos coeficientes mínimos de pacientes por enfermera, que deberían comenzar a aplicarse en enero de 2004.

Frente al análisis realizado de los coeficientes paciente - Enfermera, se concluye la importancia de los mismos en el quehacer profesional y en la calidad institucional y resultan imprescindibles en el estudio y gestión de seguridad de los usuarios.

3.7 LA INVESTIGACIÓN COMO ESTRATEGIA EN EL MARCO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Como fue ampliamente debatido durante la jornada de Seguridad del Paciente⁴³, *“Contribuir al desarrollo de la ciencia y a la generación y utilización de nuevo conocimiento es una prioridad para el avance de la disciplina. Enfermería como disciplina, no es ajeno a la realidad. Asimismo, para ofrecer cuidados de Calidad es necesario que las actuaciones se fundamenten en conocimientos sólidos y científicamente demostrados”*⁴⁴.

En el campo de la seguridad del paciente, si bien muchas investigaciones internacionales han determinado la magnitud de los eventos adversos y sus consecuencias, tanto para los pacientes como sus familiares, además del impacto económico en los sistemas sanitarios, el estado del arte de la investigación relacionada en la República Argentina ha sido exigua, *“... Argentina se encuentra en un momento naciente, donde los futuros profesionales deben poner una mirada de atención.”*⁴⁵ La falta de estudios relacionados con el tema en el campo de la Enfermería, genera no sólo una preocupación, sino además un reto profesional, entendiendo la importancia del tema.

Frente a la revisión bibliográfica se encontró un estudio denominado “Impacto del Error de Medicación en los Enfermeros de un Centro Privado en la Ciudad de Buenos Aires” 2010. (8). En este estudio se ponen de manifiesto los factores que atribuyen los enfermeros para la ocurrencia de errores relacionados con la medicación, entre ellos en orden descendente se encuentran:

1. La cantidad de pacientes durante el turno

⁴³ Jornada de Enfermería realizada por la Fundación Alberto J. Roemmers el día 5 de octubre de 2010 en el teatro Gran Rex de Buenos Aires. (Nota del Autor).

⁴⁴ Brunelli, Victoria. Apartes de la presentación realizada en el marco de la Jornada de Enfermería realizada por la Fundación Alberto J. Roemmers el día 5 de octubre de 2010, Buenos Aires.

⁴⁵ *Ibíd.*

2. Cambio de indicaciones médicas no informadas
3. Exceso de confianza
4. Desconocimiento de los medicamentos
5. Doble turno
6. Falta de capacitación
7. Presión ejercida por parte de personal médico
8. Cambio de marca / laboratorio del medicamento
9. Presión por parte de la Coordinación de Enfermería
10. Falta de trabajo en equipo

Los Enfermeros del estudio también revelaron que ante la ocurrencia del error un 78% lo informaba.

En la institución estudiada, luego de la realización de la investigación, se estableció un sistema de reporte de errores a través de un buzón anónimo.

3.8. CULTURA DEL REPORTE DE ERRORES

Informar sobre un error no es tarea fácil, sobre todo si se tiene en cuenta que la mayoría de las personas, en cualquier ámbito de la vida, entienden el error como un hecho punible que debería ser castigado.

La complejidad del reporte radica en la necesidad del cambio de pensamiento no sólo personal, sino también institucional⁴⁶. Reaprender con respecto al error requiere valentía, solidez humana y profesional, exige un cambio de paradigma, orientado a encontrar soluciones reales e identificar situaciones de riesgo que permitan la prevención. La reingeniería de procesos identificados como riesgosos es imprescindible, razón por la cual se hace necesario no sólo la voluntad individual, sino la participación institucional.

Aprender de los errores debería ser un objetivo institucional. Para ello se hace necesario el reporte de los eventos adversos, ya que la recopilación de los mismos permite hacer un “retrato” de la situación institucional y un gran avance para entender la realidad propia de cada lugar. Asimismo, también permite la generación de estrategias tendientes a la prevención.

En una experiencia documentada en la Ciudad de Buenos Aires (15), se diseñó una hoja para el reporte voluntario de eventos adversos. Dicho reporte se realizó de manera anónima y se recolectó en urnas ubicadas en la institución.”*El objetivo fue determinar la causa - raíz del evento, realizar las intervenciones necesarias para prevenir la repetición y mantener un feedback continuo con el equipo de salud*”.

⁴⁶ Palacios, Ariel. Cultura del reporte de errores, pág. 125.(15)

3.9. FALLAS EN EL SISTEMA

Es importante tener en cuenta que cuando un evento adverso ocurre, obedece no sólo ni especialmente a la actuación de un sujeto en particular, sino a la secuencia de fallas en el sistema, sin embargo suele “culparse” sólo a uno de los actores.

Los eventos adversos generalmente obedecen a una cadena de errores de varios actores, sólo que es necesario que se alinee dicha cadena para que suceda el evento adverso, tal como lo indica “la teoría del queso suizo”. De acuerdo con esta teoría, todos los sistemas tienen barreras que actúan como escudos de seguridad a modo de lonjas de queso suizo tal y como se muestra en la figura N°1. “Los agujeros en el queso serían los fallos activos y las condiciones latentes que cualquier sistema tiene ya que no existen sistemas perfectos. Cuando determinados agujeros se alinean (concurren varios fallos de un mismo proceso en un mismo paciente cometidos por distintos profesionales), el error puede producirse”⁴⁷.

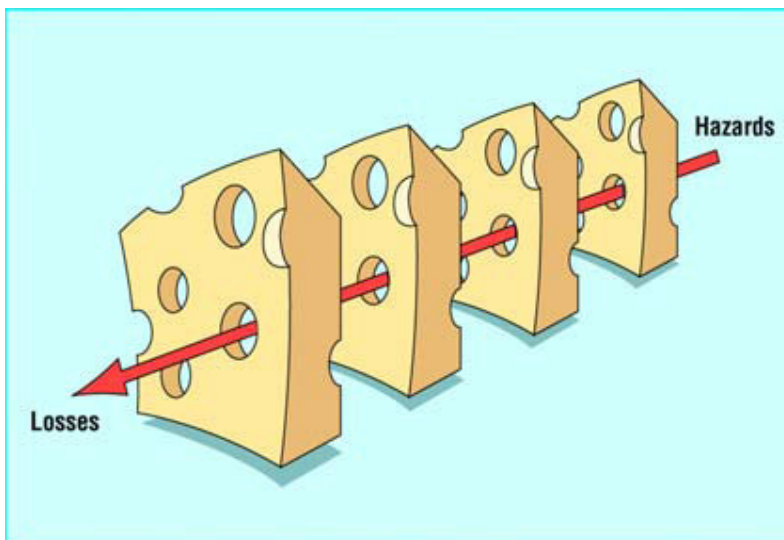


Figura 1. Esquema del modelo del queso suizo explicativo de fallos en el sistema.

Rea son, J. BMJ 2000; 320:768-770.

⁴⁷ Díaz-Navarraz, María Teresa y otros, Gestión de la calidad en la asistencia sanitaria: indicadores, errores médicos. Gestión de la calidad en la asistencia sanitaria. 2007 Medicina Preventiva y S. Pública. Universidad de Navarra.

“... Como las enfermeras ocupan un lugar de capital importancia en la seguridad de los pacientes, hay peligro de que los errores puedan atribuirse a ellas y no a fallos del sistema. Sin embargo, las pruebas demuestran que la vigilancia de la Enfermería protege a los pacientes contra las prácticas inseguras. Por ejemplo, en un estudio se demostró que las enfermeras consiguieron subsanar el 86% de los errores de medicación cometidos por los médicos, los farmacéuticos y otras personas antes de que esos errores tuvieran efectos. Un planteamiento para todo el sistema, que implique a todos los miembros del equipo de atención de salud y a los gestores es un planteamiento adecuado para la seguridad de los pacientes”⁴⁸. (7).

Si bien se plantean diversas causas de la presencia de efectos adversos dentro de los centros asistenciales, para el presente estudio se tendrán en cuenta las 9 soluciones que plantea la OMS para la construcción de los indicadores a ser evaluados, dichas soluciones emitidas en mayo de 2007 con el fin de disminuir el tributo de daños relacionados con la atención sanitaria que pagan millones de pacientes en todo el mundo, han sido formuladas por el Centro Colaborador de la OMS sobre la Seguridad del Paciente. Dichas soluciones son:

1. *Medicamentos de aspecto o nombre parecidos*
2. *Identificación de pacientes*
3. *Comunicación durante el traspaso de pacientes*
4. *Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto*
5. *Control de las soluciones concentradas de electrolitos*
6. *Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales*
7. *Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos*
8. *Usar una sola vez los dispositivos de inyección*
9. *Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud...*⁴⁹

3.10. CULTURA ORGANIZACIONAL

Se puede analizar y definir cultura, entendiéndola (14) “... como el patrón de supuestos básicos compartidos por un grupo de personas que los aprendió a medida que iba resolviendo sus problemas de adaptación externa e integración interna; que funcionó lo suficientemente bien como para ser considerado válido y que, por lo tanto, es enseñado a

⁴⁸ *Ibíd.*

⁴⁹ Centro de Prensa , Organización mundial de la salud, disponible en <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/>

*los nuevos miembros de la organización como la manera de percibir, pensar y sentir en relación con dichos problemas...*⁵⁰

La cultura organizacional *“es la forma acostumbrada de pensar y de comportarse que comparten todos los miembros de la organización.”*⁵¹

La cultura se aprende, se comparte y se transmite. Es un conjunto de valores, símbolos, supuestos, lenguaje y conductas que describen las reglas de toda organización, es el fruto del proceso complejo de la vivencia, de situaciones enmarcadas en un conjunto de creencias, metas, objetivos y valores que constituyen la esencia filosófica de una organización.

La cultura es un condicionante en las acciones emprendidas en las instituciones sanitarias; es inherente a las comunidades de profesionales y trabajadores de las organizaciones de salud. Por ende, representa vital importancia en el emprendimiento de acciones para el mejoramiento de la calidad de los servicios, y es imprescindible cuando se pretende implementar acciones de gestión de seguridad de los usuarios.

Las instituciones sanitarias habitualmente cuentan con complejos sistemas culturales que están mediados por las vivencias y experiencias propias del quehacer diario. Pero además de los factores propios de la institución y del discernimiento colectivo que diferencia, claramente lo público de lo privado, hablar de “Hospital Público”, en el contexto local, significa no sólo la accesibilidad a la atención, sino también el comportamiento particular de los actores institucionales, mediado no sólo por estructuras culturales complejas, sino también por factores extrínsecos como los gremios y sindicatos entre otros.

Tener en cuenta estas características propias de la Institución objeto de estudio, ayudarán sin duda a encaminar y generar estrategias tendientes a la implementación de actividades de gestión de seguridad de los pacientes, por cuanto al reconocer factores internos y externos de la cultura organizacional, se podrán generar estrategias que permitan abordar procesos de empoderamiento y reconocimiento profesional, tendientes a una gestión de calidad para los usuarios.

3.10.1 CAMBIO CULTURAL

En la actualidad, es frecuente encontrar prestadores de servicios de salud que minimizan la importancia del tema de la seguridad, aduciendo que los errores en la atención médica son raros, sobre todo en los lugares donde ellos prestan servicios profesionales (19).

⁵⁰ Ortiz, Zulma y otros. IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES. 1a ed. - Buenos Aires: Salud Investiga, 2007. Pág 38.

⁵¹ Tomey, Ann Marriner. 1998. Administración y Liderazgo en Enfermería, pág. 154. Ed. Harcourt Brace. Quinta Edición .Madrid. Capítulo 10

Habitualmente en las instituciones sanitarias, cuando ocurren errores, se busca un culpable y se hacen señalamientos de carácter personal, dicha conducta genera una desconfianza generalizada a exteriorizar las preocupaciones, y a hablar de los incidentes que pueden presentarse dentro del quehacer asistencial, desperdiciando así la oportunidad de aprender de los errores y de generar estrategias correctivas, que prevengan y disminuyan los daños a los usuarios.

Desafortunadamente, hablar de error en algunas instituciones sanitarias conlleva a pensar en una conducta punible que debe ser castigada, sin embargo el error no es fruto de un actor individual, sino de un conjunto de fallas sistemáticas que se alinean para que suceda un evento adverso (teoría del queso suizo).

Es importante generar un cambio, que permita hablar de seguridad del paciente dentro de un marco de calidad asistencial, que sea adoptada y arraigada dentro de la cultura organizacional. Dicho cambio requiere de la modificación de las expectativas, creencias y valores predominantes, así como la interacción de los actores sanitarios, *“la cultura organizacional tiene una influencia decisiva en el clima de trabajo que prevalece en cualquier institución (6), en consecuencia, el cambio debe conducir hacia profundas alteraciones tanto en los procesos, en la asignación de recursos, en la delegación de la autoridad y en la estructura misma de la organización (11)”*.

La seguridad de los pacientes influye no sólo en la calidad de atención de las instituciones sanitarias, influye también en su cultura. Un hospital que cotidianamente pone en práctica la seguridad como valor, *“contará con personal motivado, orgulloso de pertenecer a esa institución y con la certeza de que cuando se cometa un error, que trascienda como un evento adverso, se buscará la falla en el sistema y se tomarán las medidas pertinentes para evitar que se repita... Así, los trabajadores estarán seguros de que cuentan con la organización tanto como ésta cuenta con ellos”⁵²*.

Generar un cambio frente a la seguridad de los pacientes en las instituciones sanitarias indudablemente requiere de un cambio de cultura organizacional, que involucre a todos los actores de la organización, para lo cual hace falta una serie de reentrenamiento que conlleve a un cambio de pensamiento frente a la calidad de la atención, teniendo como constante la seguridad, a través de procesos de aprendizaje para todos los miembros de la organización. En dicho aprendizaje sin duda hace falta redefinir el error y darle un significado que permita generar cambios y medidas para evitarlo, y no sólo percibirlo como un hecho punible, dejar de pensar en error como causante de castigo, sería un primer cambio de gran importancia.

⁵² Ruelas Barajas, Enrique.2007.Seguridad del paciente hospitalizado: ¿ Por qué la necesidad de un cambio?. Capitulo 3.pág 24. Primera edición.

“El único medio disponible para evitar errores institucionales es el pensamiento sistémico que permita adelantarse a los acontecimientos y observar con oportunidad cambios o situaciones que en apariencia son sutiles, pero que representan un grave riesgo para la organización. Sólo de esta manera es factible adoptar las medidas necesarias para evitar estos peligros y propiciar que la organización marche sobre una línea adecuada.”⁵³

3.10.2. *PASOS PARA EL CAMBIO*: Si bien muchos autores se han referido al cambio, éste debe ser un proceso que permita variaciones progresivas, en tanto también se constituirá en un proceso lento en algunas organizaciones, pero sin duda necesario para las mismas.

Ruelas (19) plantea una sensibilización de los gestores y directores de unidades, y posteriormente seguir los ocho pasos que propone Kotter para el cambio organizacional.

3.10.2.1. *INFUNDIR EL SENTIDO DE URGENCIA*: Concientizar a los actores a través de la revelación de datos tomados de la literatura nacional e internacional, aunada a los datos propios de la institución (si existen), en el marco de una exposición de conceptos básicos sobre seguridad del paciente.

3.10.2.2. *CREAR UNA COALICIÓN ORIENTADORA*: Crear un espacio para que un grupo de actores de diferentes jerarquías dentro de la institución que además represente a todas las áreas de servicio, se reúna y participe de la sensibilización sobre el tema.

3.10.2.3. *DESARROLLAR UNA VISIÓN Y UNA ESTRATEGIA*: Analizar la perspectiva que se tiene de la organización. Crear espacios de reunión para trabajar y modificar la percepción sobre la seguridad de los pacientes como elemento fundamental de la calidad institucional, se debe lograr un consenso para obtener una nueva visión institucional que servirá de base para trabajar en equipo y lograr un Hospital más seguro.

3.10.2.4. *COMUNICAR LA VISIÓN DEL CAMBIO*: Se debe dar a conocer la visión. Ruelas (19) sugiere tres formas de realizar dicha comunicación:

a) De manera verbal: deberá ser realizada por el director de la institución, quien comunicará a todo el personal la nueva visión.

b) Por escrito: se expone que se ha cambiado la perspectiva anterior, por una nueva visión institucional. La información deberá ser puesta en lugares estratégicos escogidos con anterioridad por el grupo de trabajo de seguridad del paciente.

c) Una vez que el grupo de trabajo ha desarrollado la nueva visión, lo difundirá al resto del personal por medio de su desempeño cotidiano, para que sepa cuáles son las metas que pretende alcanzar y como lograrlas.

⁵³ Ruelas E, Sarabia O. La seguridad del paciente en unidades hospitalarias.FAC, UNAM, 2004.

3.10.2.5. *DESIGNACIÓN DE UNA BASE AMPLIA PARA LA ACCIÓN*: Se debe destacar la importancia de personal capacitado para llevar a cabo tareas propuestas, de manera tal que el grupo se encuentre sensibilizado para iniciar un cambio de actitud, dicho cambio debe incluir tanto al personal directivo como al personal operativo, lo que se espera es crear un ambiente propicio que tenga el poder, otorgado por la organización para cuidar los intereses del paciente y salvaguardar su seguridad. (19).

3.10.2.6. *PROPICIAR TRIUNFOS A CORTO PLAZO*: frente a la dificultad de sostener el cambio de visión y de actitud, se hace necesario ver resultados a corto plazo, es importante dar pasos firmes sin detenerse o desalentarse. Es recomendable la realización de un curso o taller de sensibilización en el que los participantes narren un hecho real donde la seguridad de algún paciente se haya visto comprometida. El análisis de las posibles causas y la interacción de los participantes estará encaminada a exteriorizar inquietudes y establecer comunicación efectiva para la acción en las labores cotidianas, para lo cual, se planteará un plan de acción inicial para la resolución de problemas específicos y esto sin duda constituirá un pequeño triunfo a corto plazo.

3.10.2.7. *CONSOLIDAR LOS LOGROS Y GENERAR MÁS CAMBIOS*: al finalizar el curso o taller sobre seguridad, es conveniente invitar al director del hospital a formalizar los compromisos contraídos durante la actividad.

3.10.2.8. *ARRAIGAR LOS CAMBIOS EN LA CULTURA ORGANIZACIONAL*: si bien éste es uno de los puntos que constituye un reto mayor, es de vital importancia generar estrategias que conlleven a que los miembros de la organización puedan insertarlo dentro de la misma. Una estrategia sugerida por Ruelas (19), es la organización de actividades de rol play (juego de rol) frente a eventos adversos, que incluyan a los familiares de los pacientes. Es conveniente desarrollar dichas actividades formando varios grupos que recreen una situación dada. Es importante observar las reacciones de los participantes durante el acercamiento con el rol y poder comparar el abordaje que realiza cada grupo frente a las situaciones representadas. Además es importante disertar sobre la información del evento adverso a la familia. Se sugiere tres pasos básicos para comunicar los eventos adversos:

- a. Hablar con la verdad
- b. Mostrar empatía por lo acontecido (de acuerdo con la situación variará la manera de hacerlo).
- c. Explicar qué medidas se están adoptando y cuáles se tomarán para que lo ocurrido no suceda de nuevo.

Es importante aclarar en este punto que la posibilidad institucional de hablar de los eventos adversos y comunicarlos a los familiares obedece a un proceso de cambio de

mentalidad y cultura frente al error, no solamente por parte de los miembros de la institución, sino de los pacientes y sus familiares. Por ello resulta vital incluir a estos últimos en las capacitaciones. Lograr dicho cambio requiere sin duda, de tiempo y perseverancia por parte de todos los grupos de trabajo institucional en seguridad del paciente.⁵⁴

⁵⁴ Aclaración realizada por el autor.

4 PROPÓSITO Y OBJETIVOS

OBJETIVOS:

***GENERALES**

Describir la situación de la gestión de Enfermería frente a la ocurrencia de eventos adversos y la seguridad del paciente en un Hospital de la ciudad de La Plata.

***ESPECÍFICOS**

- ✓ Realizar una descripción y caracterización de la situación de la gestión de Enfermería frente a los eventos adversos y la seguridad del paciente en un Hospital de la ciudad de La Plata.
- ✓ Identificar los eventos adversos en Enfermería más comunes en la Institución.
- ✓ Analizar la percepción del personal de Enfermería respecto a sus prácticas frente a los eventos adversos.

5. ABORDAJE METODOLÓGICO

Se utilizaron dos fuentes de información primaria para la recolección de la información:

- ✓ Encuesta estructurada anónima con preguntas cerradas y abiertas con múltiple respuesta
- ✓ Guía de observación sobre factores de riesgo.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

DIMENSIÓN	VARIABLE	INDICADOR
Sociodemográfica	Edad	Menos de 25 años 26 – 35 años 36 - 45 años 46 - 55 años Más de 56 años
	Sexo	Femenino Masculino
	Nivel Educativo	Auxiliar de Enfermería Enfermeros Profesionales Licenciados en Enfermería

Situación Laboral	Lugar de formación académica	<p>Argentina</p> <p>Países del Mercosur</p> <p>Países suramericanos que no pertenecen al Mercosur</p> <p>Países de Centroamérica y el Caribe</p> <p>Otros</p>
	Lugar de trabajo habitual	<p>Unidad Coronaria(UCO)</p> <p>Unidad de Terapia Intensiva Adultos (UTI Adulto)</p> <p>Unidad de Quemados</p> <p>Quirófano</p> <p>Maternidad</p> <p>Neonatología</p> <p>Emergencias</p> <p>Sala de Clínica Médica</p> <p>Sala de Traumatología</p> <p>Sala de Neurocirugía</p>
	Motivación para ser enfermeros	<p>Vocación de Servicio</p> <p>Alta salida laboral</p> <p>Alto ingreso económico</p> <p>Tradición Familiar</p>

Situación Laboral	Motivación para ser enfermeros	Profesión prestigiosa Imposición
	Motivación para trabajar en la institución	Motivación económica Motivación profesional Motivación institucional
	Cantidad de horas trabajadas a la semana	36 hrs o menos Entre 36 y 48 hrs semanales Entre 48 y 72 hrs semanales Entre 72 y 96 hrs semanales Más de 96 hrs semanales
	Antigüedad en la profesión	Menos de 1 año Entre 1 y 5 años Entre 6 y 10 años Entre 11 y 15 años Entre 16 y 20 años Entre 21 y 25 años 26 años o más

	<p>Tiempo de trabajo en la Institución</p> <p>Tiempo de trabajo en la Institución</p>	<p>Menos de 1 año</p> <p>Entre 1 y 5 años</p> <p>Entre 6 y 10 años</p> <p>Entre 11 y 15 años</p> <p>Entre 16 y 20 años</p> <p>Entre 21 y 25 años</p>
	<p>Situación Laboral</p> <p>Cantidad de empleos en enfermería con los que cuenta en la actualidad</p>	<p>Uno</p> <p>Dos</p> <p>Tres o más</p>
Situaciones de Riesgo	<p>Caídas y lesiones en la piel</p>	<p>Presencia de caídas</p> <p>Quemaduras por frío</p> <p>Quemaduras por calor</p>
	<p>Medicamentos</p>	<p>Dilución inadecuada</p> <p>Confusión de nombre de un medicamento</p> <p>Desconocimiento del efecto y/o interacciones de un medicamento</p> <p>Olvido al administrar un medicamento</p> <p>Administración de medicamento por vía</p>

Situaciones de Riesgo	Medicamentos	<p>incorrecta</p> <p>Administración de dosis inadecuada</p> <p>Soluciones de Electrolitos</p> <p>Uso único de los dispositivos de inyección</p>
	Error en la identificación de pacientes	<p>Confusión de nombres de los pacientes</p> <p>Confusión de número de cama y/o habitación</p>
	Pase de guardia	<p>Pase de guardia escrito</p> <p>Pase de guardia oral</p> <p>Pase de guardia paciente por paciente</p> <p>Promedio de pase menor a 15 minutos</p> <p>Entre 15 y 20 minutos</p> <p>Entre 20 y 30 minutos</p> <p>30 minutos o más</p>

Percepción de los eventos adversos	Abordaje de eventos adversos	<p>Se informa</p> <p>Se oculta</p> <p>Se comparte con compañeros de trabajo</p>
	Nivel de conocimiento frente al evento adverso	<p>Información suficiente</p> <p>Información insuficiente</p> <p>No se habla del tema</p>
	Condiciones de trabajo	<p>Estresantes</p> <p>No estresantes</p>

6. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para la obtención de resultados del presente estudio, se utilizaron como instrumentos de recolección una encuesta estructurada de 42 ítems con preguntas cerradas y abiertas, y una guía de observación de 20 ítems (Anexo).

Se realizó previamente una prueba piloto, en donde se desarrolló la aplicación de 15 encuestas a enfermeros con diferentes tipos de formación académica. La prueba piloto determinó que las preguntas eran claras. El tiempo de diligenciamiento de las mismas osciló entre 15 y 25 minutos. La prueba piloto permitió realizar la validación del instrumento; no se realizaron modificaciones en las preguntas, ni en el formato de la encuesta.

La importancia de la cultura de la seguridad ha sido expuesta ampliamente por varios autores, y todos coinciden en la importancia que tiene la cultura organizacional en los procesos de seguridad del paciente. Sin embargo, abordar la cultura de las organizaciones y tratar de modificarla, no es tarea fácil. Es así que para el presente estudio hubo dificultades, que ocasionaron el cambio del lugar de aplicación del instrumento por “opiniones adversas” de jefas de servicio de una prestigiosa institución sanitaria.

Es de destacar que desde la dirección médica y el departamento de Enfermería hubo plena aceptación del proyecto y otorgaron autorización escrita. Sin embargo, luego de la realización de la prueba piloto y al presentar oficialmente el instrumento a las jefas de Enfermería de los diferentes servicios, éstas consideraron al estudio una “amenaza”. Su oposición rotunda y su postura poco flexible no permitió la realización del estudio en esa institución, y fue necesaria la aplicación del instrumento en otro establecimiento de salud.

Con ello se confirma, la importancia de tener en cuenta la cultura organizacional frente a la seguridad de los pacientes y frente a los eventos adversos. Pensar en la cultura representa un factor trascendental, no sólo para la realización de estudios de investigación, sino también para la ejecución de planes y actividades relacionadas a la prevención.

Se puede analizar y definir cultura, entendiéndola “... como el patrón de supuestos básicos compartidos por un grupo de personas, que los aprendió a medida que iba resolviendo sus problemas de adaptación externa e integración interna; que funcionó lo suficientemente bien como para ser considerado válido y que, por lo tanto, es enseñado a

*los nuevos miembros de la organización como la manera de percibir, pensar y sentir en relación con dichos problemas...*⁶⁵

Y fue así, que el patrón de supuestos básicos compartidos por las jefas de Enfermería, relacionaba directamente al error con el castigo. Sí bien el instrumento era anónimo, no permitieron la aplicación del mismo en sus servicios. Esta situación, suscitó una demora importante en el inicio de la recolección de la información, razón que no constituye un dato menor en el estudio, ya que la presencia de prejuicios frente a la seguridad del paciente y el error se encuentra presente en las instituciones sanitarias, aún siendo un tema de tanta actualidad y objeto de políticas y programas por parte de la OMS. Dicha situación pone de manifiesto la importancia de educar e incentivar el estudio de la seguridad del paciente como un tema de interés, competencia de todos los profesionales de la salud.

6.1. CARACTERIZACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA

La muestra estuvo constituida por 106 personas que diligenciaron el documento de recolección de la información (encuesta estructurada) de manera anónima.

Es de notar que la muestra calculada fue de 150 encuestas. Sin embargo, a pesar de contar con varios días para la recolección de la información, no fue posible recolectar la misma en la muestra inicialmente propuesta. Al respecto, es importante señalar que el índice de ausentismo era muy alto y que la institución contaba con porcentajes significativos de enfermeros en “tareas desvirtuadas”, es decir, tareas en áreas diferentes a la asistencial y cumpliendo roles diferentes al de enfermero. Asimismo, también existía un número importante de enfermeros que se encontraban con licencias prolongadas por problemas de salud. Estos datos fueron comunicados por la dirección del Hospital de manera informal.

De la totalidad de encuestados, el 67% eran mujeres y el 32% hombres; la edad promedio de los participantes de la encuesta fue de 39 años.

El 100% de la muestra realizó su formación de Enfermería en la República Argentina. El 21% eran Licenciados en Enfermería, el 32% Enfermeros Profesionales / Universitarios, el 40% auxiliares de Enfermería y el 7% restante contestó que era estudiante - poseían algún tipo de formación en Enfermería y al momento de realizarse la encuesta se encontraban cursando estudios de formación (p. ej. Auxiliar estudiando para enfermero profesional) -. Este último grupo fue, a efectos del análisis, incluido dentro del nivel auxiliar, ya que de modo informal la dirección del Hospital informó que todas las personas que se encontraban

⁵⁵ Ortiz, Zulma y otros. IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES. 1a ed. - Buenos Aires: Salud Investiga, 2007. Pág 38.

trabajando en el área de Enfermería eran Auxiliares, Enfermeros Profesionales/ Universitarios y Licenciados en Enfermería. De lo anterior se concluye que dentro de la Institución un 52% de las personas encuestadas contaba con formación académica (profesionales / universitarios y Licenciados), lo cual representa vital importancia, *ya que como causas de los eventos adversos la mayoría de autores señalan los conocimientos que tienen los profesionales y los niveles de experiencia (19)*. Por esta razón, el nivel académico dentro de la institución estudiada se considera un factor protector. Sin embargo, se hace necesario profundizar en la capacidad de educación incidental institucional, ya que como expresa Martínez López *“Los profesionales asistenciales, además, necesitan formación para interpretar los riesgos de sus actos y sobre todo, saber transmitirlos”*. Asimismo, la probabilidad de fallo o decisión inexacta se incrementa por la ausencia de criterios sobre diagnóstico, pronóstico o terapéutica (13) y dichas acciones están relacionadas con escaso discernimiento científico o falta de preparación para el correcto análisis de las fuentes de conocimiento.

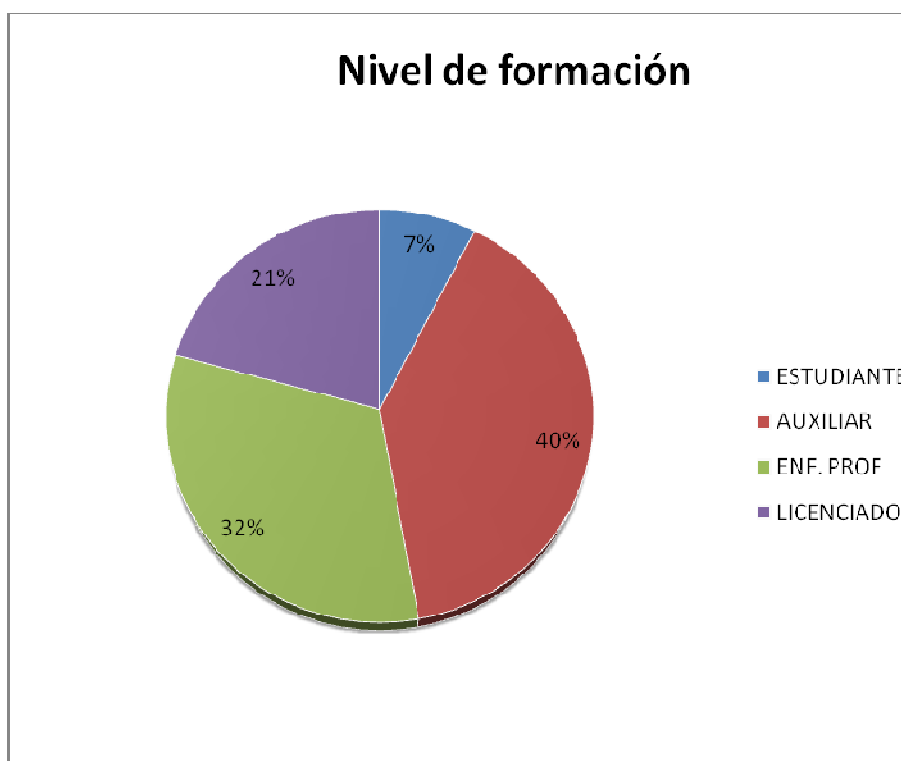


Gráfico de resultados 1. Nivel de formación académica.

De los Auxiliares de Enfermería encuestados el 69% se encontraba en un rango de edad entre los 36 y los 58 años de edad. El 79% de los Enfermeros Profesionales / Universitarios, tenía un rango de edad que oscilaba entre los 20 y los 42 años. El 72% de los Licenciados de Enfermería tenían edades entre los 29 y los 49 años de edad.

6.2. SITUACIÓN LABORAL

La distribución de las personas encuestadas dentro de los servicios del hospital fue en su mayoría en el servicio de Terapia intensiva (UTI), con un porcentaje de 18%, seguidos por los servicios de Quemados 15% y servicio Clínica Médica con un 15%. En una sala de este último servicio, una parte de los enfermeros manifestó abiertamente “no querer participar”. Asimismo, la participación de las personas del servicio de Neonatología fue de sólo el 8.4%, escuchándose en este servicio, comentarios tales como: “... este es un tema difícil para nosotros porque hace un tiempo tuvimos un tema relacionado...”, “...Tu encuesta golpea, tuvimos una situación hace poco...”.

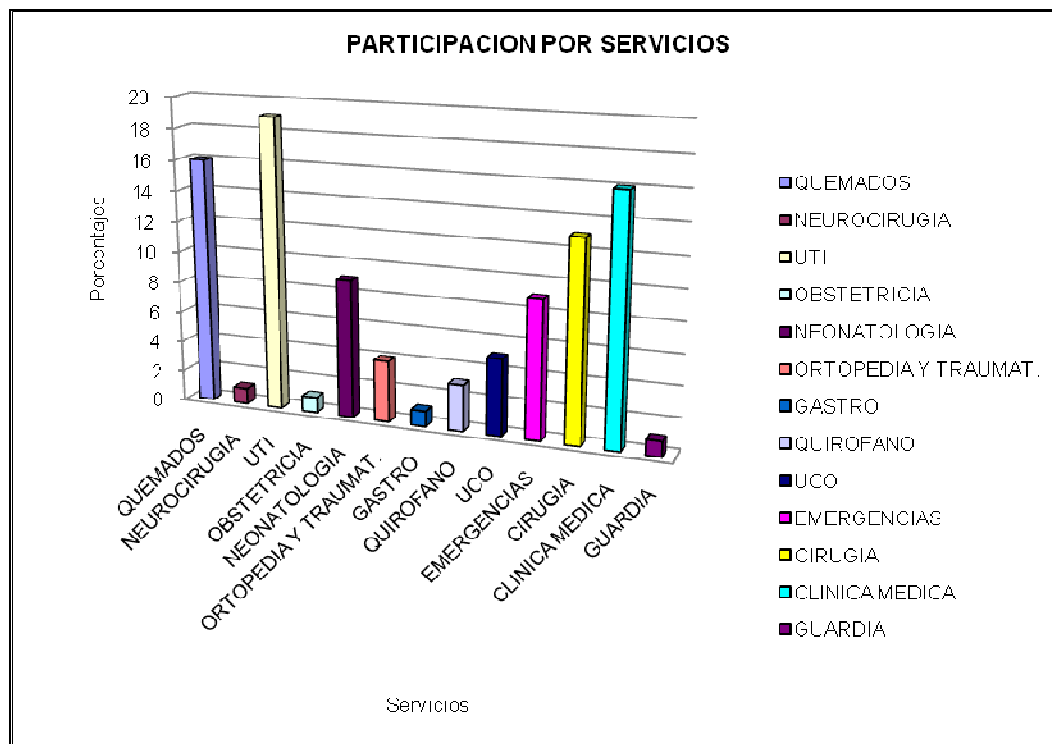


Gráfico de Resultados 2. Participación por servicios

En cuanto a la situación de pluriempleo por parte de las personas encuestadas, se encontró que el 27% de las personas encuestadas trabajaba en otras instituciones, mientras que el 73% contaba con el trabajo en el hospital como único empleo.

Esta situación genera un factor protector, entendiendo que el cansancio del personal, ocasionado por muchas horas de trabajo durante el día, es un factor predisponente para que sucedan efectos adversos, como lo menciona el trabajo titulado “Impacto del Error de Medicación en los enfermeros de un centro privado en la Ciudad de Buenos Aires”⁵⁶, en donde se relaciona el “doble turno” o doble empleo como uno de los factores que influyen en el desarrollo de errores en la medicación. Asimismo, se consideran causas de eventos adversos entre otros, la sobrecarga de trabajo, la fatiga y el estrés. Existe una relación muy importante entre la manera de enfrentarse al estrés (vulnerabilidad al estrés) y el riesgo de cometer errores, así como el número de horas que trabajan los profesionales (19).

Del mismo modo, Martínez López pone de manifiesto que factores predisponentes para la sucesión del error están relacionados con “*las demandas físicas de la tarea, la fatiga, los ciclos de trabajo, el ritmo de trabajo, las prisas, el cansancio, el estrés*”⁵⁷, situaciones que pueden ser más comunes para personas en situación de pluriempleo.

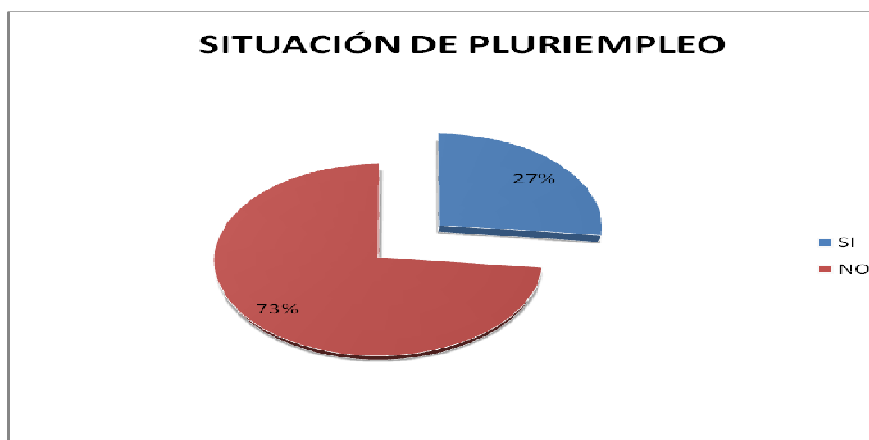


Gráfico de resultados 3. Situación de pluriempleo

⁵⁶ Estrada de Ellis Silvina y Celano Constanza. Impacto del error de medicación en los enfermeros de un centro privado en la Ciudad de Buenos Aires, en Seguridad del Paciente Fundación Alberto Roemmers. Pág108, Tabla Factores que contribuyen al desarrollo del error. Buenos Aires 2010.

⁵⁷ Martínez López, F.J., Manual de Gestión de Riesgos Sanitarios. Ed. Díaz de Santos, 2001. Pág.8

De las personas que se encontraban en situación de pluriempleo, la mayoría eran Licenciados en enfermería (43%), seguidos por el 28% de Auxiliares de Enfermería e igual porcentaje de Enfermeros Profesionales / Universitarios. Dicha situación de pluriempleo, podría estar relacionada con la inconformidad manifestada por los enfermeros frente a la remuneración económica recibida en la Institución. La limitada remuneración económica que reciben los Enfermeros en el País, es una situación que ha sido reconocida por la Federación de Enfermería Argentina (FAE), al relacionar el déficit de profesionales con los bajos sueldos y la precariedad de las condiciones de trabajo (23). Se puede concluir entonces, que la presencia de pluriempleo está relacionada con la necesidad de un mejor ingreso económico por parte de los Licenciados en Enfermería de la Institución.

Como se expresó en el marco teórico, el déficit de elementos motivacionales ha sido considerado para algunos autores como uno de los factores predisponentes para la ocurrencia del error humano. Sin embargo, no se encontró déficit motivacional en las personas encuestadas, hallándose que entre los participantes la motivación existía dentro de su quehacer profesional.

Entre las principales motivaciones para el ejercicio del mismo por parte de las personas encuestadas, el 60% manifestó vocación de servicio, además del gusto por la tarea del enfermero; el 27% la posibilidad de alta salida laboral y el 15 % señaló la tradición familiar como motivación para ser Enfermero, respuesta más frecuentemente contestada por los Auxiliares de Enfermería. Otra motivación manifestada con menor frecuencia fue la de considerar a la Enfermería como una profesión prestigiosa.

A pesar de las manifestaciones de motivación, fue clara la inconformidad frente a la remuneración económica y a la capacitación permanente. Esto genera un factor de riesgo, entendiendo que la rutina en las tareas y actividades y la falta de interés por la formación y capacitación constante conducen al conformismo de la práctica asistencial. La falta de motivación por la capacitación puede llevar a que *“las costumbres se transformen y se adquiera tanta confianza en el quehacer que se llegue al punto en que es fácil confundir la opinión personal con evidencia y la ignorancia con genuina incertidumbre científica”* (13).

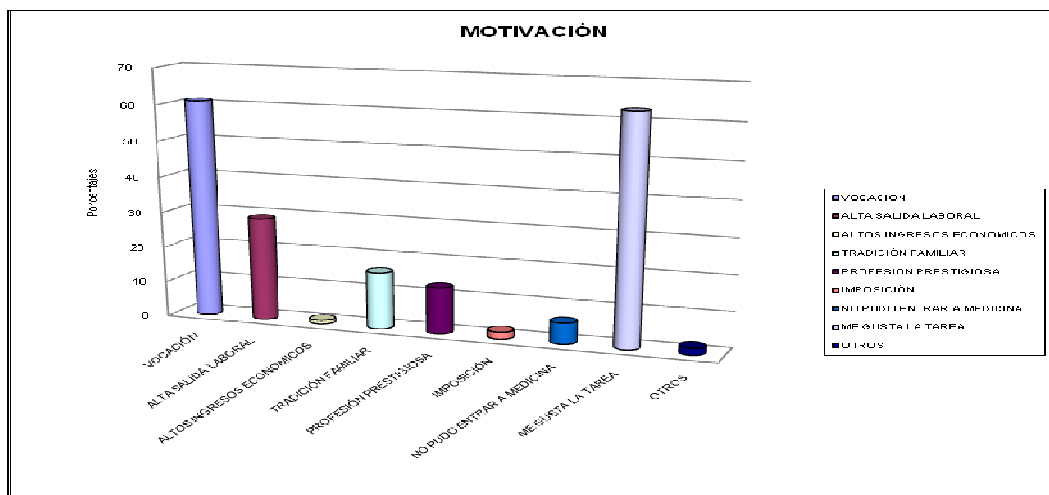


Gráfico de resultados 4. Motivación para ser Enfermeros

En cuanto a la antigüedad en el ejercicio profesional, el 24% poseía una antigüedad entre 1 y 5 años; un 11% entre 11 y 15 años; un 32 % entre 16 y 25 años; 13% entre 6 y 10 años y un 17% más de 26 años. (Gráfico de resultados 5.). Es de relevancia tener en cuenta la antigüedad en el ejercicio, en razón a que, un escaso conocimiento y limitada experiencia son considerados factor de riesgo para la producción de eventos adversos. Sin embargo como menciona Estrada de Ellis, uno de los factores que contribuyen en el desarrollo del error es el exceso de confianza (8), relacionado ampliamente con la antigüedad en el ejercicio profesional, lo que permite concluir que si bien la experiencia puede considerarse como un factor protector, la destreza por sí misma no puede garantizar la prevención de los eventos adversos, la misma debe estar acompañada de capacitación permanente. Los conocimientos en materia sanitaria deben ser sistemáticamente renovados de manera permanente, dicha formación debe derivar de la necesidad sentida por los profesionales de actualizar los conocimientos, habilidades y actitudes por el permanente cambio de la ciencia y tecnología (13).

La antigüedad institucional de los enfermeros fue en su mayoría (36%) de 1 a 5 años, seguida por un 14% de personal que poseía entre 21 y 25 años de trabajo en el hospital objeto de estudio.

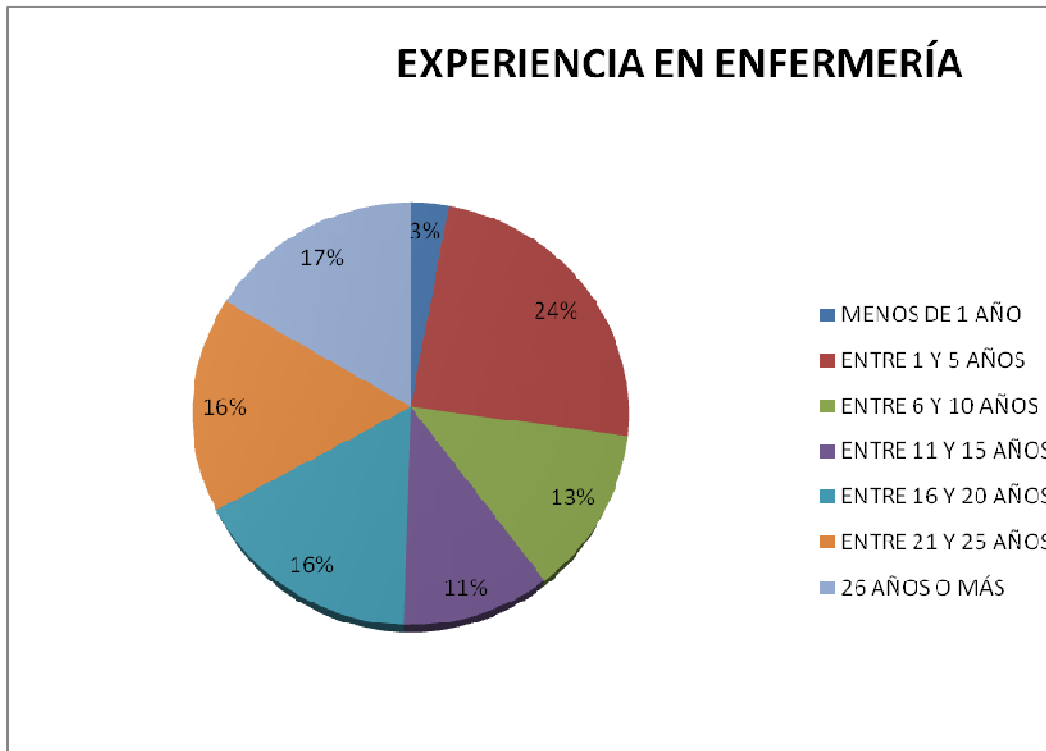


Gráfico de resultados 5. Antigüedad en el ejercicio profesional

Entendiendo la motivación como un factor protector, como se expresó anteriormente, se encontró entre los principales motivos, para trabajar y permanecer en el Hospital (28 %), la posibilidad de aprendizaje. Esto constituye un dato muy importante, teniendo en cuenta que la institución es un Hospital Escuela.

El 21%, se manifestó motivado por la posibilidad de hacer carrera dentro de la institución, el 9 % señaló como motivación, estar en una “institución prestigiosa” y el 11% expresó, que al ser un “Hospital Estatal”, brindaba la posibilidad de permanencia y estabilidad laboral.

Es de notar que para los hombres la motivación más importante fue el prestigio profesional. Para las mujeres, por su parte, la posibilidad de aprendizaje y de desarrollar una carrera dentro de la institución. Del mismo modo, fueron los participantes femeninos quienes en su mayoría expresaron la importancia de la estabilidad laboral, al ser una institución estatal.

Es de importancia expresar en el ítem motivacional que sólo un 7% manifestó sentirse motivado por la remuneración económica. Tanto en los comentarios escritos como en los verbales, el ingreso económico fue un tema en donde abiertamente se manifestó contrariedad (Gráfico de resultados 6.).

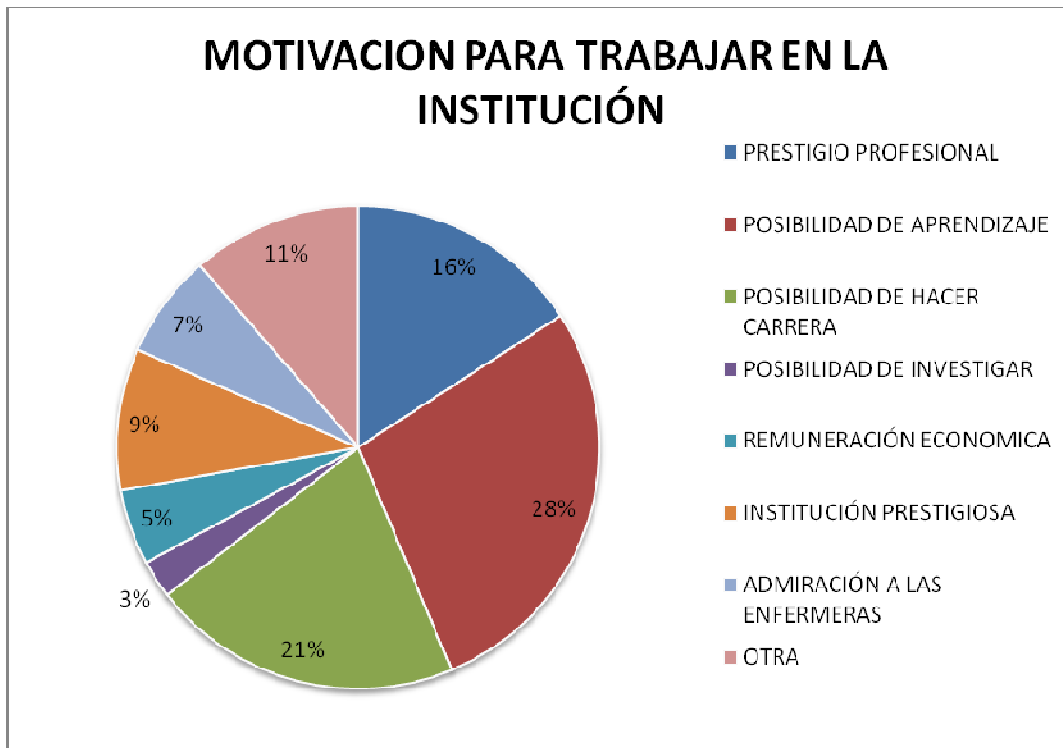


Gráfico de resultados 6. Motivación para trabajar en la institución

En cuanto a las horas laborales durante la semana, se encontró que el 73%, trabajaba entre 36 y 48 horas a la semana, lo cual coincide ampliamente con las personas que manifestaron trabajar únicamente en el hospital. Un 12% manifestó trabajar entre 48 y 72 horas, 4% entre 76 y 96% y sólo el 6,6 % trabajaba más de 96 hrs a la semana.

Teniendo en cuenta los datos anteriores, se considera como un factor protector la cantidad de horas trabajadas, ya que el cansancio relacionado con el pluriempleo y la falta de descanso, está ampliamente relacionado con la presencia de eventos adversos. Un dato adicional en este ítem estudiado, es que la mayoría de personas que trabajaban entre 36 y 48 hrs fueron mujeres, y que la mayoría de personas que trabajaban más de 96 hrs eran hombres. Esta situación podría estar relacionada con cumplir el rol de madre y trabajo en el hogar; sin embargo no se cuenta con información suficiente para afirmar certeramente dicha aseveración.

La relación de pacientes, con la que manifestaron trabajar habitualmente las personas encuestadas, fue de más de 7 pacientes en un 43%. De este porcentaje la mayoría eran Auxiliares de Enfermería, posición que pone de manifiesto una situación de riesgo por la

cantidad de pacientes, ya que según lo manifiesta el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), el coeficiente paciente / enfermera, está altamente relacionado con la seguridad de los pacientes, en tanto se aumentan condiciones de morbilidad, en las situaciones en que el número de usuarios supera la relación 4 a 1 para pacientes de internación general y 1 enfermera por paciente inconsciente.(Gráfico de resultados 7). Asimismo, en el estudio “Impacto del error de medicación en los enfermeros de un centro privado en la ciudad de Buenos Aires”, se enuncia como la primera causa de factores que contribuyen al desarrollo del error la cantidad de pacientes asignados durante la guardia. Es importante aclarar que la mayoría de personas que manifestaron tener menos de 3 pacientes, y entre 3 y 5 pacientes pertenecía a los servicios de Unidad de Terapia Intensiva, Unidad de Quemados y Neonatología. Se puede concluir entonces que la Institución se encontraba frente a un riesgo real de desarrollo de errores y eventos adversos, por la relación existente entre la cantidad de usuarios y el número reducido de enfermeros.

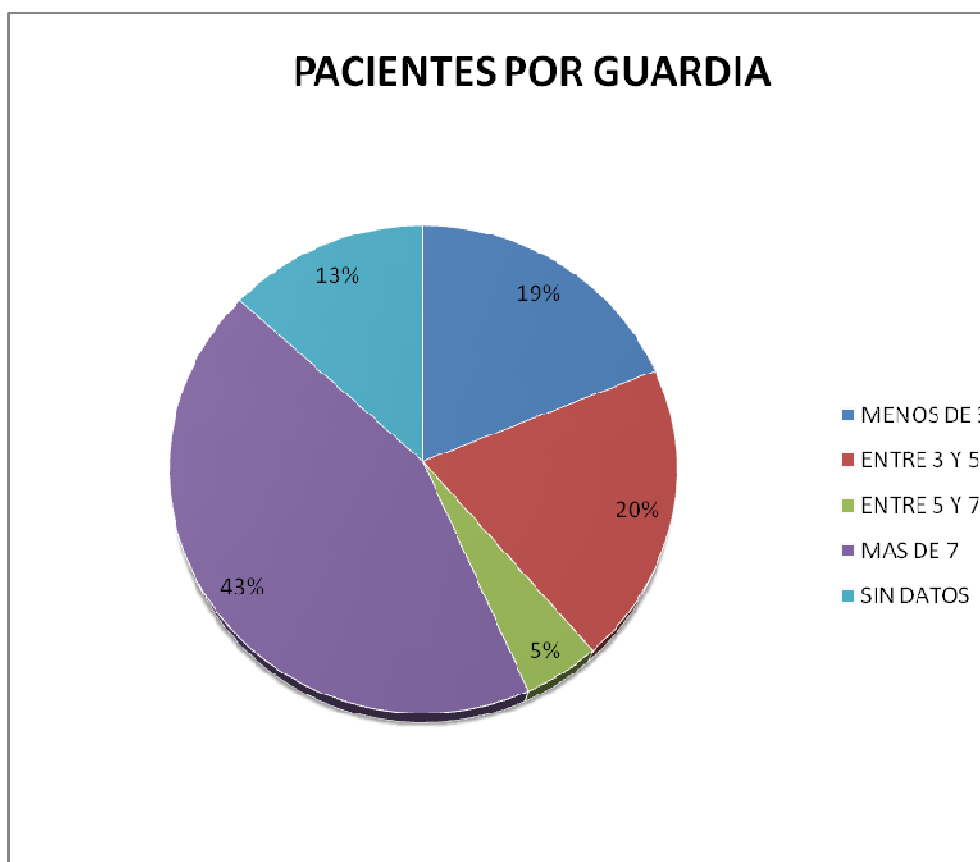


Gráfico de resultados 7. Cantidad de pacientes por guardia

Aunado a la cantidad de pacientes, se encuentra el estrés que significa esta situación para las personas encuestadas, el que se exagera con la presencia de un alto porcentaje de ausentismo en la institución, según fuera manifestado verbalmente por los enfermeros y observado durante la recolección de la información. A modo de ejemplo, sólo se encontraba un enfermero en un servicio de Clínica Médica con más de 15 pacientes.

6.3. SITUACIONES DE RIESGO

Es importante resaltar que cuando se inició el cuestionario de las preguntas específicas sobre situaciones de riesgo y eventos adversos, varios enfermeros emitieron comentarios en desacuerdo con las preguntas mencionadas, escuchándose abiertamente manifestaciones como: “¿a quién se le ocurrieron estas preguntas?”, “¿y todo esto para qué?, esto no tiene fundamento...” y se dejaron ver expresiones de descontento.

En cuanto a la referencia de caídas de los pacientes, el 60 % expresó nunca haber tenido este tipo de evento; de dicho porcentaje la mayoría fueron Auxiliares de Enfermería y Enfermeros Profesionales. Un 18% manifestó que dicha situación “casi nunca” le había sucedido. Un 15% indicó que “algunas veces” le había ocurrido dicha circunstancia; de las personas que expusieron esa situación la mayoría eran Auxiliares de Enfermería, de ellos un porcentaje significativo (81%) reveló, tener habitualmente situaciones de trabajo estresantes (Gráfico de resultados 8.). Es importante tener en cuenta la relevancia de la prevención de caídas en las instituciones sanitarias, ya que como manifiesta Ruelas “*las caídas suelen ser eventos relativamente frecuentes en el ámbito hospitalario*” (20). Es por ello que se debe tener en cuenta la importancia de reportar este tipo de eventos, ya que muchos de ellos pueden no ser reportados y de este modo puede presentarse una estadística errada frente a este evento adverso. Palacios⁵⁸ expone que “*eventos como las caídas conllevan una gran morbimortalidad y generan un alto impacto en el gasto en salud, constituyéndose como un serio problema de salud pública*” (16).

⁵⁸ Palacios, Ariel Alejandro, Octubre 2010. Prevención de caídas en pacientes internados. Jornada de Enfermería realizada por Fundación Alberto J. Roemmers. (16)

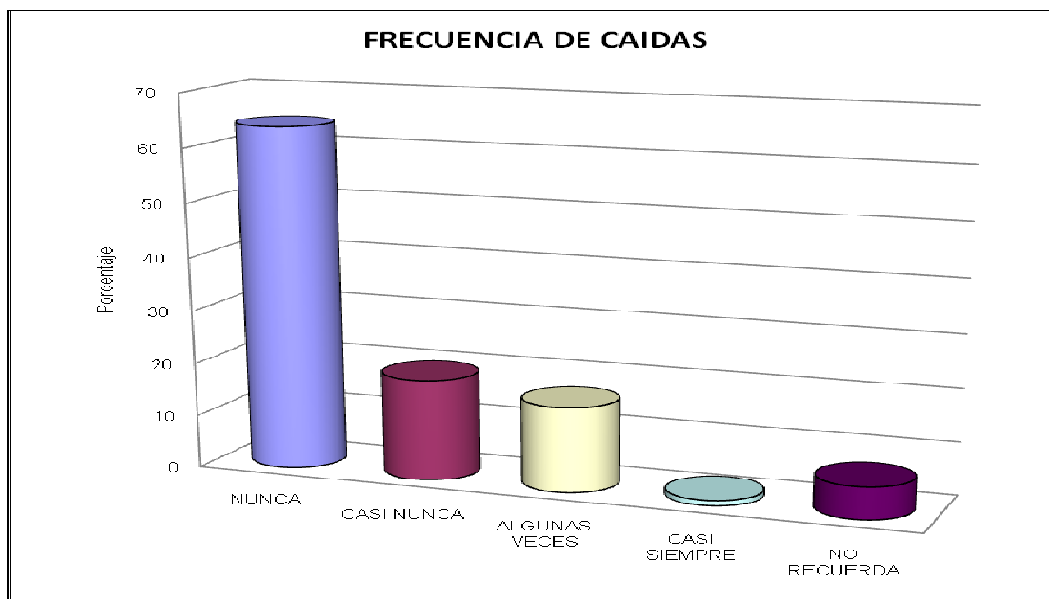


Gráfico de resultados 8. Frecuencia de caídas.

En cuanto a la relación existente entre el número de pacientes asignados por guardia y la presentación de caídas, se encontró que el 61% de las personas que contestaron “algunas veces” eran las personas que revelaron tener más de 7 pacientes asignados por guardia.

En referencia al ítem quemaduras por calor, el 88.6% de las personas encuestadas expresó nunca haber tenido la ocurrencia de ese tipo de accidente. Un 4,7% declaró la ocurrencia de dicho evento adverso en una sola oportunidad y de ellos, la mayoría (66%), expuso tener habitualmente más de 7 pacientes asignados. Sólo una persona (0.9%) refirió que en más de una oportunidad tuvo la ocurrencia de quemadura por calor, siendo la formación académica de dicha persona Auxiliar de Enfermería. Es importante recalcar que el 80% de las personas que expusieron la ocurrencia de quemaduras por calor, en una sola oportunidad, manifestó trabajar habitualmente en condiciones estresantes.

En cuanto a las lesiones (irritaciones) por frío, el 83% de los encuestados expuso nunca haber sufrido ese incidente, siendo la mayoría Auxiliares de Enfermería. Los Enfermeros profesionales (9,4%), manifestaron no recordar, mientras que los Licenciados de Enfermería (2.8%) refirieron que una sola vez les sucedió dicho incidente.

En relación con el desconocimiento de la dilución de medicamentos habituales para su servicio, un 45% respondió que dicha situación les ocurrió algunas veces, siendo la mayoría de ellos Auxiliares de Enfermería. Un 35% manifestó nunca haber pasado por esta situación; de ellos, la mayoría estaba conformada por Licenciados en Enfermería. Esta situación

pondría de manifiesto la relación existente entre el nivel de formación y la ocurrencia de eventos adversos, entendiendo que, a mayor nivel de formación y capacitación, menor riesgo de la ocurrencia de errores.

Del mismo modo, en el ítem sobre la confusión de medicamentos por presentación y / o nombre parecido, el 66% manifestó nunca haber tenido ese tipo de situación. Las personas que con mayor frecuencia respondieron “nunca” fueron los Auxiliares de Enfermería, seguidos por los Enfermeros Profesionales y en último lugar los Licenciados en Enfermería.

De igual manera, frente a la confusión de medicamentos, un 19% manifestó que casi nunca le había sucedido y el 14% restante reveló haber estado en la situación manifiesta varias veces. De ellos, la mayoría eran Auxiliares de Enfermería, seguidos por los Enfermeros Profesionales y un gran porcentaje de ellos (80%), informó tener habitualmente condiciones estresantes de trabajo. La mayoría de las personas de este grupo han trabajado de 11 a 16 años como enfermeros. La situación anterior deja ver que, sí bien la experiencia puede constituir un factor protector, el déficit de factores motivacionales, la rutina y la excesiva confianza en la propia experiencia, son factores predisponentes en la ocurrencia de error humano. Como lo manifiesta Estrada de Ellis, es importante considerar en los errores de la medicación no sólo la cantidad de años como enfermero, sino también la falta de capacitación y el desconocimiento, ya que según su estudio de “Impacto del error de medicación en los enfermeros de un centro privado de la Ciudad de Buenos Aires”, la mayoría de enfermeros que revelaron haber tenido errores en la medicación tenían entre 11 y 15 años de “recibidos en la profesión” (8).

Frente a la pregunta: “sí alguna vez le sucedió desconocer el efecto de un medicamento indicado”, el 48% respondió que dicha situación le había ocurrido algunas veces - el 40% de ellos poseían entre 1 y 5 años de antigüedad como Enfermeros- .

Asimismo, un 37% reveló nunca haber estado en esa situación, de ellos la mayoría fueron Enfermeros Profesionales y de éstos el 27% tenían más de 26 años de antigüedad como enfermeros. Un 9% manifestó que “casi nunca” le había sucedido esa situación; de este porcentaje la mayoría fueron Licenciados en Enfermería (Gráfico de resultados 9.).

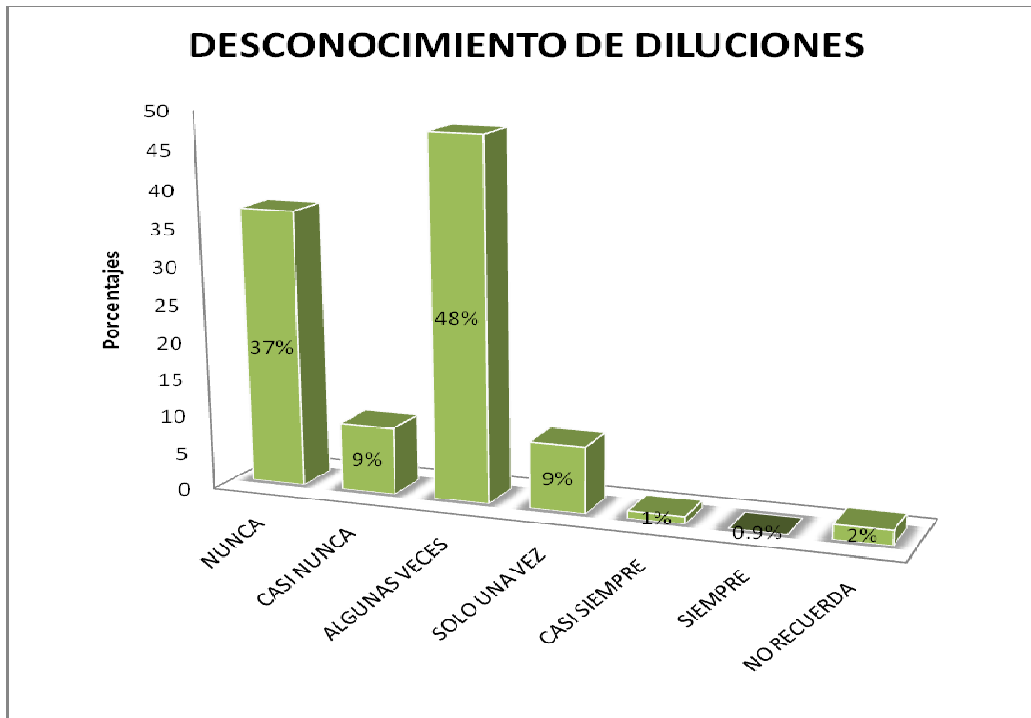


Gráfico de resultados 9. Desconocimiento de diluciones⁵⁹

Ante la pregunta “sí alguna vez olvido administrar algún medicamento”, el 60% manifestó “nunca”, siendo un gran número de ellos Auxiliares de Enfermería. El 22,6% informó que esta situación no le sucedió casi nunca, mientras que el 14 % manifestó haber estado en dicha situación algunas veces. De este último grupo la mayoría estaba constituida por Enfermeros Profesionales y de ellos un 73 %, tenía habitualmente condiciones de trabajo estresantes. Una persona - Enfermero Profesional- reveló que la situación le ocurría casi siempre. Dos (2) personas no contestaron a la pregunta.

Constituye, crucial importancia el estudio de las condiciones estresantes de trabajo en la Institución estudiada, ya que el estrés está relacionado con la presencia de eventos adversos y además constituye un riesgo real frente a la seguridad de los usuarios. Matud Calvo⁶⁰ relaciona como causas de los eventos adversos “*la sobrecarga de trabajo, la fatiga y el estrés, habiendo una relación muy importante entre la manera de enfrentarse al estrés (vulnerabilidad al estrés) y el riesgo de cometer errores (16).*”

⁵⁹ Es importante aclarar que en esta pregunta existía la posibilidad de múltiple respuesta, y varios encuestados respondieron más de una opción, razón por la que el porcentaje total de respuestas es mayor al 100% .Nota del Autor.

⁶⁰ Matud Calvo, María Cristina. Octubre 2010.Competencias de la Enfermera en la Seguridad del paciente. Jornada de Enfermería realizada por Fundación Alberto J. Roemmers. (16)

En cuanto a la administración de un medicamento por vía incorrecta por desconocimiento, el 87% manifestó que nunca le había sucedido dicha situación, un 11,30% manifestó “casi nunca”, una persona respondió “algunas veces”. El 1,8% (Enfermeros Profesionales), contestó “casi siempre” y tres personas no respondieron a esta pregunta.

Al ser consultados respecto a la alteración de la dosis indicada, el 72% respondió que nunca le había sucedido. Un 13 % informó que algunas veces le sucedió la situación planteada. Un gran número de ellos eran Auxiliares de Enfermería, seguidos por Enfermeros Profesionales. De estos últimos, el 86% manifestó trabajar habitualmente en condiciones estresantes.

Un 11,3% manifestó que casi nunca le sucedió y 3 personas no respondieron a esta pregunta. Las respuestas a este ítem coinciden con lo manifestado por estudios realizados en Capital Federal⁶¹, en los que expresan que uno de los errores más frecuentes con la medicación es la alteración de la dosis indicada.

Del mismo modo, ante el interrogante acerca de la dificultad para preparar algún medicamento por desconocimiento, el 58 % respondió “nunca”, siendo la mayoría Auxiliares de Enfermería. El 20% declaró “casi nunca” haber tenido dificultad en la preparación de medicamentos.

Un 21% manifestó “algunas veces”, contando el 25% de ellos con entre 1 y 5 años de antigüedad profesional, siendo en su mayoría Enfermeros Profesionales.

⁶¹ Estrada de Ellis Silvina y Celano Constanza Op. Cit pág. 99.

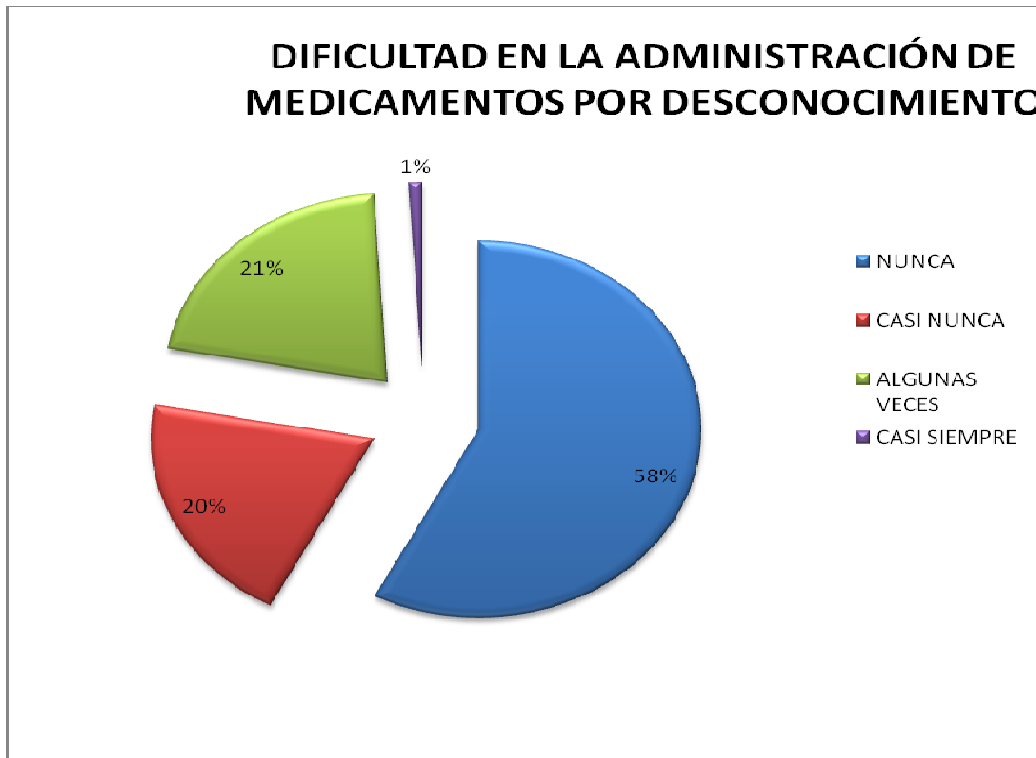


Gráfico de resultados 10. Dificultad en la administración de medicamentos por desconocimiento

En cuanto a la dificultad para la administración de electrolitos, la respuesta “algunas veces” se obtuvo en el 11,3% de las personas encuestadas; siendo la mayoría de ellos Enfermeros Profesionales. Un 65%, mayoritariamente Auxiliares de Enfermería, expresó nunca haber tenido dificultades en la preparación de dichos medicamentos. Un 18,8% manifestó casi nunca haberlas tenido y 5 personas no contestaron la pregunta.

Por su parte, frente al conocimiento en el cuidado y precauciones para administrar electrolitos, el 55% manifestó conocerlos totalmente, el 36% parcialmente y un 9% desconocimiento. Todas las personas que dieron esta última respuesta fueron Auxiliares de Enfermería (Gráfico de resultados 11.).

Cabe resaltar en este punto que, a pesar de las respuestas obtenidas en este ítem, en una de las salas de Clínica Médica durante la realización de la encuesta, varios enfermeros, preguntaron abiertamente “... ¿qué son los electrolitos?...”.

Esto supone una situación de alto riesgo, porque si desconocen lo que son dichas sustancias, es altamente probable que, también desconozcan los cuidados y precauciones de su administración.

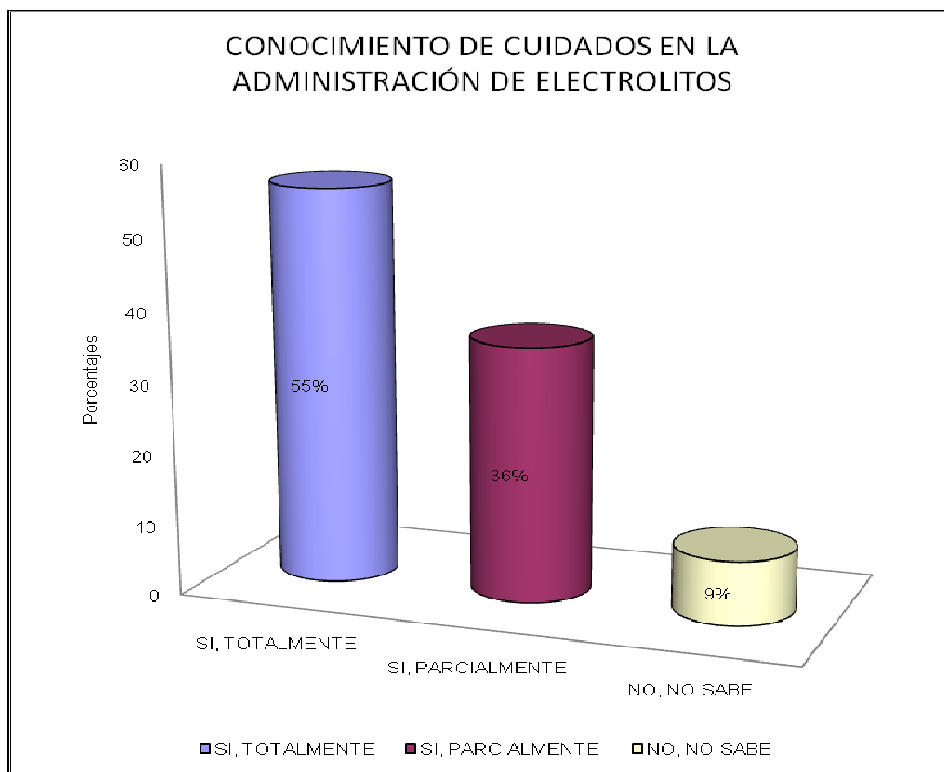


Gráfico de resultados 11. Conocimiento de cuidados en la administración de electrolitos

Frente al interrogante sobre la administración de medicamentos por una vía que no fuera la indicada, se encontró que el 29% de los encuestados (la mayor parte de ellos enfermeros profesionales), había presenciado dicho evento, en tanto que el 68% expuso no haber presenciado dicha situación.

En cuanto a la administración de elementos de inyección en más de una oportunidad, el 74% de los encuestados respondió que nunca había realizado dicha utilización. El 14% reveló haber realizado el doble uso algunas veces. El 7% contestó “casi nunca”, el 5% manifestó “casi siempre”. Una persona- Auxiliar de Enfermería- manifestó hacer esto siempre. Finalmente, 6 personas, el 50% de las cuales eran Auxiliares de Enfermería, no contestaron a esta pregunta.

Frente a las respuestas de casi siempre y siempre, sería importante indagar, en qué situaciones puntuales se realiza dicha utilización. Asimismo, sería importante brindar educación al respecto, ya que esta conducta genera un alto riesgo de morbilidad para los usuarios y por ende es un factor de riesgo en la seguridad del paciente. Debe señalarse que según la Ley Nacional de Enfermería (Ley N°24.004), en su artículo 3°, “... es competencia del nivel Profesional de Enfermería (Licenciados y Profesionales / Universitarios): planificar,

preparar, administrar y registrar la administración de medicamentos por vía enteral, parenteral, mucosa, cutánea y respiratoria natural y artificial de acuerdo con la orden médica escrita, completa, firmada y actualizada.⁶² Entre las competencias de los Auxiliares de Enfermería, no se encuentra la administración de medicamentos, como lo expresa el párrafo segundo del artículo tercero de la ley 24.004. Por ello, se concluye que existe “intrusismo en la profesión”⁶³, en razón a que el personal auxiliar, no está capacitado para realizar actividades profesionales relacionadas con la administración de medicamentos.

Resulta indispensable profundizar en el estudio de los errores de la medicación, ya que según el estudio ENEAS (2005), los errores en la medicación constituyen una de las tres primeras causas de eventos adversos (1).

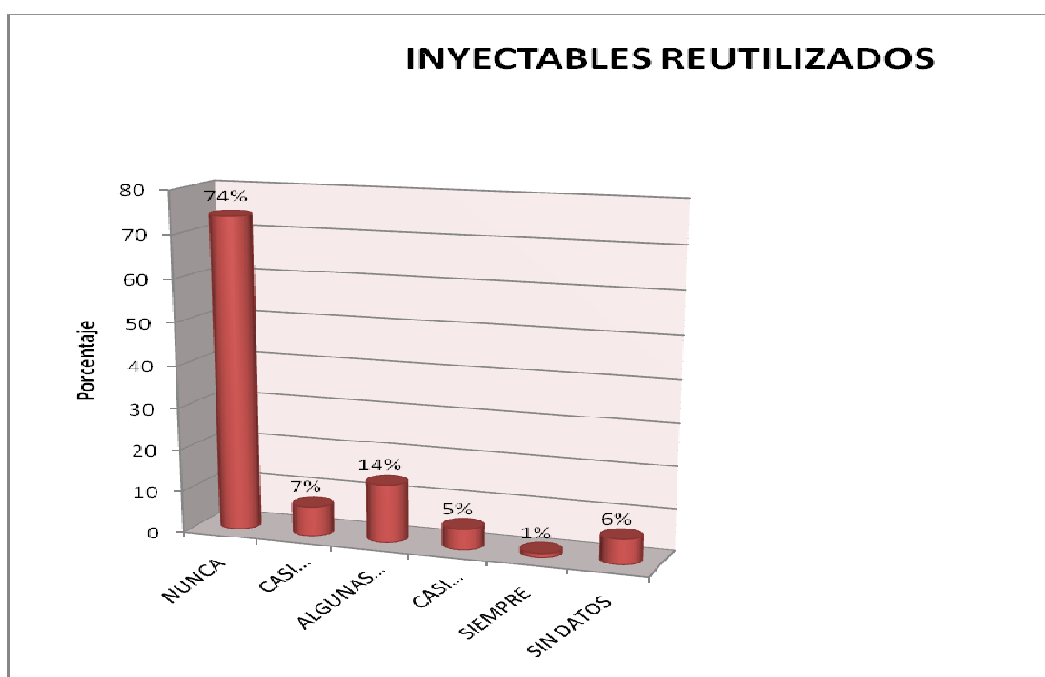


Gráfico de resultados 12. Equipos de inyección reutilizados⁶⁴

Frente a la confusión del nombre de algún paciente, el 48% de los interrogados expresó que nunca le había sucedido. “Casi nunca” fue la respuesta del 27,3%, “algunas veces” del

⁶² Ley 24.004. Ley Nacional de Enfermería. Ejercicio de la Enfermería. Funciones Art. 3. En Garay Oscar, Ejercicio de la Enfermería. Pág. 52 (9).

⁶³ Ibídem. Art 4. Pág 56.

⁶⁴ Es importante aclarar que en ésta pregunta existía la posibilidad de múltiple respuesta, y varios encuestados respondieron más de una opción, razón por la que el porcentaje total de respuestas es mayor al 100% .Nota del Autor.

19,8%, “casi siempre” del 1,8%. Una persona reveló que le ocurría siempre y 2 personas no dieron respuesta a esta pregunta.

Es de notar que esta respuesta se utilizó como control, dado que si bien puede ser una situación habitual, especialmente teniendo en cuenta la cantidad de pacientes atendidos durante la guardia, se considera poco verosímil la cifra revelada como “nunca”, ya que no se especificaba en la pregunta si la confusión tenía alguna consecuencia.

En cuanto a la confusión de número de cama y / o habitación, y su consiguiente consecuencia, por mínima que hubiese sido, la respuesta más numerosa con un 70% fue “nunca”, seguida en porcentaje por el 18,8% que respondió “casi nunca”. Un 9,4% contestó “algunas veces”; siendo el 50% de ellos Auxiliares de Enfermería y 50% Enfermeros Profesionales. Es decir, a pesar del nivel educativo, este tipo de eventos pueden suceder y como se mencionó en el marco teórico, pueden estar relacionados con una jornada de trabajo en doble turno, con distracción, o con exceso de confianza. Finalmente, 2 personas no contestaron esta pregunta.

Frente al pase de guardia, se encontró que se realizaba habitualmente y en su mayoría (66%), de manera verbal y escrita. El 70% de las personas encuestadas informó realizarlo paciente por paciente, lo que supone un factor protector frente a contar todas las novedades y asuntos relacionados con la totalidad de las personas que están siendo atendidas. El 56,6%, declaró hacerlo habitación por habitación, lo cual supone un “mayor control”, sobre los pacientes al verlos e identificarlos por su nombre y relacionar el mismo con su número de cama. El 3,7% de los encuestados no realizaba pase de guardia, siendo la mayoría de ellos Auxiliares de Enfermería.

El 14% de las personas encuestadas no respondió esta pregunta; sin embargo la mayoría expuso que la duración del pase de guardia, era menor a 15 minutos. Este último resultado lleva a la reflexión, si ése sería el tiempo suficiente para pasar, habitación por habitación y contar la totalidad de datos y novedades de los pacientes, sobre todo teniendo en cuenta la cantidad de pacientes asignados y la escasa cantidad de enfermeros presentes, debido al alto porcentaje de ausentismo de la institución. En el estudio “Eventos adversos en el cuidado de Enfermería”, realizado en México⁶⁵, se expone que el mayor número de eventos se relaciona con el cambio de turno y las horas pico, considerando estas para el turno matutino de 10:30 a 12:30 horas y para turno vespertino de 17:00 a 18:00 horas (25). Por ello, es de crucial importancia el estudio más profundo de las modalidades y particularidades del pase de guardia en la institución.

⁶⁵ Hernández Ana y colaboradores. Eventos adversos en el cuidado de Enfermería. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México. En Seguridad del paciente: Estrategias para la prevención de eventos adversos en la atención de enfermería. 2009.(25)

El 43% de las personas encuestadas - la mayoría Licenciados en Enfermería -, manifestó haber presenciado algunas veces equivocaciones y / o errores por parte de otros profesionales de la salud. El 25% informó que “casi nunca” había estado en una situación como la planteada, mientras que al 4% dicha situación le sucedía casi siempre. Resultan contradictorios los resultados al ítem consultado, porque se pone de manifiesto una mayoría que presencia errores en el quehacer de los otros profesionales de la salud, pero paradójicamente casi ninguno en el quehacer propio o de los pares (Gráfico de resultados 13.).

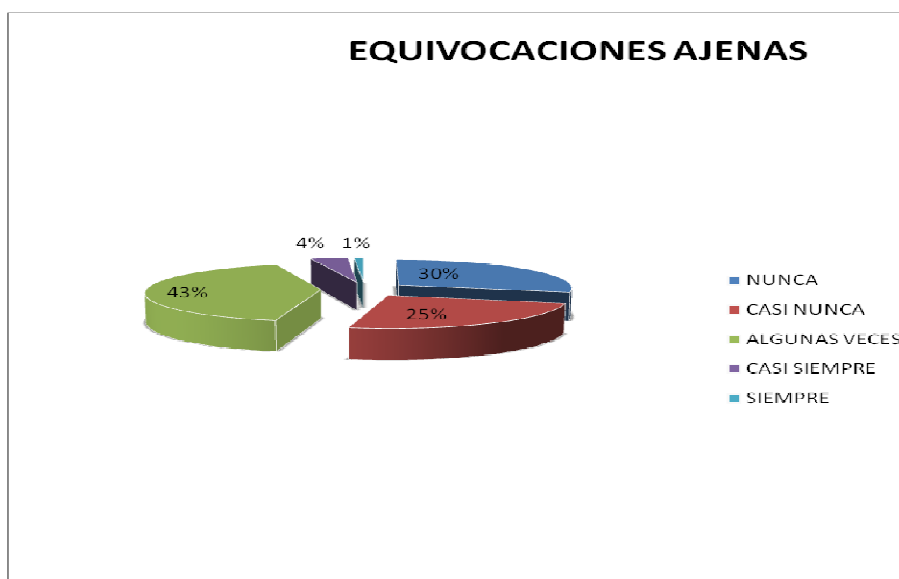


Gráfico de resultados 13. Equivocaciones de otros profesionales de la salud⁶⁶.

Frente a la notificación de eventos adversos ocasionados por otros profesionales, el 63% de los encuestados expresó que no había sido notificado, mientras que el 28,3% que sí había sido notificado. La mayoría de este último grupo estaba constituida por Licenciados de Enfermería, seguidos por Enfermeros Profesionales.

Es de mencionar en este punto, que 2 personas respondieron que ellos no notificarían un evento adverso cometido por otro profesional, porque éso era “secreto profesional”. Este

⁶⁶ Es importante aclarar que en esta pregunta existía la posibilidad de múltiple respuesta, y varios encuestados respondieron más de una opción, razón por la que el porcentaje total de respuestas es mayor al 100%. Nota del Autor.

comentario es importante, dado que da cuenta de una concepción errada del significado y representación del secreto profesional.

En cuanto a la notificación de un evento adverso ocurrido como un accionar propio, el 82% manifestó que lo notificaría, mientras que el 15% no lo haría. El 86 % expresó que se encontraba habitualmente en condiciones de trabajo estresantes. Las razones para no notificar este evento adverso fueron en orden descendente: 13% por miedo al daño del paciente, - lo cual resulta paradójico, ya que la notificación oportuna de un evento adverso puede llevar a la acción oportuna, para prevenir las consecuencias o la magnitud de las mismas -; el 6% por miedo a ser juzgado, 6% por miedo al despido, 5% otras razones , 4% por miedo a la reacción de la familia, 4% por miedo a perder la matrícula, 3% por miedo a las demandas (Gráfico de resultados 14.).

La presencia y manifestación de los miedos, que se encuentra en la población encuestada, puede relacionarse con el castigo por el error. Esto no es un temor injustificado, ya que, como lo expresa Martínez López *“El acto sanitario, como integrante del ejercicio profesional, está regulado por un conjunto de normas jurídicas y éticas que hacen que del mismo se deriven derechos y obligaciones”* .La responsabilidad encuentra su fundamento legal en la necesidad jurídica, que todo profesional sanitario responda ante las autoridades sociales de los daños y perjuicios ocasionados, por las faltas voluntarias o involuntarias, pero previsibles y evitables, realizadas en el ejercicio de su profesión(13). A su vez, un estudio llevado a cabo en una jornada de capacitación en la provincia de Buenos Aires, puso de manifiesto que los profesionales de Enfermería perciben una cultura punitiva al cometer y denunciar un error, experimentando culpa y angustia al cometerlo⁶⁷.

⁶⁷ Brunelli, Victoria. Octubre de 2010. La investigación como estrategia en el marco de seguridad del paciente. Jornada de Enfermería realizada por Fundación Alberto J. Roemmers. (16)

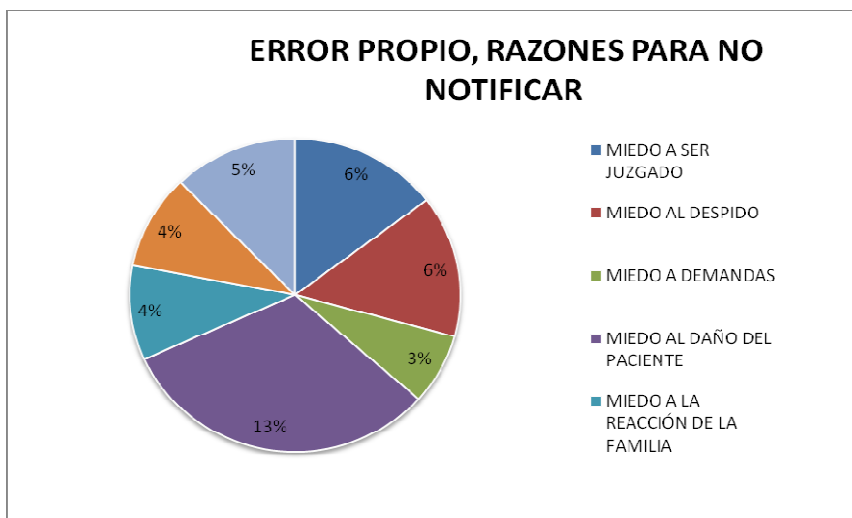


Gráfico de resultados 14. Razones para no notificar un error propio⁶⁸.

Frente al reporte general de los eventos adversos ocurridos en la institución, el 95% opinó que revestía importancia, un 1% - perteneciente al nivel de Auxiliar de Enfermería - no lo consideró importante y el 3,7% (Auxiliares de Enfermería en su totalidad), no respondió esta pregunta.

El 71% declaró tener pacientes que evolucionaron con úlceras por presión, la frecuencia de dicho evento fue en un 48% manifestada como “a veces”. Este ítem se relaciona con la importancia del cuidado de Enfermería, en razón a la prevención de este evento de morbimortalidad, ampliamente enunciado como uno de los eventos adversos que representan mayor preocupación, cuando se habla de seguridad del paciente.

6.4. PERCEPCION FRENTE A LOS EVENTOS ADVERSOS

Frente al estrés, el 70% de las personas encuestadas - en su mayoría Enfermeros Profesionales, que pertenecían a servicios de área cerrada como UTI - expresó tener condiciones de trabajo estresantes de manera habitual. Por otra parte, un 25% constituido casi en su totalidad por Auxiliares de Enfermería, declaró tener condiciones estresantes ocasionalmente.

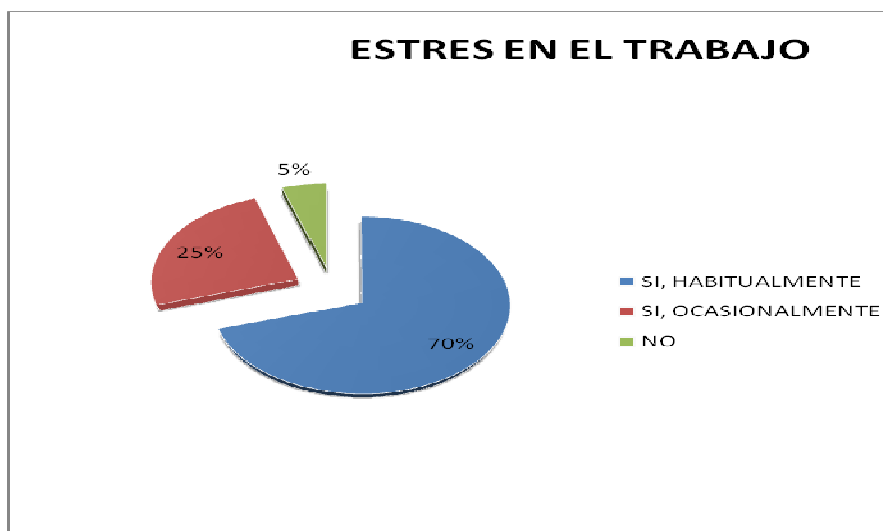
Las condiciones de trabajo estresantes están relacionadas con la cantidad de pacientes. Un 65% de las personas que manifestó tener asignadas durante su guardia más de 7

⁶⁸ Este gráfico representa al 15% de encuestados que manifestó que no notificaría el error, muchos de ellos señalaron varias causas para no notificarlo, razones que sumaron un 41%.

pacientes, expuso condiciones habitualmente estresantes. Tanto el alto coeficiente paciente - enfermero, como el estrés en sí mismo, se consideran factores de riesgo para la ocurrencia de eventos adversos. Según el CIE⁶⁹, los resultados en los usuarios son mejores cuando el número de enfermeras es alto con relación al de los pacientes. Además informa que *“los bajos niveles de enfermeras diplomadas y los ambientes organizativos deficientes han significado para las enfermeras riesgos mayores de lesiones por agujas”*, a ese riesgo para los profesionales, se suma el aumento del ausentismo, cuando los coeficientes enfermera-paciente no son los adecuados (18). De igual modo resultaría de interés el estudio del ausentismo laboral, teniendo en cuenta variables como el acoso laboral, ya que según algunos autores, el mismo está asociado al incremento del ausentismo laboral, la disminución de la satisfacción laboral y a los altos niveles de estrés, depresión, ansiedad e intención de abandono (24).

Asimismo, el alto porcentaje de ausentismo, conlleva a un ciclo interminable, que puede desencadenar en la ocurrencia de un evento adverso.

Resultaría de interés institucional indagar las causas del estrés, teniendo en cuenta que las mismas suelen ser multifactoriales: falta de control profesional, exceso de responsabilidades administrativas, conflictos laborales, legales, familiares y sobrecarga de trabajo. Esta última, según Gravenstein⁷⁰, es la primera causa de errores humanos y se debe a la demanda de productividad creciente (24).



⁶⁹ Consejo Internacional de Enfermería

⁷⁰ Gravenstein, JS y otros. Work and cycles in anesthesia practice. Anesthesiology 1990;72:737-42. En Seguridad del paciente quirúrgico (24).

Gráfico de resultados 15. Estrés en el trabajo

El 80% de las personas encuestadas consideró como aspecto de preocupación tanto personal como profesional, los efectos adversos dentro de la institución. Sólo un 1% no manifestó interés por los eventos adversos, mientras que un 4,7% no respondió a esta pregunta.

El 48% de los encuestados contestó que cuando ocurre un evento adverso se informa y se comparte con los compañeros de trabajo. El 14% manifestó que se oculta, el 1,8% que no se hablaba de lo sucedido y el 6,6% omitió la respuesta a esta pregunta (Gráfico de resultados 16.).

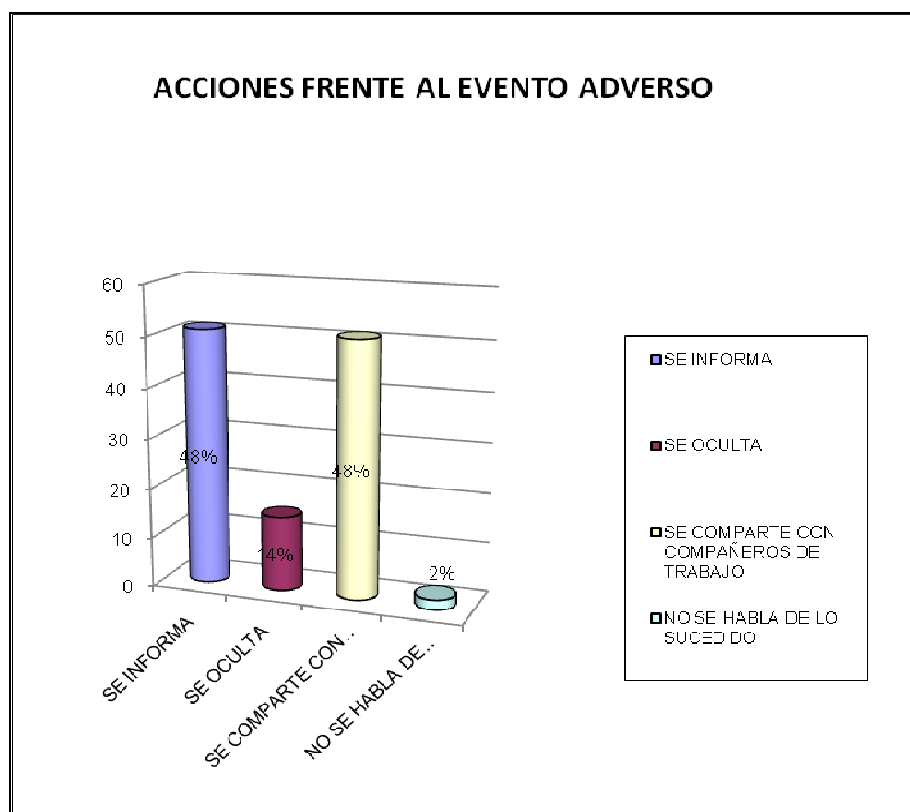


Gráfico de resultados 16. Acciones sobre el evento adverso⁷¹

⁷¹ Es importante aclarar que en esta pregunta existía la posibilidad de múltiple respuesta, y varios encuestados respondieron más de una opción, razón por la que el porcentaje total de respuestas es mayor al 100%. Nota del Autor.

En cuanto a la información propia sobre los eventos adversos, el 32% - en su mayor parte Enfermeros Profesionales -, consideró poseer información insuficiente y por ende le gustaría contar con mayor información. El 27% consideró tener información suficiente. El 9,4% expresó tener información amplia y suficiente. Paradójicamente, el último grupo estaba constituido mayoritariamente por Auxiliares de Enfermería (Gráfico de resultados 17.).

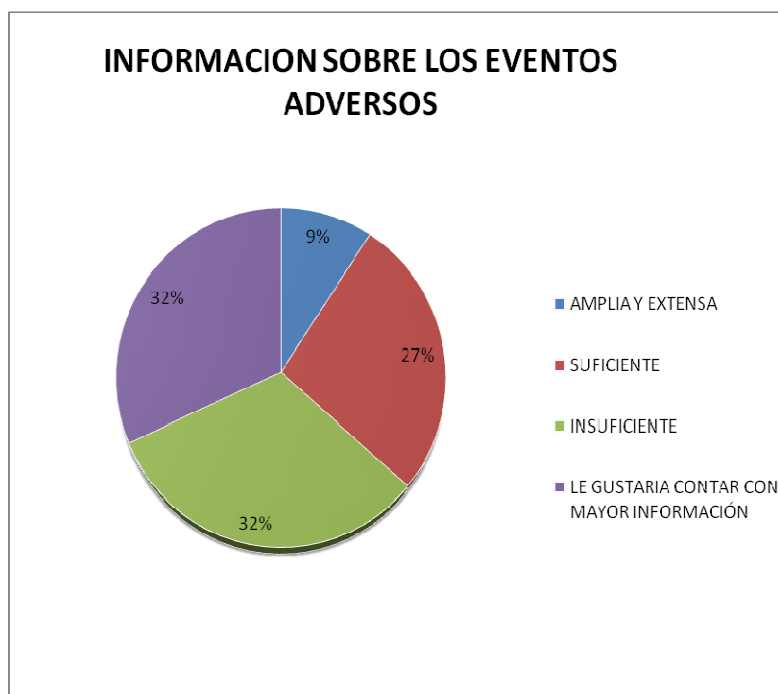


Gráfico de resultados 17. Información sobre los eventos adversos

Frente a la participación en la notificación de errores y eventos adversos en la institución, el 68 % reveló querer participar; siendo la mayoría de ellos Enfermeros Profesionales. Esta situación es considerada como positiva, ya que el personal manifestó la necesidad de notificación, seguramente encaminada a la realización de actividades de prevención del error y los eventos adversos.

6.5. GUÍA DE OBSERVACIÓN

Debido a la oposición abierta por parte de algunos enfermeros en una de las salas de Clínica Médica, la guía fue realizada en 12 salas, en servicios donde pudo aplicarse la encuesta.

Se pudo observar que existían tareas propias de los enfermeros como la realización de control de signos vitales, que eran realizadas por los profesionales médicos, dicha situación genera un aspecto de preocupación profesional, debido a que se ceden tareas propias del quehacer de Enfermería, probablemente debido a los bajos coeficientes enfermera-paciente, entre otras causas.

Durante la aplicación de la guía de observación, sólo en uno de los servicios encuestados se utilizaban rótulos para las soluciones parenterales. Sin embargo, el mismo se encontraba incompleto, ya que sólo mencionaba la solución infundida, no existiendo datos de goteo (dosis indicada), hora de inicio, nombre del usuario, persona que preparó la infusión ni hora. Estas omisiones suponen factores de riesgo importantes, ya que no existe un control de la dosis horaria y la cantidad total indicada, además, del riesgo de equivocación del usuario. Sí a esto se aúna la cantidad de pacientes por enfermero, se presenta un riesgo real de que sucedan efectos adversos.

En las áreas cerradas, fue frecuente encontrar rótulos pegados en las bombas de infusión con el nombre de los medicamentos infundidos. Sin embargo, los mismos no contaban con el nombre del paciente, no especificaban como se había realizada la dilución, ni la cantidad total a ser infundida. Frente a este punto, es necesario ahondar en el estudio de los eventos relacionados con la preparación y administración de medicamentos, ya que como lo menciona el estudio “eventos adversos en el cuidado de Enfermería (México 2004)” (25), la segunda causa de eventos adversos en el Instituto Nacional de cardiología Ignacio Chávez, fue “los errores en la administración de medicamentos”.

En cuanto a la identificación de los usuarios, en todos los servicios observados se identificaba al paciente por el número de cama y no por el nombre del usuario (ej., El Sr. de la habitación 12.), lo cual supone un riesgo real de confusión del paciente, potenciando la posibilidad de ocurrencia de eventos adversos.

En relación a la existencia de protocolos, no se evidenció presencia de los mismos en ninguno de los servicios. En el servicio de Quemados existía en el lugar de preparación de medicamentos una tabla informativa para realizar la reposición de líquidos. Como lo manifiesta Castaño, es conveniente que los servicios tengan protocolos de actuación, “*que como premisa han de estar en consonancia con las normas universales*” (24). Los servicios deben tener los protocolos convenientes para la práctica, en el medio determinado de trabajo. Es conveniente que estos protocolos se apliquen habitualmente y estén actualizados, de esta forma se facilita el trabajo y se lleva a cabo con mayor seguridad (24).

La ausencia de protocolos de actuación, sumado a la falta de información, constituye claramente factores de riesgo para la aparición de eventos adversos, tal como lo manifiesta Martínez, López⁷². Asimismo, las acciones dirigidas a la simplificación y estandarización de proceso, checklist y recordatorios (aide memoires) que ayuden a trasladar el conocimiento a la atención del paciente y las tecnologías de la información y de la comunicación, junto con los programas de gestión del riesgo, quizás ayuden a concretar en qué situaciones y en qué porcentaje suceden los errores, mejorando así la seguridad de los pacientes (16).

Es de notar que en ninguno de los servicios se observó la presencia de vademécum de medicamentos. Sin embargo cuando se interrogó sobre la presencia del mismo en el servicio, las personas encuestadas dijeron que, si bien no había en los servicios, estaba disponible en la farmacia, pero para obtenerlo debían desplazarse hasta la misma. Esto genera una barrera importante, sí se tiene en cuenta que el prominente número de pacientes y el elevado grado de ausentismo, pueden ocasionar que los enfermeros no dispongan del tiempo ni de los elementos necesarios para aclarar dudas sobre dosis, presentación y vías de administración de medicamentos indicados, generándose un factor de riesgo para la ocurrencia de errores.

En cuanto a la higiene de manos, sí bien no pudo evidenciarse durante la observación la técnica de los enfermeros, en 3 de los 12 servicios observados se encontraron carteles alusivos a la técnica e importancia del lavado de manos.

Frente al uso único de dispositivos de inyección, no pudo observarse ampliamente. Sin embargo, los enfermeros manifestaron que era poco frecuente, debido a que al momento de la observación, había disponibilidad suficiente de insumos.

En cuanto a la desconexión de alarmas, no se presenció la desconexión de ninguna de ellas en los servicios observados donde había pacientes monitorizados. Sin embargo, en el servicio de Unidad Coronaria, el monitor marcaba con alarma sonora y visual hipertensión arterial en un paciente que se encontraba recibiendo Nitroglicerina (medicamento de uso para control de la hipertensión arterial). Del mismo modo, en el servicio de Neonatología, el sonido constante de alarmas y la falta de revisión de las mismas, hace suponer la rutina del sonido de éstas y por ende un factor de riesgo muy importante, en razón a que puede presentarse una situación de emergencia con los pacientes, y los enfermeros no reaccionar a la misma inmediatamente.

Durante la observación, pudo evidenciarse que era frecuente en algunos servicios que se hablara constantemente con algún compañero durante la preparación de algunos medicamentos. Esta situación fue presenciada en los servicios de clínica médica y la sala de traumatología, suponiendo un factor de riesgo real, ya que como se manifestó

⁷² Martínez López Op.Cit.

anteriormente, son factores predisponentes a la ocurrencia de eventos adversos la falta de atención y / o distracción y el exceso de confianza (8).

Frente a la aplicación de los “cinco correctos” (5C): “Nombre correcto”, “medicamento correcto”, “dosis correcta”, “hora correcta”, “vía correcta”, no pudo observarse la aplicación de los mismos en los servicios observados, ya que si bien se presencié la preparación de algunos medicamentos, no así la administración de los mismos.

Respecto a la verificación de los “cuatro correctos” (4C): para el “paciente quirúrgico - paciente correcto”, “cirugía correcta”, “sitio quirúrgico correcto”, “horario correcto”, el único servicio observado de usuarios quirúrgicos que eran trasladados a quirófano, fue el servicio de Quemados. Cuando se preguntó informalmente a los enfermeros, sobre cómo verificaban el paciente correcto y procedimiento correcto, ellos manifestaron que no se realizaba verificación, puesto que el servicio disponía de un quirófano exclusivo para la realización de curaciones y procedimientos a los pacientes del servicio. La reglas de los “5C” y de los “4C”, resultan fundamentales en la prevención de eventos adversos y es considerada por la Joint Commission International Center for Patient Safety como una prioridad, tal como lo menciona Ruelas (19).

Durante la realización de las fichas de observación, no fue posible verificar la realización de curaciones, cambio ni conexión de catéteres, administración de alimentación enteral y / o parenteral, ni colocación de sondas.

Frente a la rotación reglada de pacientes, solamente fue evidenciada en dos servicios de los doce observados, (quemados y neurocirugía). Sin embargo, es de notar que en el servicio de Unidad Coronaria, al ser consultados acerca de la rotación de los pacientes, se obtuvo como respuesta: “...los Kinesiólogos rotan al paciente generalmente por la mañana...” “... Sí tiene colchón de aire, el mismo previene las escaras...”. Esto demuestra un profundo desconocimiento por parte de los Enfermeros sobre la prevención de las úlceras por presión. El colchón de aire, sí bien es un elemento que ayuda a la prevención, no es el único cuidado y para la previsión de aparición de úlceras por presión, se deben tener en cuenta la realización de varias actividades secuenciales y frecuentes para el cuidado de la piel.

En ninguno de los servicios se observó que se realizara educación al paciente y / o a los familiares.

Si bien no se evidenció cansancio físico en los enfermeros encuestados, se pudo evidenciar ansiedad relacionada con la cantidad de pacientes y la cantidad de enfermeros, manifestado verbalmente por ellos mismos. Según el CIE, en todo el mundo los sistemas de atención de salud se ven forzados por sus limitados recursos y las crecientes demandas que pesan sobre sus servicios. Las enfermeras, por ser el grupo más numeroso de los

profesionales de la atención de salud, han experimentado importantes cambios en su vida y en su entorno de trabajo, cuando los sistemas han tratado de resolver esos problemas. A medida que la carga de trabajo se incrementa y el número de enfermeras por paciente disminuye, los pacientes y los trabajadores de atención de salud, en todo el mundo, se exponen a un riesgo mayor (18).

Frente al uso de barandas en pacientes que así lo requieren, se observó su uso en servicios de quemados, urgencias y neurocirugía. En el resto de los servicios observados, las camas no poseían barandas, sí bien la presencia de pacientes añosos suponían su uso. Esto constituye un factor de riesgo de caídas para este tipo de pacientes, y si a ello se aúna el alto coeficiente paciente / enfermera y el elevado grado de ausentismo, la institución se enfrenta a un riesgo real de sucesión de eventos adversos. Asimismo, las caídas representan gran importancia, ya que como es expuesto por Martínez López, este tipo de evento adverso representa en España la primera causa de reclamación a profesionales de Enfermería, con su consecuente resarcimiento económico (13).

En los servicios observados no se relevaron situaciones donde se cumplieran indicaciones médicas verbales en momentos no urgentes. Sin embargo, pudo observarse dificultad en la lectura de algunas indicaciones médicas por letra ilegible.

En cuanto al control del carro de paro por escrito, se evidenció que no se realizaba en ninguno de los servicios observados. Resulta inquietante que en las áreas de clínica médica, traumatología, las salas de cirugía y el área de neurocirugía, no disponían de carro de paro en el servicio. Los enfermeros relataron que, en caso de presencia de un paro, se debía llamar vía telefónica a los médicos para que trajeran el carro y además asistieran al paciente. Dicha situación representa un gran riesgo para los pacientes que presenten este tipo de cuadro clínico, ya que se pierden minutos valiosos en cuanto a reanimación cardiocerebropulmonar. Asimismo, es necesario que los enfermeros cuenten con entrenamiento de reanimación básica y avanzada para el manejo eficaz de ese cuadro. Esta situación es claramente un riesgo real de ocurrencia de eventos adversos en la institución.

En cuanto al conocimiento en el uso de monitores, sólo se evidenció el mismo en 6 servicios de los 12 observados. El conocimiento de los monitores, fue manifestado y parcialmente evidenciado en los servicios de Unidad Coronaria y Quemados. En los otros 4 servicios se observó dificultad en el manejo de los monitores, manifestando los enfermeros desconocimiento en su uso. La inadecuada orientación, el escaso entrenamiento, la deficiencia en la interpretación de signos y síntomas, relacionada con el desconocimiento del uso de equipos, aunados a la sobrecarga de pacientes bajo la responsabilidad de una misma enfermera, se relacionan con la ocurrencia de eventos adversos, tal como lo manifiesta Kinsel (25).

En cuanto a la relación entre la cantidad de enfermeros y la cantidad de pacientes; se encontró que era insuficiente, excepto en el servicio de quemados, donde los enfermeros expresaron que la relación era de 1, 1.5 pacientes por enfermero. En algunos servicios observados, la relación de pacientes /enfermeros fue en promedio de 7 pacientes por enfermero y se evidenció un servicio con 19 pacientes y un solo enfermero, estando la causa de esta situación relacionada con la ausencia de los otros enfermeros asignados a ese servicio.

7. CONCLUSIONES EMERGENTES Y DESAFÍOS PENDIENTES

7.1. CONCLUSIONES

✓ La institución estudiada contaba con un 52% de personal profesional (profesionales / universitarios y licenciados), lo cual es de vital importancia, en razón a que varios autores, han determinado como causa de eventos adversos, la insuficiente formación académica, la inadecuada orientación y entrenamiento y la falta de motivación para continuar con el aprendizaje. En relación con el nivel académico, el porcentaje del mismo es un factor protector para la institución. Sin embargo, resultaría necesario profundizar en la motivación para continuar con la formación, ya que el escaso discernimiento científico y la falta de preparación para el correcto análisis de las fuentes de conocimiento, aunado a una escasa educación continuada, que permita la adquisición de información veraz y actualizada, constituyen factores de riesgo para la ocurrencia de eventos adversos. Por otro lado, la participación activa, la capacitación constante y la motivación de Enfermería protege a los usuarios de prácticas inseguras.

✓ El bajo porcentaje de pluriempleo (26%) se considera un factor protector frente a los eventos adversos, ya que como lo menciona Estrada (8) el “doble turno” o doble empleo es considerado como uno de los factores que influyen en el desarrollo de errores en la medicación. Asimismo, otras causas de eventos adversos serían la sobrecarga de trabajo, la fatiga, el estrés y la cantidad de horas que trabaja el personal.

✓ La situación de pluriempleo se relaciona con la inconformidad manifestada por los enfermeros frente a la remuneración económica recibida en la institución. Esta situación justificaría, según la Federación de Enfermería Argentina, el déficit de profesionales en el País, la precariedad de las condiciones de trabajo y la baja remuneración.

✓ Sí bien se encontró que el 62% contaba con entre 5 y 26 años de antigüedad en la profesión, la falta de motivación por la capacitación genera un factor de riesgo real, ya que la rutina en las tareas y actividades, conducen al conformismo de la práctica asistencial. Sí bien la experiencia es muy importante, la destreza por sí misma no puede garantizar la prevención de eventos adversos, la misma debe estar acompañada de capacitación permanente. Los conocimientos en salud deben ser renovados sistemáticamente, debido al permanente avance de la ciencia y la tecnología. A pesar de los resultados anteriores,

paradójicamente los encuestados manifestaron motivación para continuar en la Institución por ser un Hospital Escuela.

✓ La cantidad de horas trabajadas a la semana por los encuestados se considera un factor protector institucional, ya que el cansancio, la fatiga, el estrés y la falta de descanso están ampliamente relacionados con la ocurrencia de eventos adversos.

✓ Los coeficientes enfermero - paciente en la Institución fueron deficientes, lo cual pone de manifiesto una situación de riesgo real, ya que la relación de enfermero- paciente está altamente relacionado con la seguridad de los pacientes, en tanto se aumentan condiciones de morbilidad en las situaciones en que el número de usuarios supera la relación de 4 a 1 para pacientes de internación general (18). Por otro lado, la sobrecarga de trabajo, la fatiga y el estrés, están ampliamente relacionados con el ausentismo laboral, que en la institución estudiada presentaba un alto grado y que entorpece la mejora de los coeficientes enfermera - paciente.

✓ La actuación de Enfermería en el ámbito institucional es propensa a la ocurrencia de eventos adversos, sin embargo los errores no son atribuibles únicamente al ejercicio de la profesión. Sí bien algunos profesionales de diferentes disciplinas consideran que la seguridad de los pacientes incumbe ante todo a la enfermería como lo manifiesta Kinsel, los errores pueden atribuírseles a ellas y no a fallos del sistema o a fallas en procesos institucionales donde no necesariamente participa Enfermería. No obstante, las pruebas demuestran que la vigilancia de las enfermeras protege a los pacientes contra prácticas inseguras (25).

✓ Los enfermeros son actores de vital importancia en la prevención de eventos adversos, aunque no son los únicos actores. Por tanto, el abordaje de la seguridad del paciente requiere de participación inter y multidisciplinaria, acompañada de políticas de calidad global institucional que incluyan la importancia de la gestión de seguridad del paciente, cuyas directrices y objetivos deben ser conocidos por todos los miembros del equipo de salud, incluido personal de Enfermería, liderados por la dirección de la institución.

✓ Indudablemente la seguridad del paciente es competencia y deber de Enfermería, en tanto que las actividades asistenciales que se realizan diariamente con los usuarios, requieren de conocimiento, experiencia y calidad.

✓ La presencia de errores en la medicación merece un estudio más profundo y específico, en razón a que es una de las principales causas de eventos adversos enunciadas por la mayoría de autores consultados. Los errores en la medicación están mediados por el desconocimiento, la falta de formación académica, la rutina, el exceso de confianza, las condiciones estresantes, el número de pacientes, la sobrecarga de trabajo, la fatiga y distracciones entre otras. Además la ausencia de protocolos de administración de

medicamentos, aunado a la deficiencia de fuentes de información sobre presentación, dosis y vía de administración genera un riesgo real de ocurrencia de eventos adversos.

✓ Es importante estudiar con mayor profundidad el fenómeno de “intrusismo en la profesión” y la evaluación de las competencias correspondientes a cada nivel de formación en Enfermería, teniendo como marco de referencia la ley 24004.

✓ Debido a que estudios sobre eventos adversos (25) revelan que la mayor exposición a eventos adversos se relaciona con el cambio de turno y las horas pico, representa interés realizar un estudio más exhaustivo de las modalidades y particularidades del pase de guardia en la institución.

✓ A pesar que el 82% de las personas encuestadas manifestó que notificaría un error si llegara a suceder, se hace necesario implementar un sistema de notificación de eventos adversos. La ausencia de registros institucionales sobre eventos adversos no permite el uso de información veraz que permita visualizar la dimensión real del problema en el establecimiento. La falta de sistemas de comunicación y análisis de eventos adversos no ha permitido el registro, la supervisión, el análisis y control de incidentes, como tampoco la creación de estrategias de prevención en un marco de calidad, basadas en la gestión de seguridad del paciente.

✓ El error fue considerado por los enfermeros como un acto punible que debía ser castigado. Existía miedo frente al reporte de eventos adversos dentro de la institución, razón por la cual se encontró “resistencia” al tema, evidenciada por los comentarios que expresaron algunos de los participantes y por la abstinencia en la respuesta de las preguntas que hacían mención al error. La responsabilidad profesional está fundamentada en la necesidad jurídica que todo profesional sanitario responda ante las autoridades sociales de los daños y perjuicios ocasionados, por las faltas voluntarias o involuntarias, pero previsibles y evitables, realizadas en el ejercicio de su profesión (13).

✓ La presencia de estrés institucional es un factor que requiere atención. Una de las causas manifestadas por los participantes fue el elevado número de pacientes asignados durante la guardia. Resultaría importante profundizar en el tema, ya que como ha sido mencionado por la mayoría de los autores consultados, el estrés constituye un factor de riesgo para la ocurrencia de eventos adversos. Las causas multifactoriales del estrés como: la falta de control profesional, el exceso de responsabilidades administrativas, los conflictos laborales, legales y familiares y la sobrecarga de trabajo (24) pueden por su parte ocasionar incremento del ausentismo, disminución de la satisfacción laboral, depresión, ansiedad e intención de abandono.

✓ La manifestación de colaboración frente a la notificación de los eventos adversos (68%), constituye un factor protector institucional. El reporte de los incidentes se hace

necesario para la clasificación, supervisión y creación de estrategias tendientes a la prevención de los eventos adversos. Además el reporte de incidentes permitirá el análisis de información veraz, que permita conocer la situación real frente al tema y permitirá un avance importante en la creación de una cultura de seguridad del paciente.

✓ Es necesario generar estrategias tendientes a la correcta identificación de los usuarios. Dado que en la institución se identificaban los pacientes por número de cama (ej. La Sra. de la cama 5), las probabilidades de equivocación y de identificar de manera errada a los usuarios son altas, con la consecuente posibilidad de ocurrencia de eventos adversos.

✓ La ausencia de protocolos y la falta de información constituyen factores de riesgo para la aparición de eventos adversos. Es conveniente que los servicios tengan protocolos de actuación, que sean pertinentes para la práctica, que se apliquen habitualmente y que se actualicen periódicamente, de esta forma se facilita el trabajo y se lleva a cabo con mayor seguridad. (24)

✓ La falta de elementos para atención de situaciones críticas (RCCP), sumado a la escasa capacitación sobre manejo de monitores y otros equipos electrónicos de uso habitual en el área asistencial (cardiodesfibriladores), y la precariedad de conocimientos sobre los cuidados de la piel y prevención de úlceras de presión, representan una contingencia frente a la aparición de eventos adversos. Aunado a ello la ausencia de programas de educación incidental, la falta de capacitación permanente de los enfermeros, representa un riesgo real, ya que los profesionales asistenciales, necesitan formación para interpretar los riesgos de sus actos. Asimismo la probabilidad de fallo o decisión inexacta, se incrementa por la ausencia de criterios sobre diagnóstico y pronóstico (13), y dichas acciones están relacionadas con escaso discernimiento científico ó falta de preparación para el correcto análisis de las fuentes de conocimiento.

✓ La falta de motivación, de significación y autoestima profesional, conlleva a ceder tareas propias del Enfermero a otras profesiones, poniendo en riesgo la calidad asistencial y la seguridad de los usuarios. Asimismo, la formación académica y la experiencia son factores que pueden ayudar a garantizar calidad asistencial, sin embargo no son excluyentes en la aparición de eventos adversos, ya que se hace necesario implementar programas de capacitación continua y acceso a información veraz con fundamentación científica, que complementen constantemente la formación académica.

✓ La escasa información alusiva a la higiene de manos constituye un factor real de ocurrencia de eventos adversos. El fomento de buenas técnicas de lavado de manos, con información veraz y accesible, que permita fomentar esta práctica, altamente demostrada como factor protector para la prevención de infecciones intrahospitalarias, genera

herramientas de vital importancia para la creación de una cultura de seguridad del paciente en la institución.

✓ El riesgo de la ocurrencia de eventos adversos existe dentro de la actividad asistencial de Enfermería, razón por la que es importante la concientización y gestión realizada por este grupo de trabajadores. Sin embargo no es solo competencia de los Enfermeros, la seguridad del paciente, se requiere de un trabajo inter y multidisciplinario que incluya al personal directivo de la institución.

✓ La ausencia de cultura institucional de seguridad del paciente, frente al número de pacientes atendidos representa una contingencia de importancia para la ocurrencia de eventos adversos. Es por ello que resulta necesario una oportuna intervención, que incluya a todos los actores institucionales inmersos en la atención asistencial.

7.2. RECOMENDACIONES

✓ Crear y promover programas de educación incidental, como una herramienta fundamental, que permita el desarrollo de la gestión de calidad y seguridad de los usuarios, involucrando al personal de enfermería en jornadas de concientización y capacitación sobre seguridad del paciente, en un marco de mejora de la calidad institucional, incluyendo a los entes educativos existentes, en el aprovechamiento de la condición institucional de Hospital-Escuela.

✓ Propiciar espacios institucionales multidisciplinarios, que permitan la generación de alternativas y propuestas para la generación de estrategias tendientes a la prevención del error y la creación y difusión de una cultura institucional de seguridad del paciente.

✓ Profundizar en el estudio y realización de protocolos de administración de medicamentos y los eventos adversos relacionados con esta práctica. Organizar grupos de trabajo multidisciplinario, que permitan análisis de información y actualización constante de dichos protocolos, propiciando encuentros de grupos de Enfermería para el análisis de acciones que permitan una administración segura de medicamentos.

✓ Analizar y profundizar el fenómeno del ausentismo institucional, teniendo en cuenta la multifactorialidad de dicho fenómeno, creando estrategias que permitan su disminución y por ende la optimización de los coeficientes enfermero / paciente.

✓ Formar un equipo de trabajo, conformado por diferentes actores institucionales, entre ellos personal de Enfermería, para el análisis y discusión de la información y la elaboración de protocolos de actuación asistencial coherentes con la realidad institucional.

- ✓ Identificar las causas de estrés en los enfermeros y propiciar actividades y acciones tendientes a su disminución y manejo, desde una perspectiva multifactorial y multidisciplinaria.
- ✓ Incentivar la notificación y el análisis de eventos adversos inicialmente de manera anónima, a través de buzones u otros medios destinados para tal fin. De esta forma se podría tener un registro que permita la toma de decisiones frente a los eventos más frecuentes y fomentar actividades que permitan la consolidación de una cultura de seguridad del paciente, en un marco de calidad institucional.
- ✓ Generar estrategias que permitan la correcta identificación del usuario y su ubicación institucional.
- ✓ Generar acciones que permitan la identificación de usuarios con riesgo de caída y la prevención de las mismas, gestionando la adecuación de elementos de protección de los pacientes, como barandas para las camas y soportes en paredes y baños, que permitan una movilización segura, además de brindar educación a los familiares y acompañantes.
- ✓ Incentivar el control, reporte y registro de infecciones intrahospitalarias, reforzando la importancia del lavado de manos, el manejo de catéteres endovenosos, cuidado y prevención de heridas y el uso correcto de antibióticos, a través de protocolos de preparación, conservación y administración correcta.
- ✓ Fomentar la motivación por la educación continua, a través de jornadas de capacitación y participación en congresos, jornadas de aprendizaje, incluyendo a todos los miembros académicos de la institución y aprovechando la condición de Hospital-Escuela.
- ✓ Integrar a los miembros educativos y académicos de la Institución en la proyección de programas de profesionalización del personal Auxiliar de Enfermería, dentro de la institución o a través de convenios docente - asistenciales con otras instituciones.
- ✓ Fomentar la participación de la familia en las actividades básicas de cuidado del usuario de baja complejidad, como estrategia de seguridad que permita paliar el elevado grado de ausentismo, ofreciendo educación a los pacientes y familiares y haciéndolos partícipes de los encuentros de seguridad del paciente.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Aranáz Andrés J. y otros, febrero de 2006, Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Ministerio Español de Sanidad y consumo, Dirección General de Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Madrid, España.
2. Aranáz Andrés, Jesús y otros. 2009, Estudio IBEAS, Estudio de prevalencia de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica. Ministerio de Sanidad y Política Social Gobierno de España .Madrid, España.
3. Campaña, Gonzalo. Junio 2006, Errores médicos en el ambiente quirúrgico. Como prevenirlos. Parte I. Generalidades. Rev. Chilena de Cirugía. Vol. 58 - Nº 3, (págs., 235 – 238).Santiago de Chile.
4. Centro de Prensa, Organización mundial de la salud, disponible en <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/>
5. Consejo Internacional de Enfermería (CIE), Hojas Informativas “La Enfermería importa”, disponible en http://www.icn.ch/matters_errorsp.htm.
6. Chiavenato I. Administración de Recursos Humanos. 5ª ed. Mc Graw-Hill: 2, 7, 8,588,589,594; en Ruelas Barajas, Enrique y otros.2007, Seguridad del paciente hospitalizado. Editorial Médica Panamericana: Instituto Nacional de Salud Pública. México D.F.
7. *Díaz-Navarraz, María Teresa y otros, 2007. GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LA ASISTENCIA SANITARIA: INDICADORES, ERRORES MÉDICOS.* Gestión de la calidad en la asistencia sanitaria. Medicina Preventiva y S. Pública. Universidad de Navarra. Pamplona, Navarra, España.
8. Estrada de Ellis, Silvina y Celano Constanza. 2010. Impacto del Error de Medicación en los Enfermeros de un centro privado en la Ciudad de Buenos Aires. Pág. 91 -121. Jornada de Enfermería realizada por la Fundación Alberto J. Roemmers el día 5 de octubre de 2010 en el teatro Gran Rex de Buenos Aires.
9. Garay, Oscar E, 2005, Ejercicio de la Enfermería. Colección Responsabilidad Profesional e Institucional en Salud. Segunda parte, capítulo I. Responsabilidad Profesional de Enfermería .Responsabilidad Civil. Ed. Ad- Hoc.Buenos Aires, Argentina.
10. García, Emilio y otros. 2009, Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Séneca, INFORME TÉCNICO DICIEMBRE 2008, Madrid, España.

11. Hasenfeld, Yeheskel. Organizaciones al servicio del hombre. Fondo de cultura económica 1990: 14-16; en Ruelas Barajas, Enrique y otros.2007, Seguridad del paciente hospitalizado. Editorial Médica Panamericana: Instituto Nacional de Salud Pública. México D.F.

12. Iraola, Lidia. Apuntes sobre la responsabilidad médica legal y la mala praxis. La presencia en el tema de la Asociación Médica Argentina y sociedades médicas afines. Disponible en http://www.ama-med.org.ar/peritos_articulos1.asp?id=102.

13. Martínez López, Francisco.J.2001, Manual de Gestión de Riesgos Sanitarios. Ed. Díaz de Santos, Madrid, España.

14. Organización Mundial de la Salud, 2002, 55 Asamblea Mundial de la Salud, Informe de la secretaría A55/13, 23. Calidad de la atención: Seguridad del paciente. Ginebra, Suiza.

15. Ley de Derechos del Paciente, 2009. Ley 26.529. Disponible en: <https://groups.google.com/group/fibroamerica/web/ley-de-derechos-del-paciente-ley-26-529>.

16. Martí, Manuel Luis y Estrada de Ellis Silvina.2010. Seguridad del Paciente (Compilado). Actas de la Jornada de Enfermería realizada por la Fundación Alberto J. Roemmers el día 5 de octubre de 2010 en el teatro Gran Rex de Buenos Aires.

17. Ortiz, Zulma.2007, Implementación de un programa para el mejoramiento de la seguridad en la atención médica de pacientes. Primera Edición, Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. Buenos Aires, Argentina.

18. Página Informativa CIE, la Enfermería Importa: Coeficientes de pacientes por enfermera. Disponible en http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/9c_FS_Coeficients_pacientes_enfermeras-Sp.pdf. Consultado el día 25 de marzo de 2011.

19. Ruelas Barajas, Enrique y otros.2007, Seguridad del paciente hospitalizado. Editorial Médica Panamericana: Instituto Nacional de Salud Pública. México D.F.

20. Ruelas E, Sarabia O. La seguridad del paciente en unidades hospitalarias.FAC, UNAM, 2004. En Barajas, Enrique y otros.2007, Seguridad del paciente hospitalizado. Editorial Médica Panamericana: Instituto Nacional de Salud Pública. México D.F.

21. Tomey, Ann Marriner. 1998. Administración y Liderazgo en Enfermería. Ed. Harcourt Brace. Quinta Edición .Madrid.

22. Taliercio, Alicia Etelvina 2003. Manual de Derecho Privado. Ed. Quórum .Argentina.

23. Enfermería Argentina y su realidad 2009. Revista Federación Argentina de Enfermería. Disponible en http://www.faeweb.org.ar/jmla/index.php?option=com_content&view=article&id=70:enfermeria-y-su-realidad-actual-&catid=6:fae&Itemid=32. Consultado el 10 de mayo de 2011.

24. Castaño, Juan y otros. 2010. Seguridad del paciente quirúrgico. Ed. Ergon. Madrid. España.

25. Kinsel, Patricia Guadalupe. 2009. Seguridad del paciente: Estrategias para la prevención de eventos adversos en la atención de enfermería. En revista El ser enfermero. Año 2, número 5, febrero de 2009. Buenos Aires, argentina.

10. ANEXOS

10.1. GUÍA DE OBSERVACIÓN

FECHA: _____ SERVICIO: _____ TURNO: _____

1. Se encuentran medicamentos organizados y rotulados por nombre genérico.

SI ____ NO ____ .OBSERVACIONES: _____

2. Uso de rótulo que contenga nombre del paciente, sustancias diluidas, tiempo de infusión, persona que preparó la dilución, fecha y hora, en todas las preparaciones enterales y parenterales, diluidas y administradas.

SI COMPLETOS _____ SI INCOMPLETOS _____ DATOS
FALTANTES _____

NO SE REGISTRAN DATOS _____
.OBSERVACIONES. _____

3. Identificación de los usuarios por nombre completo, tanto en historia clínica, como report de enfermería (si lo hubiese), como en habitaciones, como en recipientes de medicación (sí los hubiese)

SI COMPLETOS _____ SI INCOMPLETOS _____ DATOS
FALTANTES _____

NO SE REGISTRAN DATOS _____
OBSERVACIONES. _____

4. Existencia de protocolos visibles y al alcance de todos los enfermeros de administración de medicamentos y electrolitos. SI ____ NO ____ .
OBSERVACIONES _____

5. Higiene de manos realizada por personal, según protocolo de la institución.
SI _____ NO _____.OBSERVACIONES. _____

6. Uso único de dispositivos de inyección.
SI _____ NO _____.OBSERVACIONES. _____

7. Se presencia la desconexión de alarmas sin razón aparente y sin solucionar el motivo que desencadenó la activación de la misma.
SI _____ NO _____.OBSERVACIONES. _____

8. Se presencian distractores en el momento de la preparación de medicamentos por parte de los enfermeros
SI _____ NO _____.OBSERVACIONES. _____

9. Se ejecuta una indicación médica aún cuando no es clara

SI _____ NO _____.

Previa la ejecución de la indicación se realiza alguna consulta Si _____ NO _____.

A quien se le realiza la consulta

OBSERVACIONES. _____

10. Administración de medicamentos previo chequeo de 5 correctos (Nombre correcto, medicamento correcto, dosis correcta. hora correcta, vía correcta)

SI _____ NO _____.OBSERVACIONES. _____

11. Chequeo de 4 correctos (sólo para pacientes que van a ser sometidos a cirugía) (Paciente correcto, cirugía correcta, sitio quirúrgico correcto, horario correcto)

SI _____ NO _____.OBSERVACIONES. _____

12. Curación de heridas, cambio y conexión de catéteres, administración de alimentación enteral y parenteral, administración de medicamentos, colocación de sondas vesicales con estricta técnica aséptica.

SI _____ NO _____ .OBSERVACIONES. _____

	SI	NO	OBSERVACIONES
Curación de heridas			
Cambio y conexión de catéteres			
Administración de alimentación enteral y parenteral			
Administración de medicamentos			
Colocación de sondas vesicales			

13. Rotación reglada y estricta para pacientes con estancia prolongada y dificultades en la movilización.

SI _____ NO _____ .OBSERVACIONES. _____

14. Se brinda información clara a pacientes y familiares de procedimientos de Enfermería que van a ser realizados

SI _____ NO _____ .OBSERVACIONES. _____

15. Presencia de enfermeros con evidente cansancio físico realizando tareas asistenciales.

SI _____ NO _____ .OBSERVACIONES. _____

16. Uso de barandas y medidas de contención en pacientes que así lo requieren.

SI _____ NO _____ .OBSERVACIONES. _____

17. Ejecución de indicaciones verbales en momentos NO URGENTES.
SI _____ NO _____.OBSERVACIONES. _____

18. Control de carro de paro por escrito, con fecha, hora y responsable.

SI _____ NO _____.OBSERVACIONES. _____

19. Conocimiento del uso de monitores y otros dispositivos electrónicos necesarios para el manejo del paciente critico.

SI _____ NO _____.OBSERVACIONES. _____

20. Personal acorde a las necesidades del servicio.

SI _____ NO _____.OBSERVACIONES. _____

10.2. ENCUESTA AUTO ADMINISTRADA

La presente es una encuesta anónima que forma parte de un trabajo de investigación de Gestión de seguridad del paciente por parte del personal de enfermería, razón por la cual pedimos su colaboración para desarrollarla con la mayor sinceridad posible.

En cada pregunta se indica la forma en que se le solicita que complete la información requerida

1. ¿Cuál es su edad? _____ (complete con números su edad en años cumplidos)

2. Sexo (marque con una cruz lo que corresponda)

2.1. Masculino: _____ 2.2. Femenino: _____

3. Ud. es: (marque con una cruz lo que corresponda)

3.1. Estudiante de Enfermería _____

3.2. Auxiliar de enfermería _____,

3.3. Enfermero profesional _____,

3.4. Licenciado en Enfermería _____

4. ¿Dónde realizó sus estudios de enfermería? (Marque con una cruz lo que corresponda)

4.1. Argentina _____

4.2. Otro país _____

Si responde otro país, indique el país en que estudió enfermería:

5. ¿Cuál es el servicio en el que usted cumple la mayor carga horaria dentro del Hospital?
(indique la denominación del servicio)

6. Actualmente, ¿usted trabaja en alguna otra institución además de desempeñarse en este hospital? (marque con una cruz lo que corresponda)

No_____ Sí_____

Si responde SI, indique el nombre de la institución y/o servicios en los que trabaja además del Hospital

7. ¿Cuál ha sido su principal motivación para ser enfermero (a)?: (marque con una cruz lo que corresponda, puede marcar hasta 3 respuestas)

7.1. Vocación de servicio_____

7.2. La posibilidad de tener una alta salida laboral_____

7.3. Ofrece altos ingresos económicos_____

7.4. Tradición familiar_____

7.5. Es una Profesión prestigiosa_____

7.6. Imposición_____,

7.7. No pude ingresar a medicina y opté como segunda posibilidad por enfermería_____

7.8 Me gusta la tarea que hace un / una enfermero / a_____

7.9.Otros
(especificar)_____

8. ¿Cuánto hace que Ud. trabaja como enfermero (a)? (marque con una cruz una sola opción de respuesta)

8.1. Menos de 1 año_____

8.2. Entre 1 y 5 años_____

8.3. Entre 6 y 10 años_____

8.4. Entre 11 y 15 años_____

8.5. Entre 16 y 20 años_____

8.6. Entre 21 y 25 años_____

8.7. 26 años ó más_____

9. ¿Hace cuánto tiempo trabaja en el Hospital? (maque con una cruz una sola opción de respuesta)

9.1. Menos de 1 año_____

9.2. Entre 1 y 5 años_____

9.3. Entre 6 y 10 años_____

9.4. Entre 11 y 15 años_____

9.5. Entre 16 y 20 años_____

9.6. Entre 21 y 25 años_____

9.7 más de 26 años_____

10. ¿Cuáles han sido los principales motivos que usted tuvo para trabajar en el Hospital? (marque con una cruz lo que corresponda, puede marcar hasta tres respuestas)

10.1. Prestigio profesional_____

10.2. Posibilidad de aprendizaje_____

10.3. Posibilidad de hacer carrera dentro de la institución_____

10.4. Posibilidad de realizar investigaciones_____

10.4. Por la remuneración económica_____

10.5 Por ser una institución prestigiosa_____

10.6. Por admiración a las enfermeras / os_____

10.7.Otra_____,¿cuál?_____

11. ¿Cuántas horas aproximadamente trabaja a la semana? (marque con una sola cruz lo que corresponda)

11.1. Entre 36 y 48 _____

11.2. Entre 48 y 72 hrs _____

11.3. Entre 72 y 96 hrs _____

11.4. Más de 96 hrs semanales _____

12. El promedio de pacientes que le son asignados dentro de su guardia en el Hospital oscila entre: (marque con una sola cruz lo que corresponda)

12.1 Menos de 3 _____

12.2 Entre 3 y 5 _____

12.3 Entre 5 y 7 _____

12.4 Más de 7 _____

13. ¿Alguna vez le sucedió que un paciente se le haya caído? (marque con una sola cruz lo que corresponda)

13.1 Nunca _____

13.2 Casi nunca _____

13.3 Algunas veces _____

13.4 Casi siempre _____

13.5 No recuerda _____

14. ¿Le ha ocurrido algún accidente en el que algún paciente haya sufrido una quemadura con calor? (marque con una sola cruz lo que corresponda)

14.1 Si, una sola vez _____

14.2 Si, algunas veces o más de una vez _____

14.4 Nunca _____

14.5 No recuerda _____

15. ¿Le ha ocurrido algún accidente en el que algún paciente haya sufrido una quemadura o lesión (irritación) con frío? (marque con una sola cruz lo que corresponda)

15.1 Si, una sola vez_____

15.2 Si algunas veces o más de una vez_____

15.4 Nunca_____

15.5 No recuerda_____

16 ¿En alguna oportunidad le sucedió que desconocía como debía ser diluido algún medicamento de uso habitual en su servicio? (marque con una sola cruz lo que corresponda)

16.1 Nunca_____

16.2 Casi nunca_____

16.3 Algunas veces_____

16.4 Sólo una vez

16.5 Casi siempre_____

16.6 Siempre _____

16.7 No recuerda_____

17. ¿Alguna vez ha confundido algún medicamento ya sea porque la presentación era parecida a otra o porque tenía nombre parecido? (marque con una sola cruz lo que corresponda)

17.1 Nunca_____

17.2 Casi nunca_____

17.3 A veces_____

17.4 Casi siempre_____

18. ¿Alguna vez le sucedió no conocer el efecto de un medicamento indicado? (marque con una sola cruz lo que corresponda)

18.1 Nunca _____

18.2 Casi nunca _____

18.3 Algunas veces _____

18.4 Casi siempre _____

19. ¿Alguna vez se olvidó de administrar algún medicamento? (marque con una sola cruz lo que corresponda)

19.1 Nunca _____

19.2 Casi nunca _____

19.3 Algunas veces _____

19.4 Casi siempre _____

20. ¿Le ha ocurrido que por desconocimiento haya administrado un medicamento por una vía incorrecta y/o que no haya sido la vía indicada? (marque con una sola cruz lo que corresponda)

20.1 Nunca _____

20.2 Casi nunca _____

20.3 Algunas veces _____

20.4 Casi siempre _____

21. ¿Le ha ocurrido que sin intención haya administrado menor o mayor dosis de un medicamento indicado? (marque con una sola cruz lo que corresponda)

21.1 Nunca _____

21.2 Casi nunca _____

21.3 Algunas veces _____

21.4 Casi siempre _____

22. ¿Ha tenido dificultad para preparar y / o administrar alguna medicación por desconocimiento del medicamento? (marque con una sola cruz lo que corresponda)

22.1 Nunca _____

22.2 Casi nunca _____

22.3 Algunas veces _____

22.4 Casi siempre _____

23. ¿Ha tenido dificultad para preparar y / o administrar alguna infusión que contenga electrolitos? (marque con una sola cruz lo que corresponda)

23.1 Nunca _____

23.2 Casi nunca _____

23.3 Algunas veces _____

23.4 Casi siempre _____

24. ¿Conoce Ud. los cuidados y precauciones que se deben tener al administrar electrolitos? (marque con una sola cruz lo que corresponda)

24.1 SI, totalmente _____

24.2 Si parcialmente _____

24.3 NO, no sabe _____

25. ¿Ha presenciado la administración de algún medicamento por una vía que no era la indicada? (marque con una sola cruz lo que corresponda)

25.1 Sí _____

25.2 No _____

26. ¿Ha tenido que utilizar algún dispositivo de inyección en más de una oportunidad con un mismo paciente? (marque con una sola cruz lo que corresponda)

26.1 Nunca _____

26.2 Casi nunca _____

26.3 Algunas veces _____

26.4 Casi siempre _____

26.5. Siempre _____

27. ¿Le ha ocurrido que haya confundido el nombre de algún paciente? (marque con una sola cruz lo que corresponda)

27.1 Nunca_____

27.2 Casi nunca_____

27.3 Algunas veces_____

27.4 Casi siempre _____

27.5. Siempre_____

28. ¿Le ha ocurrido que haya confundido el número de cama y / o habitación de algún paciente, trayendo esto alguna consecuencia por mínima que sea? (marque con una sola cruz lo que corresponda)

28.1 Nunca_____

28.2 Casi nunca_____

28.3 Algunas veces_____

28.4 Casi siempre _____

28.5. Siempre_____

29. El pase de guardia Ud. lo realiza habitualmente en forma: (marque con una sola cruz lo que corresponda)

29.1 Verbal_____

29.2 Escrita_____

29.3 Oral y escrita_____

29.4 Es variable, depende del día y de la situación_____

29.5 Habitualmente no realiza pase de guardia_____

30. ¿Cómo se realiza el pase de guardia? (marque con una sola cruz lo que corresponda)

30.1 Paciente por paciente_____

30.2 Sólo se comentan las novedades_____

30.3 De los pacientes con varios días de internación y sin cambios no se habla_____

30.4. Habitualmente no se realiza pase de guardia_____

30.5.Otra_____¿Cuál?_____

31. ¿Dónde se realiza el pase de guardia? (marque con una sola cruz lo que corresponda)

31.1 En el office de Enfermería_____

31.2 Habitación por habitación_____

32. El tiempo promedio que demora su pase de guardia es:(marque con una sola cruz lo que corresponda)

32.1 Menor a 15 minutos _____

32.2 Entre 15 y 20 minutos_____

32.3 Entre 21 y 30 minutos_____

32.4 31 minutos o más_____

33. ¿Ha presenciado alguna equivocación y / o error con algún paciente por parte de algún profesional de la salud? (marque con una sola cruz lo que corresponda)

33.1 Nunca_____

33.2 Casi nunca_____

33.3 Algunas veces_____

33.4 Casi siempre _____

33.5. Siempre_____

34. Si ha presenciado alguna equivocación y / o error con algún paciente, ¿sabe si dicho evento fue notificado? (marque con una sola cruz lo que corresponda)

34.1 Sí_____

34.2 No_____

35. Si tuviera asignado algún paciente y sin intención se comete un error, ¿Ud. lo notificaría? (marque con una sola cruz lo que corresponda)

35.1 Si _____

35.2 No _____, Si su respuesta fue no, ¿cuál sería la razón para no notificarlo? (puede marcar más de una opción) (marque con una cruz hasta 3 respuestas)

35.2.1 Miedo a ser juzgado _____

35.2.2 Miedo al despido _____

35.2.3 Miedo a una demanda _____

35.2.4 Miedo al daño del paciente _____

35.2.5 Miedo a la reacción de la familia _____

35.2.6 Miedo a perder la matrícula _____

35.2.7. Otros (especificar)

36. ¿Considera importante reportar los errores que puedan ocurrir en la atención de los pacientes? (marque con una sola cruz lo que corresponda)

36.1 Sí _____

36.2 No _____

37. ¿Ha tenido pacientes que hayan evolucionado con úlceras por presión? (marque con una sola cruz lo que corresponda)

37.1 Sí _____

37.2 No _____,

| Sí su respuesta fue sí, la frecuencia con la que le ha sucedido dicho evento fue_ (marque con una sola cruz lo que corresponda):

37.1.1 Casi nunca _____

37.1.2 A veces _____

37.1.3 Casi siempre _____

38. Habitualmente, ¿sus condiciones de trabajo son estresantes? (marque con una sola cruz lo que corresponda)

38.1 Sí, habitualmente _____

38.2 Si, ocasionalmente _____

38.3 No _____

39. ¿Considera un aspecto de preocupación personal y / o profesional los eventos adversos dentro de la institución? (marque con una sola cruz lo que corresponda)

39.1 Sí _____

39.2 No _____

39.3 No le interesan los eventos adversos _____

40. Cuando ocurre un evento adverso en el servicio, habitualmente: (marque hasta dos opciones con una a cruz según corresponda)

40.1 Se informa _____

40.2 Se oculta _____

40.3 Se comparte con los compañeros de trabajo _____

40.4 No se habla sobre lo sucedido _____

41. Ud. considera que su información sobre los eventos adversos en Enfermería es: (marque hasta dos opciones con una cruz según corresponda)

41.1 Amplia y extensa _____

41.3 Suficiente _____

41.4 Insuficiente _____

41.5 Le gustaría contar con mayor información _____

42. ¿Le gustaría participar en la notificación de errores y eventos adversos dentro de la institución? (marque con una sola cruz lo que corresponda)

42.1 Sí _____

42.2 No _____

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN