

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE  
MOGROVEJO**



**LA SEGURIDAD EN EL CUIDADO A LA PERSONA  
HOSPITALIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA –  
HOSPITAL ESSALUD NAYLAMP, CHICLAYO 2013**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**AUTORA: Bach. Yovithza Liz Cosavalente Sipión**

**Chiclayo, 28 de Febrero del 2014**

**LA SEGURIDAD EN EL CUIDADO A LA PERSONA  
HOSPITALIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA –  
HOSPITAL ESSALUD NAYLAMP, CHICLAYO 2013**

POR:

**Bach. Yovithza Liz Cosavalente Sipión**

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica  
Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el título de:

**LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

APROBADO POR:

---

Mgtr. Mary Susan Carrasco Navarrete  
Presidente de Jurado

---

Mgtr. Miriam Saavedra Covarrubia  
Secretaria de Jurado

---

Dra. Patricia Otero Gonzáles  
Vocal/Asesor de Jurado

**CHICLAYO, FEBRERO 2014**

## **DEDICATORIA**

*A mis padres Elmer y Sonia por la confianza depositada en mí y quienes me enseñaron a perseverar en el camino de la vida.*

*A mi hermana Wendy Vanessa que le sea de incentivo a alcanzar sus metas.*

Yovithza

## **AGRADECIMIENTOS**

*A Dios, por concederme la vida hasta este momento y permitir el logro de mis objetivos.*

*A mis padres y familiares por su apoyo incondicional a lo largo de mi formación profesional y de esta investigación.*

*A mi asesora por guiarme durante el desarrollo de mi tesis, por infundirme confianza además de compartir su tiempo y conocimientos con calidad humana y profesional.*

*A los participantes de esta investigación por sus aportes significativos y su colaboración.*

## INDICE

	Pág.	
<b>Dedicatoria</b>	<b>iii</b>	
<b>Agradecimiento</b>	<b>iv</b>	
<b>Resumen y Abstract</b>	<b>vi</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>8</b>	
<b>I Marco teórico conceptual:</b>		
1.1 Antecedentes del problema	<b>13</b>	
1.2 Base teórico-conceptual	<b>15</b>	
<b>II Marco metodológico:</b>		
2.1 Tipo de investigación	<b>39</b>	
2.2 Abordaje Metodológico	<b>40</b>	
2.3 Sujetos de Investigación	<b>43</b>	
2.4 Escenario	<b>44</b>	
2.5 Instrumentos de recolección de datos	<b>46</b>	
2.6 Procedimiento	<b>47</b>	
2.7 Análisis de datos	<b>48</b>	
2.8 Criterios Éticos	<b>50</b>	
2.9 Criterios de Rigor Científico	<b>52</b>	
<b>III Análisis y Discusión</b>	<b>53</b>	
Consideraciones Finales	<b>100</b>	
Recomendaciones Finales	<b>102</b>	
<b>Referencias bibliográficas:</b>	<b>104</b>	
<b>ANEXOS</b>	<b>107</b>	vi

## RESUMEN

La seguridad del paciente es abordar el proceso por el cual una organización le proporciona atención y cuidados seguros, lo que se manifiesta por la ausencia de lesiones accidentales atribuibles a los mismos. Partiendo de este planteamiento actualmente existe el incremento de eventos adversos, por lo cual fue importante investigar ¿Cómo es la seguridad en el cuidado a la persona hospitalizada en el servicio de Cirugía – Hospital Essalud Naylamp, Chiclayo 2013? lo cual permitió al profesional de enfermería proporcionar un cuidado más seguro y minimizar los daños. Tuvo por objetivo: describir y analizar la seguridad en el cuidado de la persona hospitalizada en el servicio de cirugía - Hospital Essalud Naylamp. Es una investigación cualitativa con abordaje de estudio de caso; los sujetos de estudio fueron 7 enfermeras, considerando en la triangulación de datos 4 pacientes hospitalizados. Se utilizó entrevistas semiestructuradas, previo consentimiento informado. En el análisis de contenido emergieron las siguientes categorías: Actividades que garantizan la seguridad en el cuidado del paciente, Identificación de los eventos adversos para garantizar la seguridad en el cuidado, Notificando eventos adversos en la seguridad en el cuidado del paciente. Durante el proceso de investigación se respetaron los Principios Bioéticos de Elio Sgreccia y los Criterios de Rigor Científico. Finalmente se concluyó la seguridad en el cuidado del paciente es desarrollado con sustento científico en la práctica, considerando la identificación y notificación de eventos adversos como primer paso para mejorar la seguridad en el cuidado.

Palabras clave: Seguridad del Paciente - Cuidado - Evento Adverso-  
Postoperatorio Mediato.

## **ABSTRACT**

Patient safety is to address the process by which an organization provides safe care and attention, which is manifested by the absence thereof attributable to accidental injuries. Using this approach there is currently an increase in adverse events, so it was important to investigate How is safety in caring for the hospitalized person in the service of Surgery - Essalud Naylamp Hospital, Leeds 2013? which allowed the nurse providing care safer and minimize damage. Aimed to: describe and analyze safety in the care of hospitalized in the department of surgery - Hospital Essalud Naylamp. It is a qualitative research case study approach, the study subjects were seven nurses, considering the triangulation of data 4 inpatients. We used semi-structured interviews, informed consent. In content analysis emerged the following categories: Activities that ensure safety in patient care, Identification of adverse events to ensure safety in the care, Notifying adverse events in the safety of patient care. During the research process the Bioethical Principles Sgreccia and Scientific Rigor criteria were respected. Finally security concluded in patient care is developed with scientific support in practice, considering the identification and reporting of adverse events as a first step to improve safety in care.

Key words: Patient Safety - Care - Postoperative- Adverse Event-Mediato.

## **INTRODUCCIÓN**

Uno de los derechos fundamentales de los pacientes es proporcionarle cuidados de calidad y a la vez garantizar la seguridad de los mismos. Según la Organización Mundial de la Salud, la seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad, lo cual comprende un proceso orientado a proporcionar atención y cuidado seguros, manifestado por la ausencia de lesiones accidentales atribuibles a los mismos; este proceso, implica efectuar una gestión adecuada de riesgos, dotarnos de la capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes que se produzcan, aprender de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de su ocurrencia así como, buenas prácticas acordes con el conocimiento científico disponible, sensibles a los valores, expectativas y preferencias de los pacientes, vinculadas a la ausencia de Eventos Adversos (EA) y propiciadas por una adecuada organización asistencial<sup>1</sup>.

La ocurrencia de Eventos Adversos en la atención sanitaria no es un problema nuevo pues ya desde principios de 1990 a través de estudios científicos como del Harvard Medical Practice Study concluyen que un 4% de los pacientes sufre algún tipo de daño en el hospital, el 70% de los eventos adversos provoca una incapacidad temporal, pero el 14% de los incidentes son mortales. El informe del Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América realizado en 1999 se compara la mortalidad derivada de los eventos adversos, tan alta como la generada por el cáncer de mama y el SIDA. El Departamento de Salud del Reino Unido, en su informe de 2000 *An organization with a memory*, estimó que se producen eventos adversos en cerca del 10% de las hospitalaciones, o alrededor de 850 000 eventos adversos al año<sup>2</sup>.

Cabe señalar que el 27 de octubre del 2004 se establece la Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes. En esta alianza se pretende alinear a todos los actores en la generación de una atención de salud con la doctrina de la seguridad. Los países miembros de la OMS, como el Perú, estamos

comprometidos a articular esfuerzo a favor de la seguridad del paciente. Entidades del sector salud como el MINSA y ESSALUD asumen parte de este compromiso, a nivel del MINSA mediante Resolución Ministerial N° 143 – 2006/ MINSA<sup>3</sup> se conformó un Comité Técnico para la Seguridad del Paciente, el mismo que elaborará el “Plan Nacional para la Seguridad del Paciente”, cuyo propósito es fortalecer los servicios de salud como lugares cada vez más seguros para la atención de los pacientes. Así mismo, mediante Resolución Ministerial N°308 – 2010/MINSA se aprobó la “Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía” con la finalidad de cumplir con los estándares de calidad y seguridad en la atención de los pacientes<sup>4</sup>.

Así pues, en el año 2007, el Perú fue invitado por la OMS/Alianza Mundial por la Seguridad del paciente, Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, a participar del proyecto para investigar la prevalencia de los eventos adversos en cinco países de Latinoamérica (IBEAS): México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina. EsSalud participó con la presencia de dos Hospitales: Hospital Nacional Edgardo Rebagleatti y Hospital Grau; en los resultados del estudio se menciona que 10 de cada 100 pacientes ingresados en un día determinado habían sufrido daño producido por los cuidados sanitarios señalando que los tipos de eventos adversos están relacionados con infección nosocomial en 39,6%, con los procedimientos 28,8%, con el diagnóstico 10,8%, con la medicación 8,4%, cuidados 6,9%, otros Eventos Adversos 3,5%, de los cuales el 41,2% son inevitables y el 58,8% se pueden evitar<sup>5</sup>.

La investigadora observó durante sus prácticas clínicas pre -profesionales, que existe mucha demanda de pacientes frente a una sola enfermera, esto dificulta a brindar un cuidado holístico, en el hospital Naylamp cuya brecha de demanda en Enfermería es de 15 enfermeras.

En el servicio de cirugía se pudo evidenciar que algunas enfermeras incumplen los cinco correctos durante la administración de medicamentos, ya sea a la hora de administrar, algunas veces no siguen el horario prescrito, como también, administran dosis extra para aliviar algún malestar del paciente; asimismo se pudo evidenciar la escasez de recursos materiales para la atención, sobre todo materiales de bioseguridad como son guantes, las mascarillas, mandil descartable. En cuanto a la normativa se pudo verificar que el servicio de cirugía no cuenta con las normas de bioseguridad, protocolos para prevenir las caídas en los pacientes y guías para realizar procedimientos asistenciales. Los sistemas de auditorías y supervisión del cuidado son escasos y deficiente en su aplicación, puesto que el personal responsable solo verifica el cuaderno de incidencia, más no verifica por cada paciente.

Otro aspecto que cabe mencionar es que existe deficiente aplicación de las medidas de seguridad para el paciente, evidenciándose algunas camas sin las barandas levantadas y otras las barandas están malogradas lo cual predispone al paciente al riesgo de caídas y por lo consiguiente complique su recuperación, comprendiendo que en el servicio de cirugía se encuentran pacientes postoperados mediatos que aún están recuperando la estabilidad de las funciones de su organismo. En relación a la infraestructura, se pudo percibir en los ambientes del servicio de cirugía los pisos son irregulares, encontrándose algunas losetas despegadas; asimismo se dispone de pasamanos en los pasillos, pero en los baños hay ausencia de estos y poca iluminación, lo cual predispone a que los pacientes sufran algún tipo de accidentes como tropiezos, caídas, golpes; del mismo modo se pudo observar inadecuada dimensión de espacio para el movimiento de camas o tránsito de sillas de ruedas.

Teniendo en cuenta la realidad mencionada la investigadora se formuló la siguiente pregunta: ¿Cómo es la seguridad en el cuidado a la persona

hospitalizada en el servicio de cirugía – Hospital EsSalud Naylamp, Chiclayo 2013?

El presente trabajo de investigación se justificó porque actualmente existe incremento de casos sobre eventos adversos en los pacientes, tal como lo señala el estudio IBEAS Perú, donde menciona que estos eventos adversos están relacionados con la infección nosocomial en 39,6%, con los procedimientos 28,8%, con el diagnóstico 10,8%, con la medicación 8,4%, cuidados 6,9%, otros Eventos Adversos 3,5%, de los cuales el 41,2% son inevitables y el 58,8%.<sup>3</sup> Así también como lo evidencia la investigación realizada por Orellana Carrasco R, Zájara Porras M, Nataliya Shevnina, el Evento Adverso más frecuente es el error de identificación en la apertura del episodio clínico o historia clínica, lo que conlleva (de no corregirse a tiempo) a la generación de un episodio de asistencia urgente a una persona que no le corresponde<sup>6</sup>.

Además, la presente investigación es relevante, porque está incluido dentro de los lineamientos del plan estratégico que propone la Institución ESSalud y MINSA para mejorar la seguridad del paciente; lo cual permitirá reflexionar sobre la labor asistencial de enfermería y del mismo modo, sensibilizar al profesional a realizar buenas prácticas de atención para la seguridad del paciente, siendo una de estas prácticas el aprender a documentar y reportar todo evento adverso que se suscite durante o después del cuidado viéndolo no como una situación punitiva sino considerar que son el primer paso para lograr la seguridad en el paciente; otro aspecto es el de mejorar los mecanismos de atención y escucha al paciente, considerando el cuidado y trato humanizado; y de la misma forma a nivel de las universidades locales y nacionales desde pregrado proveer de información y concientizar a los estudiantes sobre la seguridad en cuidado del paciente, así como el análisis de casos sobre eventos adversos en los pacientes, incluir esta temática y así trascienda en los estudiantes, ya que además servirá de base para futuras investigaciones realizadas con la labor

asistencial. Asimismo esta investigación contribuirá en el ámbito administrativo, a generar culturas organizacionales que permitan revelar el error y trabajar en procesos de mejoramiento continuo de la calidad en un ambiente que propicie la crítica constructiva a favor del paciente y del mismo modo permita lograr la acreditación hospitalaria y alcanzar la ventaja competitiva en la satisfacción del usuario externo e interno de la organización; y así disminuir la incidencia de eventos adversos que sufren los pacientes.

La presente investigación tuvo como objetivos: Describir y analizar la seguridad en el cuidado a la persona hospitalizada en el servicio de cirugía- Hospital EsSalud Naylamp, Chiclayo 2013.

## **CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

### **1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA**

Realizando una búsqueda minuciosa a nivel internacional, nacional y local, se encontró los siguientes trabajos de investigación, que la investigadora cree conveniente mencionarlos.

En una investigación realizada por Gómez Ramírez O, Arenas Gutiérrez W, en el año 2011 Sobre “Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia” tuvo como objetivo caracterizar la cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería en instituciones de tercer nivel en Bogotá, durante el primer semestre del 2009; estudio no experimental de tipo descriptivo exploratorio, de corte transversal, con modalidad de encuesta, realizado entre enero y junio de 2009; los resultados fueron la cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería se evidencia por resultados positivos en la coordinación y comunicación eficaz dentro de las unidades y la percepción generalizada de que la gerencia se interesa en la seguridad del paciente. Los participantes del estudio indican que al notificar eventos adversos se llevarán a cabo acciones punitivas en su contra<sup>7</sup>.

La investigación realizada por Orellana Carrasco R, Zájara Porras M, Nataliya Shevnina, et al en el año 2009 Sobre “Gestión de la seguridad del paciente en una unidad de urgencias de atención primaria”. Málaga, España. Cuyo objetivo fue describir la experiencia en el análisis de los efectos adversos (EA) en urgencias de atención primaria y, aún más, propiciar la identificación y prevención de los EA antes de que estos ocurran. Cuyo método de aplicación fue creación de un grupo de trabajo en noviembre de 2007 en la unidad clínica de urgencias del centro de salud

para definir las situaciones de riesgo donde se pueden producir EA, prevenir su aparición, analizar los que aparezcan y corregirlos dentro de un contexto de mejora continua de calidad asistencial. Realizamos un análisis y estudio descriptivo retrospectivo sobre las notificaciones de EA durante el año 2008. Llegaron a las conclusiones, el EA más frecuente es el error de identificación en la apertura del episodio clínico o historia clínica, lo que conlleva (de no corregirse a tiempo) a la generación de un episodio de asistencia urgente a una persona que no le corresponde<sup>8</sup>.

En otra investigación realizada a nivel nacional, por Oré Rodríguez M., en Lima, 2010, sobre “Representaciones Sociales de las Enfermeras sobre la Cultura de Seguridad en el Cuidado del Paciente”, cuyo objetivo: Caracterizar las representaciones sociales de las enfermeras acerca de la cultura de seguridad en el cuidado del paciente postoperado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital Nivel IV, situado en la ciudad de Lima, 2010. Material y método: Enfoque cualitativo con la aplicación del método de representaciones sociales, el cual permite una aproximación al modo de producción cognitivo individual y de grupo en un contexto socio-histórico determinado. Para el análisis de los datos se aplicó el método de asociación de contenidos de Porto Setenta et al. Los sujetos de estudio fueron los enfermeros del servicio de cuidados intensivos quirúrgicos cardiovasculares. La técnica de recolección de datos fue la entrevista a profundidad. Resultados: Siguiendo el proceso de objetivación y anclaje emergieron elementos de fuerza, para luego establecer dos categorías de resultados: gestión de la seguridad en el cuidado y cuidado humano (comportamiento complejo). Conclusiones: Las representaciones de la cultura de seguridad giran alrededor de las herramientas de gestión en el proceso de cuidado, las contradicciones de la práctica de enfermería y la complejidad del error<sup>9</sup>.

## 1.2 BASE TEÓRICO-CONCEPTUAL

Para comprender el objeto de estudio fue necesario construir el marco teórico conceptual, teniendo en cuenta los siguientes conceptos: Seguridad del Paciente, Evento Adverso, Cuidado, Postoperatorio Mediato.

Según León Franco<sup>10</sup>, la palabra seguridad proviene del latín *securitas*, que a su vez deriva de *securus* (sin cuidado, sin precaución, sin temor a preocuparse), que significa estar libre de cualquier peligro o daño, y desde el punto de vista psicosocial se puede considerar como un estado mental que produce en los individuos un particular sentimiento de que se está fuera o alejado de todo peligro ante cualquier circunstancia, es también la necesidad de sentirse protegidos contra todo aquello que puede perturbar o atentar contra su integridad física, moral, social. Así mismo menciona que en la seguridad, se presentan dos dimensiones: individual y social, la dimensión individual va dirigida al cuidado que se da cada persona para no someterse a riesgos que pongan en peligro su salud y la vida; la dimensión social se refiere al conjunto de leyes, organismos, servicios e instalaciones que cubren y protegen algunas necesidades de la población, como los servicios prestadores de la salud, las pensiones, los subsidios, etc<sup>10</sup>. Considerando la seguridad desde la dimensión social señalada por León Franco, en esta investigación se definió la seguridad del paciente.

La Organización Mundial de la Salud, define la seguridad en el paciente como la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria, para lo cual se pone en marcha todo un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propendan por minimizar el riesgo de sufrir eventos adversos en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias<sup>1</sup>. Así mismo Palacio y Rodríguez, señala que se

puede hablar de seguridad del paciente, como la ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidas como consecuencia de la atención en salud recibida<sup>11</sup>.

Por otro lado en el plan para la seguridad del paciente del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, menciona que la seguridad en el paciente consiste en la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud, a través del uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente<sup>12</sup>.

De esta manera la Organización Mundial de la Salud menciona que para aumentar la seguridad del paciente hay que emprender tres acciones complementarias: prevenir los eventos adversos, sacarlos a la luz y mitigar sus efectos cuando se producen. Ello requiere; más capacidad para aprender de los errores, que se adquiere mejorando los sistemas de notificación, y realizando una investigación competente de los incidentes y un intercambio responsable de datos; más capacidad para anticipar los errores y rastrear las debilidades del sistema que pueden dar lugar a un evento adverso; la identificación de las fuentes de conocimiento existentes, dentro y fuera del sector de la salud; la introducción de mejoras en el propio sistema de prestación de atención sanitaria, para que se reconfiguren las estructuras, se reajusten los incentivos y la calidad ocupe un lugar central en el sistema<sup>1</sup>.

La investigadora concluye que, la seguridad es una necesidad propia de cada individuo de sentirse protegidos de todo aquello que pueda afectar su integridad y desde el ámbito social existen ciertas leyes, organismos, servicios e instalaciones que protegen algunas necesidades de la población, es así, que seguridad del paciente es entendida como disminución o ausencia de todo acto inseguro real o potencial, producido como resultado

del cuidado asistencial y que para mejorar la seguridad del paciente se debe prevenir la aparición de eventos adversos, sacarlos a la luz y mitigar sus efectos cuando se producen, sobretodo realizando prácticas seguras sustentadas con base científica, lo cual contribuirá a otorgar un cuidado de calidad al paciente. Por tal razón la seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad; que para mejorarla requiere una labor compleja que abarca casi todas las disciplinas y los profesionales de la atención en salud.

Así también cabe señalar que según la Alianza por la Seguridad del Paciente (ASP) proporciona al personal de Salud, siete actividades, que nos aseveran que el paciente estará seguro: 1.-Construir una cultura de seguridad: El personal de salud en esta actividad deberá adquirir conciencia de que las cosas pueden ir mal, de reconocer errores, aprender de ellos y sobre todo actuar para mejorar las cosas. Esta actividad está dirigida a compartir información abiertamente con todo el equipo de salud, entendiendo que la cosas no están sólo ligadas al individuo, sino también al sistema en el que trabaja. Por lo tanto esta actividad permite al personal de Salud abordar qué fue mal en el sistema sanitario, para luego proporcionar ayuda, aprender lecciones y prevenir así la recurrencia del EA, entonces, la construcción de una cultura de seguridad, deberá afectar directamente a la misión, visión y objetivos de la institución de salud, siendo la seguridad del paciente parte de la estrategia, misión, visión, objetivos, indicadores, proyectos y forma de trabajar.

La Segunda actividad corresponde: El liderazgo del equipo de personas; el liderazgo generará sin menor duda, que el trabajo organizacional tenga dirección, y produzca el cumplimiento del objetivo, que en este caso es disminuir EA. El liderazgo del equipo mantendrá las políticas claras, aumentará la motivación, proporcionará un entorno

abierto a cambios, escucha, comunicación, a aprender y la mejora continua, y por otro lado permite la involucración de todo el equipo de salud.

Sin embargo el líder en esta actividad tiene un rol importante: fomentar una cultura abierta y justa, liderazgo de su equipo, integrar la gestión de riesgos con la gestión global de la organización, promover la comunicación de eventos adversos, involucrar y comunicar a pacientes y familiares, aprender de los errores y enseñar a aprender al personal de cómo y por qué los EA suceden, implementar soluciones que reduzcan el riesgo mediante cambios en prácticas, proceso o sistema.

Por otro lado la tercera actividad, que es Integrar las tareas de gestión de riesgos, permite a las organizaciones incorporar la gestión de riesgos a su sistema de gestión, incluyendo las herramientas de gestión de riesgos. Existiendo dos tipos de riesgos: 1.- R. Clínicos (ligados a pacientes directamente) y 2.- R. No Clínicos: Tecnológicos, Administrativos, seguridad, Finanzas, RRHH, Recursos Materiales, Todos pueden afectar potencialmente al paciente.

Cuarta actividad: Promover que se informe, la información es necesaria e importante para asegurar que se aprenda de las lecciones y se actúe proactivamente para prevenir y mejorar, para disponer a nivel nacional de una fuente de base para análisis y recomendaciones, nos permite también que las lecciones aprendidas localmente robustecen a nivel nacional y por ultimo incluye aprendizaje, tanto de eventos que han producido daños como de los que no.

Actividad cinco: Involucrar y comunicarse con pacientes y público; se realizará a través de: 1.- La motivación: esto permite involucrar a los pacientes en los diferentes aspectos de la sanidad, pudiendo así mejorar la seguridad y el servicio prestado mediante: identificación precoz de riesgos

y problemas por parte de los pacientes, aportación de ideas y preocupaciones que puedan suponer mejoras, las soluciones serán más viables y realistas con su participación. 2. Involucrar a los pacientes y al público en el desarrollo de servicios más seguros: Los pacientes son “expertos” en su estado y pueden ayudar a identificar riesgos y soluciones a problemas de Seguridad del Paciente, y por último, 3.- Promover un diálogo abierto y bidireccional entre profesionales de salud y pacientes ante eventos adversos.

La penúltima actividad denominada: Aprender y compartir lecciones de seguridad, permite reportar y analizar causas originadoras de los EA y aprender para prevenir, en esta actividad se emplea una herramienta, conocida como la herramienta cronológica (Herramienta para una investigación sistemática, más allá del individuo, de causas subyacentes y contexto o ambiente en que se produce el evento adverso), que emplea las siguientes preguntas: Qué ocurrió, Cómo y por qué ocurrió, Qué reportar, Qué datos incluir, Cuándo reportar y Cómo analizar y llegar a acciones en base a la información.

Y por último, Implementar soluciones para prevenir daños, esta tiene como objetivos trasladar las lecciones y cambios e incorporarlos a nuestros procesos y sistemas, también permite asegurar soluciones, estas deben ser realistas, sostenibles y efectivas en coste y fomentar la introducción controlada: evaluación de riesgos. Esta séptima actividad se realiza a través de: 1.- Aprendizaje activo: donde las lecciones identificadas son embebidas en la cultura y práctica de la organización. 2.-Proceso de implementación; este es un tema que puede desarrollar la enfermera a través de la observación de todos los EA, generando un programa, o protocolo que haga que las prácticas sean seguras<sup>13</sup>.

Según la Alianza por la Seguridad del Paciente (ASP) menciona que la tercera actividad: Integrar las tareas de gestión de riesgos, permite al personal de salud incorporar la gestión de riesgos a su sistema de gestión, es ahí la relevancia que consiste en aplicar una adecuada valoración de enfermería en el paciente, que debe iniciarse desde la identificación correcta al paciente, de acuerdo a la Directiva N°009-GG- ESSalud- 2013 hace mención la identificación verbal del paciente, por lo cual todo el personal de salud asistencial y administrativo de los centros asistenciales de EsSalud identifica verbalmente al paciente, repitiendo los datos identificativos inequívocos (nombres y apellidos) en todos los contactos de atención sanitaria. Así también, la identificación física de pacientes mediante pulsera; para evitar situaciones de riesgo adicional durante los procesos de atención de salud, se procede a la identificación física del paciente mediante el empleo de la pulsera de identificación, que es colocada en las áreas y/o servicios de admisión y neonatología debiendo informar previamente al paciente la finalidad e importancia de mantener la pulsera mientras dure el proceso de hospitalización solicitando al mismo tiempo su participación activa<sup>14</sup>.

Según Kozzier<sup>15</sup> la valoración forma parte del proceso de atención de enfermería, el cual representa la aplicación del método científico en la práctica asistencial; así pues valorar es un proceso de “descubrimiento”, y descubrir quiere decir que no se sabe algo de antemano. Por tanto, la valoración enfermera es pues la primera fase del P.A.E, constituye la base de las siguientes, pudiendo ser considerada, desde esta perspectiva como la piedra angular de la totalidad de trabajo enfermero, ya que es el método idóneo para aportar la información que ha de permitirnos formular el diagnóstico enfermero, y a partir de éste a proponer y llevar a cabo intervenciones enfermeras encaminadas a su logro y evaluarlas.

La persona que se admite en una unidad hospitalaria para atención postoperatoria tiene diversas necesidades por satisfacer. Los pacientes gravemente enfermos o aquellos sometidos a cirugías mayores, como cardiovascular, pulmonar o neurológica, se ingresa a unidades de cuidados intensivos especializados para que se les proporcione vigilancia estrecha, así como apoyo e intervenciones avanzadas.

Así también Kozzier<sup>15</sup> menciona, la valoración debe hacerse de forma individualizada, ya que cada persona es autónoma e interactúa con el ambiente de forma diferente, por tal sentido, debe ser continua y realizarse en todas y cada una de las fases de proceso enfermero, diagnosticando, planificando, interviniendo y evaluando, dependiendo de cada una de las situaciones en las que se encuentre el paciente.

En opinión de la investigadora, la valoración como etapa del proceso de atención de enfermería, aplica el método científico a la práctica asistencial, así también es un método idóneo para aportar información y permitir formular diagnósticos que darán lugar a intervenciones de enfermería. Por lo que toda persona que se admite en una unidad de hospitalización tiene diversas necesidades por satisfacer, debe ser considerada como ser único y pandimensional, por lo cual la enfermera debe realizar la valoración de forma individualizada y continua lo cual permite proporcionar al paciente seguridad y lograr la satisfacción de sus necesidades.

De igual manera también se considera la gestión de recursos materiales como actividad importante para garantizar la seguridad en el cuidado, según Cristina Cometto<sup>16</sup> menciona el proceso administrativo es un proceso sistemático que consiste en el desarrollo de actividades de planeación, organización, dirección y control efectuados para lograr los objetivos de una organización a través de un adecuado manejo de los recursos existentes. Es el proceso por medio del cual el hombre trata de dar

orden, dirección y control a las diversas instituciones de la sociedad para lograr determinados objetivos, incluyendo en esto el bien común.

En relación a la planeación, consiste en la definición de objetivos, la ordenación de recursos materiales y humanos, la determinación de métodos y las formas de organización, el establecimiento de medidas de tiempo, cantidad y calidad, la localización especial de las actividades y otras especificaciones necesarias para encausar racionalmente la conducta de la persona o grupo. Es así que dentro de esta actividad, la enfermera gestora es el eslabón entre los usuarios y el sistema, de modo que la habilidad y el grado de éxito con que cumpla sus funciones determinarán directamente los logros y el grado de cumplimiento de los objetivos de la organización a la que representa.

Al hablar de gestión hacemos hincapié a la asunción y ejercicio de responsabilidades sobre un proceso (es decir, sobre un conjunto de actividades) lo que incluye: la preocupación por la disposición de los recursos y estructuras necesarias para que tenga lugar, la coordinación de sus actividades (y correspondientes interacciones) y la rendición de cuentas ante el abanico de agentes interesados por los efectos que se espera que el proceso desencadene.

Es así que la Gestión del cuidado, constituye un ejercicio de competencias personales, profesionales e instrumentales que desarrolla la enfermera para organizar, coordinar y articular los cuidados en los diferentes niveles de atención asegurando con ello la continuidad y eficacia de los mismos. Por lo tanto Gestión en enfermería consiste en ejecutar una serie de actividades y procesos con y a través de las personas y recursos materiales para conseguir los objetivos de la organización<sup>16</sup>.

En opinión de la investigadora la planificación es una de las etapas del proceso administrativo que está encaminada a definir objetivos, ordenar recursos materiales y humanos para encausar racionalmente la conducta de la persona, es así que dentro de esta actividad la enfermera gestora al cumplir sus funciones determinará los logros y cumplimiento de los objetivos de la organización. Así también cabe mencionar que la gestión de recursos materiales es parte de la planificación que consiste en el ejercicio de responsabilidades sobre un proceso, lo cual permitirá asegurar la continuidad y eficacia del cuidado enfermero

Por consiguiente también es importante hablar sobre la educación al paciente durante la estancia y al momento del alta de esta manera también se estará brindando seguridad en el cuidado, la educación al paciente es un componente indispensable de la asistencia de enfermería así como una función independiente de la enfermería, y se orienta a fomentar, conservar y restaurar la salud, así como adaptarse a los efectos residuales de la enfermedad. En 1992 la American Hospital Association aprobó la Declaración de los derechos del paciente, reconociendo a todos los clientes el derecho a una educación<sup>15</sup>.

Existen áreas para la educación del paciente a las cuales debe dirigirse el actuar de enfermería; la primera área corresponde al Fomento de la Salud que aquí incluye: aumentar el grado de bienestar de la persona, temas relativos al crecimiento y desarrollo, control de la fertilidad, higiene, nutrición, ejercicio, control del estrés, estilos de vida. La siguiente área está dirigida a la Prevención de la enfermedad/lesión; aquí la educación está entorno a ciertas pruebas específicas de salud (niveles de glucosa, presión arterial, colesterol en sangre, citología, mamografía, audición, visión), reducción de factores de riesgo para la salud, medidas concretas para la protección de la salud (inmunizaciones, protección solar, cuidados del cordón umbilical). La tercera área corresponde a Recuperación de la Salud;

lo cual incluye la información sobre pruebas, diagnóstico, tratamiento y medicamentos, capacidades para el autocuidado o capacidades necesarias para atender un familiar, adaptación y funcionamiento ante una alteración de la salud. Y por último tenemos el área de Adaptación a una alteración de la salud y función; aquí la educación debe estar enfocada a la adaptación en el estilo de vida, capacidad de solucionar problemas, adaptación a un cambio en el nivel de salud, estrategias para afrontar los problemas actuales, información sobre pronóstico, tratamiento y resultados esperado, asesoramiento ante el dolor y el duelo.

La investigadora refiere, la educación al paciente es un componente indispensable de la asistencia de enfermería y una función independiente de la enfermería, y se orienta a fomentar, conservar y restaurar la salud, así como adaptarse a los efectos residuales de la enfermedad. Así también existen áreas a las cuales se debe dirigir la educación: Fomento de la Salud, Prevención de la enfermedad/lesión, Recuperación de la salud, Adaptación a una alteración de la salud y función.

Por otra parte también es importante mencionar lo que corresponde a la administración correcta de medicamentos, existen reglas de seguridad que se deben llevar a cabo en cada administración de un medicamento, las cuales se conocen también como “Los Nueve Puntos Correctos”, y son los siguientes: 1.- Medicación correcta: rectificación del medicamento mediante los siguientes pasos: la tarjeta del fármaco, la hoja de indicación médica, en el kárdex de fármacos (registro de medicamentos del paciente) y con la etiqueta del empaque del fármaco (presentación fármaco indicado). Rectificar la fecha de caducidad. Tener conocimiento de la acción del medicamento y efectos adversos. Así como el método de administración y la dosificación, considerando el índice terapéutico y toxicidad. Rectificar nombre genérico (composición química) y comercial

del medicamento. 2.- Dosis correcta: La enfermera que va a administrar el medicamento debe verificar simultáneamente con otra que la acompañe el cálculo de la dosis exacta especialmente en medicamentos como: digitálicos, heparina, insulina, etc. 3.-Vía correcta: verificar el método de administración (algunos medicamentos deberán aplicarse por vía IV o IM exclusivamente). 4.- Hora correcta: tomar en cuenta la hora de la dosis inicial, única, de sostén, máxima o mínima. 5.- Paciente correcto: verificar el nombre en el brazalete, número de cama, prescripción en el expediente clínico y corroborar con el diagnóstico y evolución del paciente, llamar por su nombre al paciente (si él está consciente). 6.- Registro de la administración correcta. 7.- Acción Correcta. 8.- Forma Correcta y 9.- Respuesta Correcta<sup>16</sup>.

Milos Hurtado<sup>17</sup> señala, como responsabilidad del profesional de enfermería en la administración de medicamentos con los sujetos de cuidado éste deberá exigir la correspondiente prescripción médica escrita, legible, correcta y actualizada en el expediente clínico, con ello se disminuyen las interpretaciones erróneas o posibles equivocaciones. En caso de urgencia para la administración de un medicamento, se debe registrar como orden verbal en el expediente clínico, para que posteriormente el médico la indique y firme la prescripción. Una prescripción médica debe contener: 1.- Nombre del paciente. Fecha de la prescripción del medicamento. 2.- Nombre del medicamento (Verificar nombre genérico y comercial).3.- Dosis (Verificar dosis en 24 horas, si corresponden las dosis fraccionadas). 4.- Vía de administración. 5.- Hora de administración y la frecuencia con la que debe administrarse (verificar abreviatura). 6.- Firma del médico que prescribe el medicamento.

En la Directiva 007-GG- EsSalud, hace mención en cuanto a la transcripción de la orden médica en los servicios de hospitalización, la

transcripción de la indicación médica es realizada directamente por el profesional a cargo del paciente (enfermera, obstetra u otro profesional según corresponda), la transcripción es copia fiel de las indicaciones médicas y debe ser realizada en los registros establecidos, para la administración efectiva del tratamiento en los servicios de hospitalización se usa como pauta de seguridad el Kárdex a cargo de la enfermera u otro profesional, en relación a la administración de medicamentos en el Kárdex incluye (nombre del paciente, sala y número de cama, nombre del medicamento, dosis indicada, vía de administración horario programado, diagnóstico médico, alergias, entre otros)<sup>18</sup>.

Por otro lado Cristina Cometto<sup>16</sup> hace mención que la responsabilidad del profesional no termina después de que el medicamento sea administrado y registrado, él no debe olvidar que para garantizar la seguridad del paciente es necesario evaluar las respuestas posteriores a la administración. Así también para garantizar la seguridad en la administración de medicamentos la organización mundial de la salud (OMS) considera la Farmacovigilancia, definiéndola como la ciencia y conjunto de actividades relativas a la detección, evaluación, comprensión y prevención de los eventos adversos.

En la investigación otro término relevante en definir es el Cuidado, si bien en el transcurso de la historia de enfermería surgieron teóricas proponen el concepto de cuidado como aquella relación existente entre el cuidador y la persona cuidada, siendo los componentes claves de esta interacción. Lenninger define el cuidado como “aquellos actos de asistencia, de soporte o facilitadores que van dirigidos a otro ser humano o grupo con necesidades reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las condiciones de vida humana”. Jean W, “cuidado es el ideal moral de

enfermería, es un esfuerzo epistémico, el punto inicial de la acción de enfermería y una transacción única entre enfermería y el otro”<sup>19</sup>.

Para dar sustento a esta investigación se consideró los aportes de la teoría de Jean Watson “Teoría del Cuidado Humano” la cual tiene enfoques filosóficos (existencial – fenomenológico) y con base espiritual, desde la filosofía y en la ciencia del cuidado se refería a este como la esencia de la práctica enfermera.

Asimismo Watson J, citado por Marriner A<sup>22</sup> refiere que el objetivo de la enfermería consiste en facilitar la consecución por la persona de un mayor grado de armonía entre mente, cuerpo y alma que engendre procesos de autoconocimiento, respeto a uno mismo, autocuración y autocuidados al tiempo que alienta un aumento de la diversidad, de la misma forma sostiene que el objetivo se alcanza a través del proceso de asistencia persona a persona y de las transacciones que dicho proceso genera.

Así también dentro de su teoría desarrolla la relación transpersonal que se establece entre la enfermera ejecutora del proceso y la persona, y esta se desarrolla en un clima de responsabilidad moral y actitud caring, con un acompañamiento cálido, en donde se puede ayudar a la persona a que exprese sus sentimientos, potenciando así su dignidad y entendiendo el significado de la experiencia. La consecuencia de la interacción transpersonal es la mejoría en la labor de la enfermera en relación con los pacientes, ya que así detecta las condiciones auténticas en que se desenvuelven las otras personas. Su teoría guía hacia un compromiso profesional orientado por normas éticas, este compromiso ha de ser un factor motivador esencial en el proceso del cuidado.

La investigadora refiere que el cuidar es la esencia de nuestra profesión y por tal motivo las intervenciones realizadas para con el paciente se deben basar en brindar una atención de calidad, con empatía y un saber reconfortar garantizando así la seguridad del paciente, la idea de cuidado es una idea moral que debe estar inmersa en el profesional de enfermería más que una actitud solo orientada al trabajo, esto solo ocurrirá cuando exista relación de cuidado autentica entre la enfermera y el paciente.

Por otro lado cabe señalar lo que corresponde a un evento adverso puesto que para otorgar la seguridad del paciente se debe evitar la aparición de estos eventos adversos en el cuidado al paciente, para ello realizaremos una diferencia entre incidente y evento adverso, un incidente según Aibar C, Aranaz J es todo acontecimiento aleatorio imprevisto e inesperado que no produce daño al paciente ni pérdidas, entendido también como un suceso que en circunstancias distintas podría haber sido un accidente o como un hecho que no descubierto o corregido a tiempo puede implicar problemas para el paciente. Sin embargo un evento adverso, son todos aquellos acontecimientos que tienen consecuencias negativas para el paciente, gravedad expresada en forma de lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o muerte, relacionado con el proceso asistencial. Pueden ser evitables (no se habrían producido, en caso de hacer alguna actuación) o inevitables (imposibles de predecir o evitar) <sup>21</sup>.

Según Milos, un evento adverso es un accidente imprevisto e inesperado que causa algún daño o complicación al paciente y que es consecuencia directa de la asistencia sanitaria que recibe y no de la enfermedad que padece. Muchos de estos eventos adversos son inevitables por más que se esfuercen los profesionales, pero existen otros que podrían

evitarse, por ejemplo reflexionando sobre cómo se aplican determinados procedimientos (sondajes, administración de fármacos, etc.). Esta es la razón de que se promuevan programas orientados a incrementar la seguridad clínica de los pacientes<sup>17</sup>.

La investigadora refiere que un evento adverso es todo aquel acontecimiento imprevisto e inesperado que causa algún tipo de daño en el paciente trayendo consecuencias negativas que puede ocasionar incluso la muerte siendo resultado directo del proceso asistencial y no de la enfermedad que padece la persona. Así mismo cabe mencionar que muchos de los eventos adversos son inevitables como también existen los que se pueden evitar, es aquí donde se debe poner mayor análisis a los cuidados que se realicen sustentados por el conocimiento científico.

Así también Milos, hace mención que los eventos adversos más frecuentes son los errores de medicación siendo estos la primera causa de error en la atención del paciente. Sin embargo, el hecho se analiza siempre primero como un error del sistema (escaso tiempo para atender pacientes, organización inadecuada de turnos y equipos, actuaciones administrativas defectuosas, otros) no se trata de buscar culpables, sino de analizar qué circunstancias motivaron el error. Entre los tipos de errores de medicación están errores de prescripción, por omisión en la prescripción, en la hora de administración, administración de medicamento no prescrito, error de dosificación, forma farmacéutica errónea, preparación errónea del medicamento, entre otros. Entre las causas más frecuentes el autor señala, nombres confusos, aspecto o nombre parecido a otro medicamento, caligrafía ilegible, conocimiento incompleto de los nombres de los medicamentos, productos nuevos en el mercado, envases o etiquetas similares.

Otro de los eventos adversos frecuentes son las caídas de pacientes, la etiología es multifactorial y por su frecuencia y complicaciones constituyen

un problema importante en la atención del paciente hospitalizado. La prevención de las caídas es una obligación de seguridad compartida por el equipo de salud frente a factores contribuyentes como ansiedad, anemia, excitación, tendencias suicidas, depresión, presencia de somnolencia, sopor, etc. Las intervenciones de enfermería serán proporcionar acompañamientos, prescribir uso de barandas, medidas de contención, entre otros. En la experiencia chilena, las caídas han sido referidas con mayor frecuencia en mujeres, personas mayores de 75 años, personas con mayor dependencia en las actividades de la vida diaria, personas que tomaban más de tres medicamentos al día (dato asociado a presencia de patologías), personas que presentan alteraciones visuales y auditivas.

De la misma manera, las úlceras por presión son otro de los eventos adversos que se presentan en los paciente, los factores de riesgo son condiciones que interfieren con la movilidad del paciente: edad, nivel de conciencia disminuido, accidente vascular cerebral, diabetes millitus, estado nutricional alterado, incontinencia de esfínteres.

Las Infecciones intrahospitalarias constituyen una complicación frecuente en la atención clínica. En la actualidad se reconoce que son causadas por la falta de rigurosidad en el cumplimiento de las normas de prevención de IIH, durante el proceso de atención de pacientes. Estas infecciones radican en la ruptura de la cadena epidemiológica, tanto por parte del equipo de salud, como por situaciones propias del paciente, que lo hacen más vulnerable.

Del mismo modo como evento adverso también tenemos la flebitis, según la utilización de catéteres intravenosos es una de las prácticas más frecuentemente realizadas por personal sanitario. La mayoría de los pacientes hospitalizados, en algún momento son portadores de catéteres

intravasculares durante un tiempo que puede variar desde horas a semanas. La utilidad de estos para administrar medicación y soluciones terapéuticas es muy clara, entre sus ventajas podemos citar la sencillez de su colocación y el gran volumen que se puede administrar en poco tiempo.

Sin embargo, esta práctica no está exenta de complicaciones. Los sistemas intravenosos proporcionan una ruta potencial para el ingreso de microorganismos en el sistema vascular, sin pasar por los mecanismos de defensa de la piel; esto se puede manifestar con diversos grados de severidad, desde una flebitis hasta un cuadro de sepsis grave. La flebitis una de las complicaciones más frecuente, se manifiesta con inflamación e impotencia funcional. Esta última al afectar a un miembro dominante disminuiría considerablemente el confort del paciente<sup>17</sup>.

Así también Bruner<sup>23</sup> señala las complicaciones postoperatorias como eventos adversos, pues como lo menciona no existe equipo de salud que no tenga que afrontar el problema de las complicaciones que pueden presentarse en los pacientes que han sido sometidos a intervención quirúrgica. Estas posibles complicaciones están referidas principalmente a: dehiscencia de la herida, dolor de la herida, hemorragia, infección de la herida y eventraciones.

La primera complicación, dehiscencia de la herida operatoria, que por cierto es una de la más comunes y frecuente en los pacientes postoperados, es una complicación que varía mucho en función de cirujano, paciente y tipo de operación. En una herida abdominal, la dehiscencia total produce evisceración y la dehiscencia parcial profunda conduce a la eventración.

La Hemorragia de Herida Operatoria, es otra complicación, esta ocurre más frecuentemente en pacientes hipertensos o con defectos de coagulación. El hematoma de las heridas es casi siempre resultado de

hemorragia controlable por medios quirúrgicos. Una vez detectado, se debe reabrir la herida, identificar el o los vasos sangrantes y ligarlos. Otras veces es consecuencia de una hemostasia no muy prolija, antes de cerrar definitivamente la herida. Ocurren en el postoperatorio inmediato, cursan muchas veces en forma catastrófica llevando al shock hipovolémico lo que lleva a una reintervención inmediata. Otras veces es menos aguda y permite control adecuado de funciones vitales, administración de fluidos, etc. antes de reintervenir.

Así también, la Infección como otra complicación operatoria de las cuales sus manifestaciones aparecen generalmente entre el tercero y décimo días del postoperatorio, aunque con menos frecuencia pueden aparecer antes o después. El tejido celular subcutáneo es el más frecuentemente comprometido. La manifestación más frecuente es la fiebre, puede haber aumento de dolor en la herida así como edema y eritema. Prevenir la infección de la herida operatoria es uno de los aspectos más importantes en el cuidado del paciente, esto puede conseguirse reduciendo la contaminación, con técnica quirúrgica limpia y suave, sostén de las defensas del paciente y a veces antibióticos<sup>23</sup>.

La investigadora ha observado durante sus prácticas clínicas la aparición de estos eventos adversos, dentro de ellos la reacción algún tipo de medicamento, esto se desencadena por el incumplimiento de algunas enfermeras cinco correctos durante la administración de medicamentos, ya sea a la hora de administrar en medicamento, algunas veces no siguen el horario prescrito, como también, administran dosis extra para aliviar algún malestar del paciente, así también otro evento adverso a mencionar son las infecciones sobreagradadas a la enfermedad del paciente, además cabe mencionar aquí, que en el servicio de cirugía del hospital en estudio se pueden evidenciar escasez de materiales de bioseguridad en algunos,

ausencia normas de bioseguridad y guías para realizar procedimientos asistenciales, lo cual trae como consecuencia la aparición de estos eventos, otro evento adverso que se pudo evidenciar en las prácticas clínicas son las de úlceras por presión, mayormente ocurre cuando las personas adultas mayores, o tienen deteriorada su estado de conciencia o están en condiciones de postración.

Ante la aparición de estos eventos adversos que se susciten durante el cuidado al paciente surge una actividad importante que todo profesional de enfermería debe desarrollar; que consiste en la notificación de los eventos adversos, desde un punto de vista histórico los problemas de seguridad clínica de los pacientes se han abordado desde las sesiones de morbilidad y mortalidad y desde el registro de las reclamaciones y sugerencias de los pacientes. Éstas siguen siendo fuentes de informaciones muy útiles, así como los sistemas de auditoria de historias clínicas u otros registros clínicos que permiten conocer la frecuencia de los problemas de seguridad y, en algunas ocasiones, las causas.

Según Bañares<sup>22</sup> la creación de sistemas de registro y notificación de problemas de seguridad puede complementar las fuentes anteriormente descritas. El informe del Institute of Medicine (IOM) estableció que los sistemas de notificación constituyen una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia. Este informe establece que los sistemas de notificación pueden cumplir dos funciones: se pueden orientar hacia garantizar la responsabilidad social (de tal forma que los proveedores rindan cuentas sobre la seguridad de su práctica) o, de forma alternativa o complementaria, para que los proveedores proporcionen información útil sobre la mejora de la seguridad.

Cabe recordar que los sistemas de registro y notificación no pretenden ser una estimación de la frecuencia de los eventos adversos (EA) y de los incidentes en el sector sanitario, es decir de su epidemiología, sino una forma de obtener una información valiosa sobre la cascada de acontecimientos que llevan a la producción de uno de estos acontecimientos. Los sistemas de registro sirven para recopilar información tanto de eventos adversos como de incidentes y permiten aprender de los fallos que se detectan.

Las principales barreras identificadas para la notificación son las siguientes: la falta de conciencia de que un error ha ocurrido, la falta de conciencia de qué se debe documentar y porqué, la percepción de que el paciente es indemne al error, miedo a las acciones disciplinarias o denuncias, la falta de familiaridad con los mecanismos de notificación, pérdida de autoestima, los profesionales sienten que están demasiado ocupados para documentar, la falta de “feedback” cuando se produce un registro.

Es así que se debe considerar la comunicación oportuna del personal de salud en la notificación de eventos adversos para la seguridad en el cuidado; pues haciendo mención que la comunicación dentro del equipo de salud es un fenómeno social y humano está presente en todos los órdenes de la vida. Y en el equipo de salud cumple una función importantísima. Atender a los procesos de comunicación del interior del equipo de salud es clave para fortalecer el trabajo en equipo y brindar un mejor cuidado, convirtiéndose en un eje estratégico y es un puente para superar las barreras, por lo tanto al relacionar esta comunicación efectiva en el equipo de salud, respecto a la notificación de EA, podemos darnos cuenta cuán importante, es mantenerla de una manera adecuada.

Un proceso de notificación permite mejorar e implementar la seguridad de los pacientes en diferentes sentidos: alertando de nuevos riesgos (ej.: efectos adversos de un nuevo fármaco), compartiendo la información sobre nuevos métodos para prevenir errores y creando una cultura de seguridad. El análisis de los datos permite revelar tendencias y riesgos que requieren la atención y también recomendar buenas prácticas a seguir.

Es por tal motivo donde radica lo importante que debe ser la comunicación entre el equipo de salud, para que sea notificada adecuadamente los diferentes eventos adversos que puedan desarrollarse en el servicio; generando beneficios a uno mismo y para la sociedad, los cuales incluyen: demostración de la responsabilidad del sistema sanitario, transparencia y, a medio y largo plazo, incrementar la confianza en el sistema sanitario. Un sistema sanitario que reconoce que puede fallar y que está trabajando para identificar los errores y plantear las mejoras correspondientes podrá generar mayor confianza entre los profesionales y la comunidad a la que atiende.

Por consiguiente cabe señalar que también el reporte y notas de enfermería son un medio importante para la notificación de eventos adversos Según Kozzier<sup>15</sup> manifiesta que los reportes de enfermería son un informe que se realiza a través de la comunicación verbal al finalizar el turno, que consiste en la exposición sobre todos los acontecimientos sucedidos durante el turno en el cliente. Por lo tanto su finalidad es garantizar la continuidad del cuidado y de mejorar la calidad de la atención de los usuarios, además de los progresos del mismo, así como de aspectos de los cuales se deben estar pendientes y que deben ser vigilados en el cuidado de los enfermeros del servicio, ya sea para la prevención de los EA.

El método de transmisión de la información es a través del kárdex, y además a este informe que se realiza en el cambio de turno debe asistir todo el personal de enfermería, en donde cada miembro está informado sobre todo lo que acontece a la persona y pueda intervenir si es necesario a fin de completar la información. Es útil ya que brinda la información de, lo que ha acontecido en los pacientes durante el turno y le permite planear la atención en forma mental, pero ello requiere de la capacidad de resolución de problemas y la aplicación de conocimientos propios de la enfermera, pudiendo así ofrecer o dar una mejor atención acorde a sus necesidades.

Considerando que la seguridad en el cuidado a la persona hospitalizada es de gran relevancia, ya que guarda relación con la calidad de la atención que brindan los profesionales de la salud, para ello debe ser puesta en práctica en todos los servicios del hospital, sobre todo en aquellas áreas como las de Emergencias, Unidad de Cuidados Intensivos, Cirugía ya que aquí es donde se deben incrementar las medidas de seguridad y cuidado integral especializado de enfermería al paciente a fin de estabilizar su estado de salud; para lo cual se ha visto relevante hablar del período postoperatorio ya que el escenario de la investigación se realizó en el servicio de cirugía del Hospital Essalud Naylamp.

Según Bruner y Suddart, el período postoperatorio se extiende desde el momento en que el paciente deja el quirófano hasta la última visita de seguimiento con el médico. Este período puede ser tan corto como una semana o prolongarse por varios meses. Durante el período postoperatorio, los cuidados de enfermería se dirigen a restablecer el equilibrio fisiológico del paciente, aliviar el dolor, prevenir complicaciones y enseñar los cuidados personales necesarios<sup>23</sup>.

Vicente, menciona que el postoperatorio es el período comprendido entre el final de la intervención quirúrgica y el alta del paciente; así mismo

señala que en este período existen dos fases: el postoperatorio inmediato y el postoperatorio tardío; el postoperatorio inmediato abarca las primeras 48 horas se caracteriza porque el paciente presenta gran inestabilidad de las funciones vitales debido al acto quirúrgico y anestésico. Durante este período el paciente debe ser trasladado a una unidad de recuperación postanestésica (URPA), donde se le puede controlar de manera adecuada, y puede ser prevenido de los problemas potenciales y reales secundarios a la anestesia y cirugía. El período postoperatorio tardío se inicia en el momento en que el paciente abandona la sala de reanimación con un nivel de consciencia adecuado, y constantes vitales estabilizadas y se traslada a la unidad de cirugía<sup>24</sup>.

La investigadora menciona que el periodo postoperatorio comprende entre el final de la intervención quirúrgica y el alta del paciente, este periodo presenta dos fases las cuales son el inmediato, que abarca las primeras 48 horas y los cuidados de enfermería se dirigen a restablecer el equilibrio fisiológico del paciente, aliviar el dolor, prevenir complicaciones; la fase del período postoperatorio tardío se inicia al momento en que el paciente egresa de sala de reanimación con un nivel de consciencia adecuado, y constantes vitales estabilizadas y se traslada a la unidad de cirugía para recibir los cuidados necesarios y completos.

## **CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO**

### **2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

En la realización del presente trabajo de investigación se utilizó el enfoque de investigación cualitativa. Según Pineda “La investigación cualitativa es un proceso inductivo, interpretativo, interactivo y recurrente; utilizada cuando existe la necesidad de trascender y profundizar en los

fenómenos en estudio y hacerlo en el medio donde estos ocurren; este proceso se realiza cuando existen vacíos de conocimientos, o sea cuando se sabe poco de un fenómeno, una experiencia o un concepto”<sup>25</sup>.

Por otro lado, Según Hernández Sampieri señala que la investigación cualitativa se enfoca a comprender y profundizar los fenómenos, explorados desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto. Este enfoque busca comprender la perspectiva de los participantes acerca de los fenómenos que los rodean, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados, es decir, la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad <sup>26</sup>.

El investigador, en la metodología cualitativa pretende conocer la realidad del objeto de la investigación desde el punto de vista de los propios sujetos de estudio, así también conocer a las personas en su contexto, llegando a saber lo que sienten para poder comprender cómo ven las cosas. Para el investigador cualitativo todas las perspectivas son valiosas, no busca “la verdad”, sino una comprensión detallada de las perspectivas de las personas que participan en el estudio, y para ello, debe apartar sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones<sup>27</sup>.

Por consiguiente en la presente investigación se desarrolló este método porque permitió conocer como es la seguridad en el cuidado de la persona hospitalizada, partiendo de los datos obtenidos a través de las entrevistas semi-estructuradas a los sujetos de estudios, y no solo se basó en la recolección de los datos para evaluar modelos o teoría preconcebidas. Al contrario a través de este tipo de investigación las personas en estudio participaron activamente durante todo el proceso de la investigación, lo cual permitió establecer una buena empatía entre el sujeto de estudio y el

investigador, y así cumplir con los objetivos planteados, lo cual fue el fin de esta investigación.

## **2.2. ABORDAJE METODOLÓGICO**

Desde la perspectiva metodológica cualitativa, se orientó el estudio hacia un abordaje de estudio de caso, “es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad de circunstancias importantes”<sup>28</sup>.

Es una herramienta de investigación, que se ha utilizado ampliamente en el ámbito clínico y en el campo social, como una forma de ayudar a entender los fenómenos humanos, de modo que ofrece una comprensión más profunda de estos. Proporciona información única, inalcanzable por cualquier otro método, enfocado a la investigación más estructurada y formal. Comprende el análisis repetido y a profundidad de las personas. Habitualmente, esta técnica se realiza a lo largo de un periodo prolongado y por lo común incluye observaciones repetidas, entrevistas no estructuradas y otros procedimientos más formales. Esta técnica resulta una opción para obtener datos ricos en detalles y tienden a crear una descripción vivida de la persona estudiada<sup>29</sup>.

Esta investigación, permitió la obtención de información desde diferentes perspectivas, ya que cada persona por ser única en su totalidad tiende a tener múltiples puntos de vista en relación a la investigación de seguridad en el cuidado de la persona hospitalizada, considerando su realidad social de la persona, posteriormente se realizó el análisis profundo para unificar la información que sea relevante y así alcanzar comprensión del objeto de estudio.

Según Andrade Martins<sup>30</sup>, propone 5 fases para el desarrollo de estudio de caso los cuales fueron aplicados a la investigación:

Fase Exploratoria: se realizó una búsqueda de antecedentes del estudio y construcción del marco teórico, lo cual nos permitió delimitar el problema de investigación y direccionar el estudio a través de los objetivos planteados; posterior a ello nos ubicamos en el escenario de investigación para identificar a los sujetos de investigación quienes nos brindaron la información a través de las entrevistas.

Planeamiento: el planeamiento de un estudio de caso debe tratar de todo un proceso de construcción de una investigación: preguntas a responder, proposiciones de estudio, fijación de parámetros, elaboración de protocolo detallado, estrategia de recolección de datos y evidencias, como analizar los resultados, cómo dar importancia al estudio y las conclusiones, redacción, edificación y el formato de informe sobre el estudio de caso.

En esta etapa de planeamiento se realizó cada proceso mencionado, partiendo de la pregunta de investigación a la cual se llegó después de realizar la problemática del estudio, ¿Cómo es la Seguridad en el Cuidado de la Persona Hospitalizada en el Servicio de Cirugía - Hospital Essalud Naylamp, Chiclayo 2013?, posteriormente la metodología empleada en este estudio quedo detallada, la cual servirá de guía para las siguientes investigaciones.

Recolección de datos y evidencias: la recolección de datos debe ser pautada por un plano formal; el investigador debe tener un comportamiento adaptable y flexible, de manera de transformar situaciones imprevistas en oportunidades para mejor comprender un fenómeno de estudio. Por más rigor en el planeamiento de trabajo de colecta de datos, generalmente la realidad acaba por sorprender y en estas

situaciones imprevistas el investigador precisará mostrar habilidades para revertir lo ocurrido a favor de la investigación.

En esta etapa de estudio, en inicio se diseñó el instrumento para la recolección de datos el cual fue aplicado a una prueba piloto con 2 enfermeras asistenciales, cuyos resultados nos permitió modificar algunas preguntas, posteriormente se aplicaron las entrevistas semi- estructuradas a 7 enfermeras del servicio de cirugía, previa solicitud del consentimiento informado.

Análisis de los resultados: consiste en examinar, clasificar y frecuentemente categorizar los datos, opiniones e informaciones recolectadas, o sea a partir de una teoría preliminar y resultados encontrados, construir una teoría que ayude a explicar el fenómeno del estudio.

En esta fase de análisis la investigadora desempeñó una labor minuciosa en detallar y dejar claro todas las evidencias relevantes encontradas realizando en análisis con la literatura y así llegar a las conclusiones las cuales servirán de guía a posteriores investigaciones.

Presentación del informe: en esta fase se aplicó la estructura analítica lineal, que trata de un enfoque estándar orientado por una secuencia de temas que incluye el tema, la pregunta, y el problema que está siendo estudiado, una revisión de la literatura, o sea exposición de plataforma teórica de estudio, las técnicas de recolección de datos utilizadas, los resultados obtenidos, conclusiones y recomendaciones.

### **2.3. SUJETOS DE INVESTIGACION**

Según Burns y Grove, los sujetos que participan en los estudios de investigación cualitativa se denominan “participantes”. Estos pueden

involucrarse voluntariamente en un estudio o ser seleccionados por el investigador por sus particulares conocimientos, experiencias u opiniones relacionadas con el estudio<sup>31</sup>.

La presente investigación tuvo como sujetos de investigación al profesional de enfermería que trabaja en el servicio de cirugía del Hospital Naylamp, el mismo que está conformado por 7 enfermeras asistenciales, teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión: profesionales de enfermería que tengan como mínimo un año de contrato en la institución, enfermeras que tengan como mínimo tres meses laborando en el servicio de cirugía. Y como criterios de exclusión: enfermeras que están haciendo pasantías en el servicio de cirugía, internas de enfermería; para la triangulación de datos se consideró 4 pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía, se tuvo en cuenta criterios de inclusión: pacientes postoperados con 2 días de estancia hospitalaria y pacientes reingresados después del alta hospitalaria; la muestra fue obtenida a través del método de saturación y redundancia de contenido.

La triangulación según Flick; se puede utilizar como un enfoque para fundamentar más el conocimiento obtenido con los métodos cualitativos. La convergencia de los resultados de diferentes fuentes ofrece un alto grado de confiabilidad con el estudio, más allá de otras estrategias impulsadas por la investigación. El Proceso de triangulación asegura que los resultados de un estudio de caso será convincente y preciso, lo que permite una investigación de estilo corroborativo<sup>32</sup>.

#### **2.4. ESCENARIO**

El escenario lo constituyó el Hospital Naylamp, en el servicio de cirugía, siendo un Hospital que pertenece al Seguro Social de Salud donde

se brinda servicios de emergencia, consulta externa, hospitalización y programas de promoción de la salud.

La investigadora ha observado en los diferentes servicios donde tuvo la oportunidad de realizar sus prácticas pre-profesionales como la enfermera brinda el cuidado a la persona hospitalizada y consideró la factibilidad de realizarlo en el servicio de cirugía del Hospital Naylamp, siendo este un servicio donde se encuentran pacientes en el período postoperatorio mediato y es allí donde se debe extender las medidas de seguridad de la persona hospitalizada para así evitar la aparición de eventos adversos y contribuir con su pronta recuperación.

El servicio de cirugía está ubicado en el sexto piso del hospital Naylamp cuya estructura es vertical, para el ingreso se puede hacer a través de las vías de acceso como ascensor y escaleras; es un servicio conformado por 7 profesionales de enfermería, 6 técnicos de enfermería; las especialidades que se atienden en este servicio son oftalmología, otorrinolaringología, ginecología, urología, cirugía general, cuenta con el Star de Enfermería que está ubicado en el mismo lugar donde es el tópico se pudo evidenciar que el coche de paro no está debidamente implementado; además cuenta con una diversidad de registros como: cuaderno de incidencias, libro de registros de hospitalización, cuaderno de censo diario, estos hacen que la comunicación interpersonal sea la mejor y adecuada; no cuenta con organigrama, que indique la estructura organizacional, además las enfermeras manifiestan que no cuentan con ningún manual que guía sus funciones en la organización (MOF, CAP, MAPRO, etc.) por otro lado, las habitaciones de los pacientes las camas se encuentran sin los barandales levantados, existe estrecha dimensión para el movimiento de camas o tránsito de sillas de ruedas, el ambiente de los baños son de pequeño espacio y poco iluminados así también no existe pasamanos que facilite la deambulación del paciente.

## **2.5. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

En los estudios cualitativos, el formato de las entrevistas acostumbra a no ser limitado de antemano. Aunque el investigador conozca los temas de la entrevista, no fija una secuencia para hacerla. Las preguntas dirigidas en las entrevista tienden a cambiar a medida que el investigador aumenta sus evidencias a partir de entrevistas previas y observaciones. Los entrevistados son alentados siempre a sacar a flote impresiones importantes pero no son dirigidos por el investigador <sup>25</sup>.

El instrumento de recolección de datos que se empleó en esta investigación se desarrolló teniendo en cuenta los objetivos, el enfoque y el diseño, pues dependiendo de ellos se determinó la calidad de la información, cuyo instrumento utilizado fue la entrevista semiestructurada la cual fue aplicada a los sujetos de estudio y los informantes de la investigación, la cual estuvo guiada por cuatro preguntas sobre la seguridad en el cuidado de la persona hospitalizada cuyo propósito fue obtener datos válidos y confiables para su procesamiento y análisis. Para la aplicación de este instrumento se solicitó consentimiento informado, solicitando su participación e informando que se empleará un iPhone para grabar la entrevista la cual será guardada bajo un pseudónimo para así mantener el anonimato de los participantes.

Así mismo como primer punto se realizó la validación del instrumento a través de la prueba piloto con 2 enfermeras asistenciales, cuyos resultados nos permitió modificar la pregunta número uno, la cual nos permitía alcanzar los objetivos de la investigación, también fue revisado por la asesora de la investigación, tomando en cuenta las sugerencias del orden de las preguntas.

Por consiguiente se realizaron dichas entrevistas semiestructuradas a las enfermeras asistenciales, y se logró saturar a partir de la sexta

entrevista por criterios de redundancia en las interrogantes planteadas, en los pacientes se saturó la información a partir de la cuarta entrevista, así también cabe señalar que la aplicación de las entrevistas se realizó dentro del horario de trabajo de las enfermeras. Por otro lado los inconvenientes que hubo durante la ejecución en un inicio fueron la poca accesibilidad para el ingreso al hospital por el retraso de la carta de autorización para ejecutar el proyecto, así como también el cruce de horarios de asistencia con la universidad.

## **2.6. PROCEDIMIENTO**

La presente investigación se inició solicitando el respectivo permiso a la Institución ESSalud para la ejecución del proyecto, en primer lugar a la Gerencia del HNAAA de Chiclayo, con colaboración de la Dirección Académica de la Universidad, asimismo el permiso para la ejecución de la investigación se obtuvo con retraso. Para la elección de los sujetos de investigación se tuvo en cuenta los criterios de inclusión. El contacto se realizó en momentos de labor asistencial de las enfermeras, se brindó una breve explicación de la entrevista a realizar y de los objetivos de la investigación, mencionándoles en todo momento que el anonimato y privacidad rige en toda la investigación, así el participante eligió libremente aceptar la entrevista. Una vez obtenida la autorización por parte de los sujetos de estudio, se procedió a realizar la recolección de datos mediante la entrevista semiestructurada.

La entrevista a las enfermeras asistenciales (Anexo N°02) se hizo a través de las 4 preguntas orientadoras, de igual manera en los pacientes . Las cuales siguieron los objetivos de la investigación, la saturación de contenido en las enfermeras se obtuvo a partir de la sexta entrevista y en los pacientes a partir de la cuarta entrevista, lo cual nos permitió obtener información sumamente valiosa. Así también se les incitó a responder con

veracidad, teniendo en cuenta la libre decisión de responder según su criterio, donde se proporcionó un clima confiable e íntegro, respetando y no imponiendo repuestas.

## **2.7. ANÁLISIS DE DATOS**

Una vez que se ha obtenido la información, se procedió a realizar el tratamiento de los datos mediante el análisis de contenido temático que permitió realizar la categorización a través de la descontextualización de los discursos, los cuales fueron identificados con pseudónimos de modo que garantice el anonimato de los participantes, obteniéndose finalmente la conformación de categorías y subcategorías.

Así también, fue empleada la triangulación de los datos que señala Andrade Martins; la fiabilidad de un estudio de caso será capaz de estar garantizada por la utilización de varias fuentes de pruebas, y la importancia de los resultados tendrá más calidad, incluso si las técnicas son diferentes. La convergencia de los resultados de diferentes fuentes proporciona un excelente grado de fiabilidad para el estudio, mucho más allá de otras estrategias impulsadas por la investigación. La triangulación de proceso aseguró que los hallazgos de un estudio de caso serán convincentes y precisos, lo que permite una investigación corroborativa.

Cuando hay convergencia de las distintas fuentes de evidencia, no es un hecho que va a ser capaz de ser tratado como un descubrimiento y la conclusión correcta o considerado como una evidencia de que se descubrió y conclusión adecuada ni considerarse como prueba de que se unió a otros para lograr una mejor comprensión y la interpretación de un fenómeno. Por otro lado, cuando no hay convergencia entre las fuentes de pruebas también puede obtenerse resultados y conclusiones de las técnicas aisladas para la recolección de datos<sup>30</sup>.

Se aplicó esta estrategia de triangulación de datos en los discursos obtenidos en las entrevistas, lo cual nos permitió corroborar la información brindada por la enfermera y la que señalan los pacientes, y así realizar el análisis exhaustivo.

Por otro lado, para concluir en las categorías, se estructuró el análisis a través de las etapas que menciona Vitores, A. El análisis de los datos se comienza a efectuar bajo un plan general, pero su desarrollo puede ir sufriendo modificaciones de acuerdo con los resultados que se van obteniendo. Podríamos imaginarlo, más que como un desarrollo lineal, como un espiral, en la cual se van cubriendo varias facetas o diversos ángulos del mismo objeto de estudio. Sin embargo, a modo de guía, podemos resumir sus propósitos centrales en los siguientes: Darle orden a los datos, organizar e interpretar las unidades, categorías, los temas y los patrones, describir las experiencias de las personas estudiadas bajo su óptica, en su lenguaje y con sus experiencias, comprender profundamente el contexto en que se recolectaron y ligarlo analíticamente a los datos obtenidos, explicar contextos, situaciones, hechos, fenómenos<sup>33</sup>.

Las etapas que guiaron el análisis de datos fueron:

Pre análisis: para ello se entrevistó a las enfermeras y a los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía a quienes se les realizó una entrevista semiestructurada, y a la vez se protegió su identidad otorgándoles pseudónimos a través de letras alfabéticas, los que de forma posterior sirvieron para la organización de los datos encontrados, consecutivamente se realizó una lectura y relectura de las entrevistas para ir descartando los datos que no sería de utilidad para la investigadora, cambiándose de un lenguaje “Emic” a un lenguaje “Etic”.

Codificación: de la información que se obtuvo en las entrevistas se realizó el análisis de las mismas y luego de identificar los fragmentos

homogéneos presentes en los textos, se procedió a la creación de las categorías, teniendo en cuenta el objetivo del estudio y el objeto de la investigación, en este caso la seguridad en el cuidado de la persona hospitalizada en el servicio de cirugía.

Categorización: una vez que la investigadora conoció lo que significan los datos, se procedió a resumir y representar para su mejor comprensión e interpretación, y así relacionarlos de acuerdo a los propósitos dando paso a las categorías para la elaboración de las conclusiones. Teniendo en cuenta esta etapa, las categorías, junto con sus respectivas subcategorías se construyeron a partir de la fiabilidad y validez de los textos, producidos por las enfermeras asistenciales, pacientes y familiar cuidador.

## **2.8. CRITERIOS ÉTICOS**

En este trabajo de investigación se aplicaron los criterios éticos establecidos en el modelo de Bioética Personalista de Mons. Elio Sgreccia<sup>34</sup>, la cual “Considera a la persona, en su dignidad universal, como valor supremo y como fundamento ético, procurando además enunciar las categorías esenciales de la persona, esto es su naturaleza única, integral, relacional y social” se aplicaron los siguientes principios:

Respecto al primer principio: valor fundamental de la vida física; la investigadora respetó en todo momento a los sujetos de estudio, en este caso a las enfermeras asistenciales del servicio de cirugía del Hospital Naylamp, así como también a las fuentes informantes que fueron los pacientes, por ser ellos los participantes de la investigación, considerándolos como un ser holístico, cuidando su integridad física, psicológica, social y espiritual y haciendo valer su dignidad como persona durante todo el proceso de investigación; así mismo cabe mencionar que en todo momento la investigadora se abstuvo en considerar a los participantes solo como un medio para el logro de los objetivos de la investigación, al

contrario se logró establecer un clima de respeto, sinceridad y seguridad entre ambos participantes (enfermeras, pacientes -investigadora), así mismo en modo de protección de su identidad al momento de la aplicación de entrevistas estos se mantuvieron en anonimato otorgándose a cada entrevista un seudónimo de numeración, posterior al análisis fueron eliminadas.

En el principio de libertad y responsabilidad, los sujetos de estudio asumieron por libre voluntad y sin ninguna presión participar libremente asumiendo responsabilidad de la investigación realizada en el servicio de cirugía del Hospital Naylamp, y emitieron su autorización al firmar el consentimiento informado proporcionado por la investigadora, en donde se dio a conocer claramente los objetivos que persigue esta investigación. Así mismo la responsabilidad asumida de la investigadora fue describir los discursos según fueron enunciados, sin alterar el mensaje, transcribiendo de forma clara para el mejor entendimiento de los lectores y con ello también motivar e incentivar a seguir investigando acerca de temas relacionado a la gestión en salud en enfermería.

Con respecto al principio de socialidad y de subsidiaridad se consideró que los participantes tienen derecho a un trato justo y equitativo, antes, durante y después de su participación. Es decir realizar una selección justa y no discriminatoria de los sujetos, así mismo el trato que fue libre de prejuicios, llegándose a cumplir todos los acuerdos establecidos entre la investigadora y los sujetos de investigación. Este principio también hace referencia que es una obligación social el garantizar la salud de todos, por ende esta investigación busca el bienestar común, por ello la investigadora se compromete a realizar la difusión y publicación de los resultados de la investigación, así como también las conclusiones y recomendaciones a la que llegaron.

## **2.9. CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO**

La calidad de la investigación en ciencias de la salud es un aspecto fundamental que los investigadores permanentemente deben garantizar. La calidad de la investigación estuvo determinada por la práctica del rigor científico que está dado por los siguientes principios:

La credibilidad se logra cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio, recolecta información que produce hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. Así entonces, la credibilidad se refiere a cómo los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado<sup>35</sup>.

La investigadora depositó la confianza en toda la investigación para probar que lo investigado es cierto desde una buena recolección de datos con los sujetos que implicó la dedicación prolongada de tiempo suficiente en las actividades de colecta de datos para comprender a profundidad la cultura, el lenguaje o los puntos de vista del grupo que se estudia y someterla a prueba para detectar desinformación o distorsiones, así también este principio fue esencial para establecer una relación de confianza y empatía con los informantes y observación persistente que hace referencia a concentración de investigador.

Así mismo cuando se aplicó el principio de Transferibilidad o aplicabilidad en la investigación cualitativa, se trató de examinar que tanto se ajustan los resultados con otro contexto, mencionado en la metodología con claridad, sobretodo haciendo énfasis el escenario que

permita así al lector establecer comparaciones y transferencias a un contexto diferente y generar nuevas propuestas y soluciones.

### **CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN**

El presente capítulo tiene la finalidad de dar a conocer las categorías y subcategorías, como resultado de la investigación a través de los discursos de las enfermeras asistenciales entrevistadas y de los pacientes, teniendo siempre en cuenta los objetivos de la investigación: describir y analizar la seguridad en el cuidado a la persona hospitalizada en el servicio de cirugía - Hospital Naylamp.

Así mismo los discursos que se redactaron fueron posteriores al tratamiento de los resultados según el método de estudio, seguido de esto se realizó un análisis en confrontación con la literatura. De los cuales emergieron las siguientes categorías y subcategorías presentadas a continuación:

Categoría 1.-Actividades que garantizan la seguridad del cuidado del paciente

- Aplicabilidad de la valoración de enfermería
- Gestión de recursos materiales para la seguridad en el cuidado
- La administración correcta de medicamentos proporcionan seguridad en el cuidado
- Educación durante la estancia hospitalaria y al momento del alta para asegurar un cuidado de calidad

Categoría 2.- Identificación de los eventos adversos para garantizar la seguridad en el cuidado

- Complicaciones postoperatorias como eventos adversos

- Caídas de los pacientes durante la estancia hospitalaria como eventos adversos
- Flebitis por catéter venoso periférico como evento adverso

Categoría 3.- Notificando eventos adversos en la seguridad en el cuidado del paciente

- Comunicación oportuna del personal de salud en la notificación de eventos adversos para la seguridad en el cuidado
- El reporte y notas de enfermería como medio importante para la notificación de eventos adversos

### **CATEGORÍA 1: Actividades que garantizan la seguridad en el cuidado del paciente**

Según León<sup>36</sup>, la enfermería es una profesión con profundas raíces humanistas, genuinamente preocupada por las personas que confían en su cuidado, en especial de quienes experimentan una situación de enfermedad y sufrimiento. Sus fundamentos dan sustento a una práctica, profundamente humanista, que ha evolucionado con el avance científico-técnico. Acorde con su propósito de superación, se acoge a la corriente que tiende a garantizar la calidad en los sistemas de los servicios de salud, que busca satisfacer las necesidades de la sociedad.

Es así que dentro del sistema de salud se requiere que todos los responsables en la atención de la población, se involucren con las acciones destinadas a mejorar la calidad del servicio en los diversos ámbitos. La calidad tiene un valor tan importante como la salud; es por ello que el personal de enfermería, como miembro del equipo de salud, debe

desarrollar una cultura de calidad e incorporarse a los programas con una actitud pro-activa. Es en este sentido que al brindar seguridad en cuidado se busca satisfacer las necesidades de la persona cuidada, con ello garantizar la calidad en el cuidado.

Hablar de seguridad del paciente se conoce como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Así mismo la seguridad del paciente es un objetivo de las ciencias de la salud que enfatiza en el registro, análisis y prevención de los fallos de la atención prestada por los servicios sanitarios, que con frecuencia son causas de eventos adversos<sup>1</sup>.

La práctica sanitaria conlleva riesgos para los pacientes y los profesionales que brindan asistencia sanitaria. Conforme las técnicas diagnósticas y terapéuticas se vuelven más sofisticadas estos riesgos, como es previsible, aumentan. En términos técnicos se habla, en estos casos, de que el paciente sufre un evento adverso (EA), que es consecuencia directa de la asistencia sanitaria que recibe y no de la enfermedad que padece. Muchos de estos eventos adversos son inevitables por más que se esfuercen los profesionales, pero existen otros que podrían evitarse, por ejemplo reflexionando sobre cómo se aplican determinados procedimientos (sondajes, administración de fármacos, etc.).

Es por ello que según lo mencionado párrafos arriba, la Alianza por la Seguridad del Paciente (ASP) proporciona al personal de Salud, siete actividades, que nos aseveran que el paciente estará seguro: 1.-Construir una cultura de seguridad: El personal de salud en esta actividad deberá adquirir conciencia de que las cosas pueden ir mal, de reconocer errores, aprender de ellos y sobre todo actuar para mejorar las cosas. Esta actividad

está dirigida a compartir información abiertamente con todo el equipo de salud, entendiendo que las cosas no están sólo ligadas al individuo, sino también al sistema en el que trabaja. Por lo tanto esta actividad permite al personal de Salud abordar qué fue mal en el sistema sanitario, para luego proporcionar ayuda, aprender lecciones y prevenir así la recurrencia del EA, entonces, la construcción de una cultura de seguridad, deberá afectar directamente a la misión, visión y objetivos de la institución de salud, siendo la seguridad del paciente parte de la estrategia, misión, visión, objetivos, indicadores, proyectos y forma de trabajar.

La Segunda actividad corresponde: El liderazgo del equipo de personas; el liderazgo generará sin menor duda, que el trabajo organizacional tenga dirección, y produzca el cumplimiento del objetivo, que en este caso es disminuir EA. El liderazgo del equipo mantendrá las políticas claras, aumentará la motivación, proporcionará un entorno abierto a cambios, escucha, comunicación, a aprender y la mejora continua, y por otro lado permite la involucración de todo el equipo de salud.

Sin embargo el líder en esta actividad tiene un rol importante: fomentar una cultura abierta y justa, liderazgo de su equipo, integrar la gestión de riesgos con la gestión global de la organización, promover la comunicación de eventos adversos, involucrar y comunicar a pacientes y familiares, aprender de los errores y enseñar a aprender al personal de cómo y por qué los EA suceden, implementar soluciones que reduzcan el riesgo mediante cambios en prácticas, proceso o sistema.

Por otro lado la tercera actividad, que es Integrar las tareas de gestión de riesgos, permite a las organizaciones incorporar la gestión de riesgos a su sistema de gestión, incluyendo las herramientas de gestión de riesgos. Existiendo dos tipos de riesgos: 1.- R. Clínicos (ligados a pacientes directamente) y 2.- R. No Clínicos: Tecnológicos, Administrativos,

seguridad, Finanzas, RRHH, Recursos Materiales, Todos pueden afectar potencialmente al paciente.

Cuarta actividad: Promover que se informe, la información es necesaria e importante para asegurar que se aprenda de las lecciones y se actúe proactivamente para prevenir y mejorar, para disponer a nivel nacional de una fuente de base para análisis y recomendaciones, nos permite también que las lecciones aprendidas localmente robustecen a nivel nacional y por ultimo incluye aprendizaje, tanto de eventos que han producido daños como de los que no.

Actividad cinco: Involucrar y comunicarse con pacientes y público; se realizará a través de: 1.- La motivación: esto permite involucrar a los pacientes en los diferentes aspectos de la sanidad, pudiendo así mejorar la seguridad y el servicio prestado mediante: identificación precoz de riesgos y problemas por parte de los pacientes, aportación de ideas y preocupaciones que puedan suponer mejoras, las soluciones serán más viables y realistas con su participación. 2. Involucrar a los pacientes y al público en el desarrollo de servicios más seguros: Los pacientes son “expertos” en su estado y pueden ayudar a identificar riesgos y soluciones a problemas de Seguridad del Paciente, y por último, 3.- Promover un diálogo abierto y bidireccional entre profesionales de salud y pacientes ante eventos adversos.

La penúltima actividad denominada: Aprender y compartir lecciones de seguridad, permite reportar y analizar causas originadoras de los EA y aprender para prevenir, en esta actividad se emplea una herramienta, conocida como la herramienta cronológica (Herramienta para una investigación sistemática, más allá del individuo, de causas subyacentes y contexto o ambiente en que se produce el evento adverso), que emplea las

siguiente preguntas: Qué ocurrió, Cómo y por qué ocurrió, Qué reportar, Qué datos incluir, Cuándo reportar y Cómo analizar y llegar a acciones en base a la información.

Y por último, Implementar soluciones para prevenir daños, esta tiene como objetivos trasladar las lecciones y cambios e incorporarlos a nuestros procesos y sistemas, también permite asegurar soluciones, estas deben ser realistas, sostenibles y efectivas en coste y fomentar la introducción controlada: evaluación de riesgos. Esta séptima actividad se realiza a través de: 1.- Aprendizaje activo: donde las lecciones identificadas son embebidas en la cultura y práctica de la organización. 2.-Proceso de implementación; este es un tema que puede desarrollar la enfermera a través de la observación de todos los EA, generando un programa, o protocolo que haga que las prácticas sean seguras <sup>13</sup>.

Luego de analizar esta gran categoría referida a las actividades que garantizan la seguridad del cuidado en el paciente, la investigadora identificó actividades y procesos en los discursos de los entrevistados, referente a lo expuesto, lo que nos permitió abordar tres subcategorías, las cuales detallaremos a continuación, en la cuales se omiten algunas de las actividades mencionadas de antemano, pero donde otras se ven reforzadas.

En la primera sub categoría se hablará de la aplicabilidad de la valoración de enfermería, reconociendo esta actividad/proceso como inicio para garantizar la seguridad en el cuidado de la persona.

- **Aplicabilidad de la valoración de enfermería**

El Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.) es la aplicación del método científico a la práctica asistencial de la enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y

sistemática y porque no decirlo permite garantizar la seguridad en el cuidado del paciente. Este proceso comprende de cinco etapas que están íntimamente interrelacionada: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Valorar es un proceso de “descubrimiento”, y descubrir quiere decir que no se sabe algo de antemano. Por tanto, la valoración enfermera es pues la primera fase del P.A.E, constituye la base de las siguientes, pudiendo ser considerada, desde esta perspectiva como la piedra angular de la totalidad de trabajo enfermero, ya que es el método idóneo para aportar la información que ha de permitirnos formular el diagnóstico enfermero, y a partir de éste a proponer y llevar a cabo intervenciones enfermeras encaminadas a su logro y evaluarlas<sup>15</sup>.

La persona que se admite en una unidad hospitalaria para atención postoperatoria tiene diversas necesidades por satisfacer. Los pacientes gravemente enfermos o aquellos sometidos a cirugías mayores, como cardiovascular, pulmonar o neurológica, se ingresa a unidades de cuidados intensivos especializados para que se les proporcione vigilancia estrecha, así como apoyo e intervenciones avanzadas.

En tal sentido, la unidad del paciente se prepara al reunir el equipo y suministros necesarios cuando se avisa al personal del área de hospitalización que el paciente ya viene en camino de la Unidad de cuidados postanestésico (PACU), la enfermera del PACU proporciona a la enfermera que recibe al paciente, los datos relacionados con el estado de este, la enfermera que lo recibe revisa las ordenes posoperatorias, lo admite al área de hospitalización, realiza la valoración inicial y atiende sus necesidades inmediatas.

Entonces al momento de la recepción del paciente es cuando la enfermera aplica la valoración de enfermería, el cual parte desde la correcta

identificación al paciente, en la Directiva N°009-GG- EsSalud- 2013 hace mención la identificación verbal del paciente, en el cual todo el personal de salud asistencial y administrativo de los centros asistenciales de EsSalud identifica verbalmente al paciente, repitiendo los datos identificativos inequívocos (nombres y apellidos) en todos los contactos de atención sanitaria. Así también, la identificación física de pacientes mediante pulsera; para evitar situaciones de riesgo adicional durante los procesos de atención de salud, se procede a la identificación física del paciente mediante el empleo de la pulsera de identificación, que es colocada en las áreas y/o servicios de admisión y neonatología debiendo informar previamente al paciente la finalidad e importancia de mantener la pulsera mientras dure el proceso de hospitalización solicitando al mismo tiempo su participación activa<sup>14</sup>.

Así pues la valoración es el método idóneo para recoger información e identificar problemas, para posterior a ello realizar intervenciones enfermeras encaminadas a solucionar o minimizar dichos problemas, la valoración del paciente hospitalizado postoperatorio incluye vigilancia de los signos vitales y completar a revisión de los sistemas a la llegada del paciente al área de hospitalización y en lo sucesivo. La enfermera observa la permeabilidad de las vías respiratorias y la calidad de las respiraciones, incluidas la profundidad, frecuencia y sonido. Así también se valora el nivel del dolor del paciente por medio de una escala analógica verbal o visual y determina las características del dolor. Del mismo modo, se observa el sitio quirúrgico en busca de hemorragias y para determinar el tipo y la integridad del vendaje y el drenaje, si lo hay. Seguidamente, se valora el estado mental y nivel de conciencia, habla y orientación, en comparación con las medidas de referencia preoperatoria<sup>23</sup>.

Así también Kozzier<sup>15</sup> menciona, la valoración debe hacerse de forma individualizada, ya que cada persona es autónoma e interactúa con el

ambiente de forma diferente, por tal sentido, debe ser continua y realizarse en todas y cada una de las fases de proceso enfermero, diagnosticando, planificando, interviniendo y evaluando, dependiendo de cada una de las situaciones en las que se encuentre el paciente.

La valoración por lo tanto se considera como actividad importante y esencial de la práctica enfermera, pues no solo se limita a emplearse al inicio del PAE, sino que es continua y se aplica en todas las etapas, lo cual permite proporcionar al paciente seguridad y lograr la satisfacción de sus necesidades.

Es así que lo sustentando párrafos arriba se puede ver reflejado en los siguientes discursos:

*“...desde que el paciente ingresa a nuestro servicio, se realiza la valoración cefalocaudal, ver cómo está las condiciones de la herida, si el opósito está limpio y seco, la permeabilidad de la vía y las condiciones de la hidratación...” (Enfermera D)*

*“...valoramos el estado en que viene el paciente para dar una mayor atención y seguridad verificando los apósitos, la vía que esté permeable porque si no verificamos no estamos dándole una buena seguridad...” (Enfermera A)*

*“...realizamos la valoración de las condiciones de la herida, evitamos de que esa herida sea sangrante o que mantenga secreción y se le realiza la limpieza quirúrgica...” (Enfermera E)*

*“...al recibir el paciente se realiza la valoración del estado de conciencia porque es una medida para dar seguridad y de esta manera el paciente nos pueda entender las indicaciones...” (Enfermera B)*

La valoración forma parte del proceso de atención de enfermería, el cual representa la aplicación del método científico en la práctica asistencial. Según Kozzier<sup>15</sup> la valoración consiste en un método idóneo para aportar información y permitir formular diagnósticos y a partir de ello proponer y llevar a cabo intervenciones; es así que toda persona que ingresa a un servicio de hospitalización tiene diversas necesidades por satisfacer, y a la vez debe considerarse como un ser único y

pandimensional. Es pues en este momento cuando la enfermera verifica órdenes postoperatorias y realiza la valoración inicial, que consiste desde la correcta identificación del paciente, lo cual le permite recoger información e identificar problemas para realizar intervenciones de enfermería.

En los discursos presentados se puede evidenciar que desde el momento que ingresa el paciente al servicio de hospitalización la enfermera realiza la valoración cefalocaudal, considerando la observación de apósitos, permeabilidad de la vía, condiciones de la herida operatoria, valoración del estado de conciencia. Por lo cual podemos decir que la valoración que aplican las enfermeras es de manera individualizada ya que consideran a la persona única y a la vez autónoma que actúa con el ambiente de forma diferente, por lo cual la valoración es continua.

Así también para poder corroborar esta actividad importante en el cuidado enfermero; que corresponde a la valoración, se tomaron en cuenta discursos de pacientes, para así triangular lo dicho por las enfermeras, así lo evidenciamos en el siguiente discurso.

*“...me identifican por mi nombre, incluso al momento de ingresar al servicio me han puesto un brazalete de identificación para luego entrar a sala de operación...” (Paciente A)*

De acuerdo a la Directiva N°009-GG- EsSalud- 2013 establece que la identificación al paciente se realiza como la identificación verbal del paciente, en el cual todo el personal de salud asistencial y administrativo de los centros asistenciales de EsSalud identifica verbalmente al paciente, repitiendo los datos identificativos inequívocos (nombres y apellidos) en todos los contactos de atención sanitaria. Así también, la identificación física de pacientes mediante pulsera; para evitar situaciones de riesgo adicional durante los procesos de atención de salud, se procede a la

identificación física del paciente mediante el empleo de la pulsera de identificación, que es colocada en las áreas y/o servicios de admisión y neonatología debiendo informar previamente al paciente la finalidad e importancia de mantener la pulsera mientras dure el proceso de hospitalización solicitando al mismo tiempo su participación activa<sup>14</sup>.

En el presente discurso se puede confirmar que las enfermeras del servicio de cirugía realizan actividades que proporcionan seguridad en el cuidado, respecto a la valoración al paciente llevan a cabo esta actividad desde el momento que el paciente ingresa al servicio, partiendo desde la correcta identificación verbal al paciente; verificando sus datos de identificación, así también emplean la colocación de la pulsera de identificación física al paciente para así evitar situaciones de riesgo adicional durante el cuidado asistencial. Por lo cual se puede decir que al realizar una correcta valoración se puede evitar o disminuir las lesiones que proporcionan inseguridad al paciente, y no solo inseguridad sino daños que a su vez pueden ser irreversibles.

Así también, cabe señalar los principales componentes del cuidado que hacen posible alcanzar los objetivos para proporcionar seguridad al paciente son: carácter tangible, fiabilidad, rapidez, competencia, cortesía, credibilidad, seguridad, accesibilidad, oportunidad, comunicación y conocimiento de la situación del paciente<sup>16</sup>. Es por ello que brindar cuidados seguros responde a un modo de actuación profesional, de cuidar/cuidado, elemento esencial en la cultura de seguridad que se estampa en los servicios de salud del Hospital Naylamp.

Es por ello que ahora el impetuoso desarrollo del sistema de salud exige recursos humanos cada vez mejores, preparados desde el punto de vista profesional, técnico y humano, que puedan enfrentar los desafíos del desarrollo científico-técnico, y así proporcionar seguridad al paciente y con

ellos disminuir los eventos adversos, de acuerdo a lo anterior surge la siguiente sub categoría:

- **Gestión de recursos materiales para la seguridad en el cuidado**

Cristina Cometto<sup>16</sup> menciona, el proceso administrativo es un proceso sistemático que consiste en el desarrollo de actividades de planeación, organización, dirección y control efectuados para lograr los objetivos de una organización a través de un adecuado manejo de los recursos existentes. Es el proceso por medio del cual el hombre trata de dar orden, dirección y control a las diversas instituciones de la sociedad para lograr determinados objetivos, incluyendo en esto el bien común.

En relación a la primera actividad correspondiente a la planeación, consiste en la definición de objetivos, la ordenación de recursos materiales y humanos, la determinación de métodos y las formas de organización, el establecimiento de medidas de tiempo, cantidad y calidad, la localización especial de las actividades y otras especificaciones necesarias para encausar racionalmente la conducta de la persona o grupo. Es así que dentro de esta actividad, la enfermera gestora es el eslabón entre los usuarios y el sistema, de modo que la habilidad y el grado de éxito con que cumpla sus funciones determinarán directamente los logros y el grado de cumplimiento de los objetivos de la organización a la que representa.

Al hablar de gestión hacemos hincapié a la asunción y ejercicio de responsabilidades sobre un proceso (es decir, sobre un conjunto de actividades) lo que incluye: la preocupación por la disposición de los recursos y estructuras necesarias para que tenga lugar, la coordinación de sus actividades (y correspondientes interacciones) y la rendición de cuentas ante el abanico de agentes interesados por los efectos que se espera que el proceso desencadene.

Es así que la Gestión del cuidado, constituye un ejercicio de competencias personales, profesionales e instrumentales que desarrolla la enfermera para organizar, coordinar y articular los cuidados en los diferentes niveles de atención asegurando con ello la continuidad y eficacia de los mismos. Por lo tanto Gestión en enfermería consiste en ejecutar una serie de actividades y procesos con y a través de las personas y recursos materiales para conseguir los objetivos de la organización<sup>16</sup>.

En tal sentido la investigadora menciona, la gestión de los recursos materiales se refiere a todo equipamiento, mobiliario e insumos necesarios, que tendrá como lo mencionamos párrafos arriba, el objetivo de asegurar el cuidado oportuno y libre de riesgos, es decir seguridad del paciente, entre estos recursos materiales podemos encontrar materiales de bioseguridad como lo son guantes, las mascarillas, mandil descartable, etc.

Entonces para lograr la gestión adecuada de estos recursos materiales para la seguridad en el cuidado, se debe cumplir un proceso, que implica en un primer momento realizar la Solicitud de adquisición (debe calcularse cantidad y calidad contar con las especificaciones técnicas adecuadas, establecer la vía jerárquica adecuada y preverse con el tiempo suficiente) luego la Adquisición (compra directa licitación), posterior el Almacenamiento (incluye dos aspectos fundamentales: conservación y mantenimiento), Distribución (para que sea oportuna y adecuada, se centraliza el almacenamiento, para la gestión debe considerarse horarios, personal idóneo y medios de transporte adecuados) y por último el Destino y Responsables (esto depende la movilidad del equipo, aparato y hasta de mismos insumos, considerando que es un equipo interdisciplinario quien puede utilizarlo). Por lo tanto la asignación de responsables sobre uso, mantenimiento y conservación suele ser motivo de discusión y conflictos<sup>16</sup>.

Es por ello la importancia de gestionar adecuadamente estos recursos materiales, ya sean los que nos permiten atender al paciente directamente y los que dan comodidad al paciente en su unidad, para lograr así que el paciente se sienta seguro consigo mismo y con nosotros. Es así que lo sustentando se puede ver reflejado en los siguientes discursos:

*“...Tratamos de hacer un requerimiento de camas y equipos, uno de ellos es para evitar las caídas ya que no todas las camas tienen barandales, con el pedido hecho se ha cumplido con el 30 % de tener camas con barandales...”*  
**(Enfermera B)**

*“...En el estar de enfermería tratamos de contar con bolsas de bioseguridad para eliminar los desechos (nauseas, vómitos, gasas de limpieza de las heridas) que se generen en el cuidado del paciente post operado mediato y así cuidar de la seguridad del paciente y de nosotros mismos...”*  
**(Enfermera C)**

Según Cristina Cometto<sup>16</sup> la planificación es una de las etapas del proceso administrativo que está encaminada a definir objetivos, ordenar recursos materiales y humanos para encausar racionalmente la conducta de la persona, es así que dentro de esta actividad la enfermera gestora al cumplir sus funciones determinará los logros y cumplimiento de los objetivos de la organización.

Así también cabe mencionar que la gestión de recursos materiales es parte de la planificación que consiste en el ejercicio de responsabilidades sobre un proceso, lo cual permitirá asegurar la continuidad y eficacia del cuidado enfermero.

En los discursos presentados los sujetos de estudio afirman una vez más la importancia de contar con los recursos materiales, como lo es disponer de camas con barandales para evitar las caídas en los pacientes, así también disponer de bolsas de bioseguridad para eliminar los desechos generados del cuidado al paciente, y así brindar seguridad en el cuidado al paciente. El servicio de cirugía por ser una unidad en la que los pacientes

requieren cuidados más especializados implica que la institución de salud proporcione los recursos materiales necesarios y suficiente a esta área para que la atención sea de calidad, segura y oportuna, esto no quiere decir que los demás servicios estén desabastecidos, pero ahí la implicancia de la enfermera jefe de gestionar adecuadamente estos recursos para que no falten y tampoco se echen a perder.

Es así que el profesional de enfermería al realizar la adecuada gestión de recursos materiales proporciona al personal de salud brindar el cuidado oportuno, con calidad y de esta manera lograr la satisfacción de las necesidades del paciente y lograr su pronta recuperación, como lo habíamos mencionado es necesario triangular esta información de las enfermeras con lo que percibe o manifiesta el paciente a través de los discursos siguientes:

*“...cuando hacen la curación de mi herida, las enfermeras vienen correctamente uniformadas, con su mascarilla puesta, sus guantes y utilizan equipos estériles, realizan el cambio de las gasas y las desechan en una bolsa roja...” (Paciente B)*

En los discursos presentados como vemos la enfermera utiliza los elementos necesarios para lograr que su atención sea calidad siendo muy bien percibida por el paciente, para ello se agencia del material adecuado para cada actividad. Estos recursos materiales deben usarse cada vez que sea el momento, utilizarlos con la finalidad de proporcionar al paciente seguridad, y porque no decirlo, sentirnos seguros nosotros también. Así también Cometto<sup>33</sup> hace mención sobre la importancia del recurso material desde el punto de vista de las técnicas y procedimientos que se llevan a cabo en esta unidad, para evitar la transmisión de las infecciones hospitalarias por lo que este ambiente debe contribuir a optimizar la funcionalidad de las actividades, aportar los elementos necesarios para mantener las condiciones estrictas de asepsia que se requieren, reducir los

riesgos por el uso de equipos de soporte vital y equipos bioeléctricos de alta complejidad y así dar seguridad al paciente, y lograr su pronta recuperación.

En referencia a lo anterior mencionado se puede decir que la enfermera desempeña una labor importante al realizar la gestión de recursos materiales, lo cual permite ser de gran apoyo para todo el personal de salud y así también brindar seguridad en el cuidado de manera oportuna, por otro lado los sujetos de estudio dan a conocer otra actividad relevante dentro del desempeño asistencial, la cual será presentado en la siguiente sub categoría:

- **La administración correcta de medicamentos proporcionan seguridad en el cuidado**

Según Bruner<sup>23</sup>, la mayoría de los pacientes experimentan algún grado de dolor después de la intervención quirúrgica, muchos factores psicológicos influyen sobre la experiencia de dolor. El grado de intensidad y tolerancia al dolor postoperatorio dependen del sitio de incisión, tipo de operación, magnitud del traumatismo quirúrgico, tipo de anestésico empleado y vía de administración. La preparación recibida por la persona en el preoperatorio abarca información sobre lo que puede esperarse, así como el apoyo emocional y psicológico es un factor significativo en la disminución de la ansiedad aprensión y aun el dolor que surge en el postoperatorio.

Las reglas de seguridad se deben llevar a cabo en cada administración de un medicamento, las cuales se conocen también como “Los Nueve Puntos Correctos”, y son los siguientes: 1.- Medicación correcta: rectificación del medicamento mediante los siguientes pasos: la tarjeta del fármaco, la hoja de indicación médica, en el kárdex de fármacos (registro

de medicamentos del paciente) y con la etiqueta del empaque del fármaco (presentación fármaco indicado). Rectificar la fecha de caducidad. Tener conocimiento de la acción del medicamento y efectos adversos. Así como el método de administración y la dosificación, considerando el índice terapéutico y toxicidad. Rectificar nombre genérico (composición química) y comercial del medicamento. 2.- Dosis correcta: La enfermera que va a administrar el medicamento debe verificar simultáneamente con otra que la acompañe el cálculo de la dosis exacta especialmente en medicamentos como: digitálicos, heparina, insulina, etc. 3.-Vía correcta: verificar el método de administración (algunos medicamentos deberán aplicarse por vía IV o IM exclusivamente). 4.- Hora correcta: tomar en cuenta la hora de la dosis inicial, única, de sostén, máxima o mínima. 5.- Paciente correcto: verificar el nombre en el brazalete, número de cama, prescripción en el expediente clínico y corroborar con el diagnóstico y evolución del paciente, llamar por su nombre al paciente (si él está consciente). 6.- Registro de la administración correcta. 7.- Acción Correcta. 8.- Forma Correcta y 9.- Respuesta Correcta<sup>16</sup>.

Así también Milos Hurtado<sup>17</sup> señala, para la administración de medicamentos, como responsabilidad del profesional de enfermería con los sujetos de cuidado éste deberá exigir la correspondiente prescripción médica escrita, legible, correcta y actualizada en el expediente clínico, con ello se disminuyen las interpretaciones erróneas o posibles equivocaciones. En caso de urgencia para la administración de un medicamento, se debe registrar como orden verbal en el expediente clínico, para que posteriormente el médico la indique y firme la prescripción. Una prescripción médica debe contener: 1.- Nombre del paciente. Fecha de la prescripción del medicamento. 2.- Nombre del medicamento (Verificar nombre genérico y comercial).3.- Dosis (Verificar dosis en 24 horas, si corresponden las dosis fraccionadas). 4.- Vía de administración. 5.- Hora

de administración y la frecuencia con la que debe administrarse (verificar abreviatura). 6.- Firma del médico que prescribe el medicamento.

Por otro lado Cristina Cometto<sup>16</sup> hace mención que la responsabilidad del profesional no termina después de que el medicamento sea administrado y registrado, él no debe olvidar que para garantizar la seguridad del paciente es necesario evaluar las respuestas posteriores a la administración. Así también para garantizar la seguridad en la administración de medicamentos la organización mundial de la salud (OMS) considera la Farmacovigilancia, definiéndola como la ciencia y conjunto de actividades relativas a la detección, evaluación, comprensión y prevención de los eventos adversos o cualquier otro problema relacionado con medicamentos, dentro de ello se encuentra el evento adverso, este es cualquier suceso médico desafortunado que puede presentarse durante el tratamiento con un medicamento pero que no tiene necesariamente una relación causal con dicho. Por lo tanto con lo anterior descrito se presentan los siguientes discursos:

*“...Nosotras tratamos de estar constantemente con nuestras rondas de enfermería porque es necesario observar al paciente después de la administración de medicamentos...” (Enfermera B)*

*“...Se realiza el control de signos vitales y evaluamos si hay alguna alteración dentro de sus parámetros, preguntando al paciente si tiene dolor, ¿cómo se siente? De acuerdo a ello y según indicación se continua con la terapia de analgésicos...” (Enfermera D)*

*“...cuando tenemos pacientes de estancia larga ellos mismos ya se graban la hora, los medicamentos que están recibiendo y cuando es paciente nuevo se le informa que tipo de medicamento se le va administrar y para qué es, siempre preguntando su nombre, tiene dolor, se siente bien, a veces encontramos al paciente un poquito triste y lo apoyamos en ese momento...” (Enfermera C)*

La administración correcta de medicamentos proporcionan seguridad en el cuidado y se precisa en ello respaldado por argumentos de autores en mención como se aprecia en los discursos anteriores, cabe señalar que el actuar de enfermería en la administración de medicamentos no solo está

dirigido en cumplir dicha indicación médica, sino que como medida para garantizar la seguridad en el cuidado del paciente realizan las rondas de enfermería lo cual les permite valorar la respuesta del paciente ante la administración de la terapia farmacológica, así mismo permite evaluar las condiciones físicas como se encuentra el paciente. Por lo cual se puede decir que el cuidado que brinda la enfermera durante la administración de medicamentos es completo así como lo refiere Milos<sup>17</sup> el cuidado humano se complementa reconociendo que las enfermeras están directamente implicadas en la provisión de un ambiente seguro, en el cual las personas puedan desenvolverse sin sufrir daños y en el que perciban una sensación de seguridad. No debemos olvidar que el paciente hospitalizado experimenta una dualidad en tanto que el hospital se convierte en el control de la situación de salud que le aqueja, pero la separación familiar y el cumplimiento de normas que rigen a las instituciones de salud le representan sentimientos de inseguridad.

Por otro lado también se evidencia durante la administración de medicamentos que la enfermera no solo busca satisfacer el bienestar físico del paciente, sino dirige el cuidado enfocado en todas las esferas que corresponde a la persona, tal como se puede apreciar en los discursos presentados la enfermera establece la empatía con la persona cuidada lo cual permite garantizar que la persona se sienta segura con los cuidados que recibe.

Así también, es posible mencionar la percepción de los pacientes ante esta actividad realizada por el profesional de enfermería tal como lo señalan los discursos siguientes:

*“...Según indicación médica me administran los medicamentos, están a la hora exacta cada 8 horas, me explican para qué es el medicamento, también me llaman por mi nombre antes de aplicar el medicamento, preguntan si soy alérgico algún medicina...” (Paciente c)*

*“...Al administrar los medicamentos por ejemplo si te ponen un suero la enfermera está pendiente de que el medicamento esté pasando, si ya falta poquito, nos pregunta cómo nos sentimos, si sentimos dolor...” (Paciente A)*

Según los discursos presentados se puede decir, que las enfermeras del servicio de Cirugía aplican los 9 correctos en la administración de medicamentos, lo cual es bien percibido por los pacientes, pues esta actividad se sustenta en el conocimiento en relación a la administración de medicamentos, que permiten prevenir, detectar y resolver resultados negativos en los pacientes que usan medicamentos. Así lo sustenta Milos Hurtado<sup>17</sup> la responsabilidad del profesional no termina después de que el medicamento sea administrado y registrado, sino que para garantizar la seguridad del paciente es necesario evaluar las respuestas posteriores a la administración.

Es claro que en esta actividad las enfermeras también realizan lo que se denomina la farmacovigilancia, como lo señala Cometto<sup>16</sup> consiste en observar al paciente, identifican reacciones adversas que puede producir el medicamento, informan que es algo muy importante, y sobre todo tiene el fundamento científico para administrar o no un medicamento, ya que el conocimiento en cierta medida genera poder, para así lograr la seguridad del paciente.

En tal sentido, por ser cada paciente único a la vez tiene necesidades y respuestas diferentes, por lo cual también es importante fortalecer su conocimiento a través de la educación, así también se proporcionará seguridad en el cuidado, por lo cual se cree conveniente desarrollar la siguiente sub categoría:

- **Educación durante la estancia hospitalaria y al momento del alta para asegurar un cuidado de calidad**

La educación al paciente es un componente indispensable de la asistencia de enfermería así como una función independiente de la enfermería, y se orienta a fomentar, conservar y restaurar la salud, así como adaptarse a los efectos residuales de la enfermedad. En 1992 la American Hospital Association aprobó la Declaración de los derechos del paciente, reconociendo a todos los clientes el derecho a una educación<sup>15</sup>.

Los pacientes tienen diversas necesidades de aprendizaje; este se considera como el cambio o capacidad humana que persiste durante un tiempo cuya justificación no proviene únicamente del desarrollo, un aspecto importante en el aprendizaje es el deseo que tiene el individuo de aprender y de obrar de acuerdo a lo aprendido.

Existen áreas para la educación del paciente a las cuales debe dirigirse el actuar de enfermería; la primera área corresponde al Fomento de la Salud que aquí incluye: aumentar el grado de bienestar de la persona, temas relativos al crecimiento y desarrollo, control de la fertilidad, higiene, nutrición, ejercicio, control del estrés, estilos de vida. La siguiente área está dirigida a la Prevención de la enfermedad/lesión; aquí la educación está entorno a ciertas pruebas específicas de salud (niveles de glucosa, presión arterial, colesterol en sangre, citología, mamografía, audición, visión), reducción de factores de riesgo para la salud, medidas concretas para la protección de la salud (inmunizaciones, protección solar, cuidados del cordón umbilical). La tercera área corresponde a Recuperación de la Salud; lo cual incluye la información sobre pruebas, diagnóstico, tratamiento y medicamentos, capacidades para el autocuidado o capacidades necesarias para atender un familiar, adaptación y funcionamiento ante una alteración de la salud. Y por último tenemos el área de Adaptación a una alteración de la salud y función; aquí la educación debe estar enfocada a la adaptación en el estilo de vida, capacidad de solucionar problemas, adaptación a un cambio en el nivel de salud, estrategias para afrontar los problemas

actuales, información sobre pronóstico, tratamiento y resultados esperado, asesoramiento ante el dolor y el duelo.

Por otro lado existen factores que inhiben el aprendizaje en los pacientes tales como las emociones (ansiedad), hechos fisiológicos (enfermedad grave, dolor, déficit auditivo), barreras culturales. Lo cual implica que la enfermera utilice estrategias para poder llegar al paciente<sup>15</sup>.

Es así que el rol que desempeña la enfermera como educadora, debe cumplirse a cabalidad, sobretodo en aquella fase del postoperatorio ya que es donde se deben extremar las medidas de seguridad, es así como lo apreciamos en los siguientes discursos relatados por los sujetos de estudio:

*“...desde el momento que llega el paciente postoperado inmediato brindamos educación por ejemplo que no puede estar hablando, asimismo indicamos al familiar que cualquier cosa que necesite estamos para apoyarlo en todo momento...” (Enfermera C)*

*“...Brindamos educación personalizada de acuerdo al tipo de cirugía durante la terapia ya sea farmacológica, porque cada paciente tiene una cirugía diferente y requieren cuidado diferentes, y así evitar que tengan lesiones posteriores...” (Enfermera E)*

En los discursos mencionados por los sujetos de estudio, señalan que la educación que se brinda al paciente inicia desde el momento que este ingresa al servicio de cirugía, así también hacen partícipes al familiar cuidador sobre los cuidados iniciales que deben considerarse durante las primeras horas del período postoperatorio tales como enseñar a comunicar al personal de enfermería la aparición de cualquier signo o síntoma tales como (dolor, vómitos y/o nauseas, sangrado en apósito, calor en sitio quirúrgico), además consideran que la educación va dirigida de acuerdo a la cirugía de cada paciente, considerando a la persona un ser único y a la vez brindar un cuidado holístico y con ello evitar que el paciente tenga lesiones posteriores.

De la misma forma Bruner<sup>23</sup> refiere, en relación a la educación al paciente siempre han requerido instrucciones detalladas para el alta de modo que puedan atender con eficiencia las necesidades especiales de cuidado personal después de la cirugía; sin embargo, la notable reducción de los periodos de hospitalización durante el último decenio ha aumentado en gran medida la cantidad de información que debe ofrecerse, de igual forma ha reducido la cantidad de tiempo en que se proporciona<sup>15</sup>. Sin embargo la enfermera no deja pasar por alto esta actividad, lo cual queda reflejado en los discursos que presentamos:

*“...Se brinda educación al paciente al momento del alta en cuanto a sus cuidados que debe seguir, así también de los signos de alarma y sobre los medicamentos que debe tomar...”(enfermera C)*

*“...al momento del alta se brinda una charla educativa de qué forma tienen que cuidarse de acuerdo a la dieta que deben tener en casa, del tipo de actividad que tiene que realizar y de los controles que deben tener después de unos días postoperado...” (Enfermera A)*

En opinión de la investigadora, según los discursos presentados se evidencia, que la educación que se imparte al paciente en el servicio de cirugía es continua, completa ya que se extiende hasta el momento del alta hospitalaria lo cual busca dotar al paciente de conocimientos que garanticen su autocuidado, según lo señalado por Kozzier<sup>15</sup>, la educación que se imparte al paciente en el periodo postoperatorio estaría enfocada a la tercera área que corresponde: Recuperación de la salud; puesto que se encuentra con necesidades alteradas, y lo que se busca alcanzar con la educación en el paciente es impartir capacidades para el autocuidado o capacidades necesarias para atender un familiar. Así también este cuidado se extiende hasta el momento del alta como lo señalan las enfermas, brindando educación entorno a cuidados de la herida quirúrgica, detección de posibles complicaciones (signos de alerta) que puedan aparecer en su

domicilio; dando pautas concretas, cuidados específicos de su proceso quirúrgico (alimentación, higiene, movilidad, tratamiento, etc.).

Por otro lado es importante señalar que en el diario actuar la enfermera se hace notoria en proporcionar seguridad en el cuidado al paciente, considerándolo como un ser único y pandimensional, y en tal sentido quien más que el profesional de enfermería se encuentra implicado en la provisión de un ambiente seguro en la cual las personas puedan desenvolverse sin sufrir daño y en el que perciban una sensación de seguridad, pero a pesar del esfuerzo surgen acontecimientos imprevistos durante el cuidado que puede causar algún daño al paciente, es así como surge la siguiente categoría:

## **CATEGORÍA 2: Identificación de los eventos adversos para garantizar la seguridad en el cuidado**

Según Milos Hurtado, un evento adverso es un accidente imprevisto e inesperado que causa algún daño o complicación al paciente y que es consecuencia directa de la asistencia sanitaria que recibe y no de la enfermedad que padece. Muchos de estos eventos adversos son inevitables por más que se esfuercen los profesionales, pero existen otros que podrían evitarse, por ejemplo reflexionando sobre cómo se aplican determinados procedimientos (sondajes, administración de fármacos, etc.). Esta es la razón de que se promuevan programas orientados a incrementar la seguridad clínica de los pacientes<sup>17</sup>.

Algunos reportes científicos establecen entre 1 y 10% de ingresos hospitalarios debido a errores en la medicación. En los países tercermundistas y en los que tienen economías en transición (países de Europa del Este) Hungría, Polonia, Rusia, etc., existen pruebas de que la probabilidad en la aparición de eventos adversos son ocasionadas por el mal estado de las infraestructuras, de los equipos, la calidad de los

medicamentos y la irregularidad en el suministro, las deficiencias en la eliminación de desechos y en el control de las infecciones, la deficiente actuación del personal por falta de motivación o conocimientos insuficientes o número insuficiente y por la falta grave de recursos para cubrir los costos de funcionamiento esenciales.

No obstante, hoy se puede decir que hace falta documentar más las evidencias científicas sobre la proporción que tales eventos adversos han alcanzado, por el subregistro de la información que se presenta debido a la reticencia del personal sanitario para notificar dichos errores, por miedo a que se interprete como negligencia en el cuidado y sea la base para posteriores demandas a causa de la mala práctica en salud. Es por ello que el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), al igual que otras instancias en el mundo que promueven la salud de la población, preocupados por la situación, han agendado como asunto prioritario y puesto para el debate público, la identificación y reducción de errores, con el propósito de mejorar la seguridad y la calidad del cuidado de salud que se brinda<sup>37</sup>.

En opinión de la investigadora refiere que un evento adverso es todo aquel acontecimiento imprevisto e inesperado que causa algún tipo de daño en el paciente trayendo consecuencias negativas que puede ocasionar incluso la muerte y es resultado directo del proceso asistencial y no de la enfermedad que padece la persona. Así mismo cabe mencionar que muchos de los eventos adversos son inevitables como también existen los que se pueden evitar en los que se debe poner mayor análisis a los cuidados que se realicen así como también aplicar el sustento científico.

Posterior al análisis de esta categoría referida a la Identificación de eventos para garantizar la seguridad en el cuidado, emergieron las siguientes sub categorías que en adelante se mencionan:

- **Complicaciones postoperatorias como eventos adversos**

No hay un equipo de salud que no tenga que afrontar el problema de las complicaciones que pueden presentarse en los pacientes que han sido sometidos a intervención quirúrgica. Estas posibles complicaciones están referidas principalmente a: dehiscencia de la herida, dolor de la herida, hemorragia, infección de la herida y eventraciones.

La primera complicación, dehiscencia de la herida operatoria, que por cierto es una de la más comunes y frecuente en los pacientes postoperados, es una complicación que varía mucho en función de cirujano, paciente y tipo de operación. En una herida abdominal, la dehiscencia total produce evisceración y la dehiscencia parcial profunda conduce a la eventración.

Por otro lado, la Hemorragia de Herida Operatoria, es otra complicación, esta ocurre más frecuentemente en pacientes hipertensos o con defectos de coagulación. El hematoma de las heridas es casi siempre resultado de hemorragia controlable por medios quirúrgicos. Una vez detectado, se debe reabrir la herida, identificar el o los vasos sangrantes y ligarlos. Otras veces es consecuencia de una hemostasia no muy prolija, antes de cerrar definitivamente la herida. Ocurren en el postoperatorio inmediato, cursan muchas veces en forma catastrófica llevando al shock hipovolémico lo que lleva a una reintervención inmediata. Otras veces es menos aguda y permite control adecuado de funciones vitales, administración de fluidos, etc. antes de reintervenir.

Así también, la Infección como otra complicación operatoria de las cuales sus manifestaciones aparecen generalmente entre el tercero y décimo días del postoperatorio, aunque con menos frecuencia pueden aparecer antes o después. El tejido celular subcutáneo es el más frecuentemente comprometido. La manifestación más frecuente es la fiebre, puede haber aumento de dolor en la herida así como edema y eritema. Prevenir la infección de la herida operatoria es uno de los aspectos

más importantes en el cuidado del paciente, esto puede conseguirse reduciendo la contaminación, con técnica quirúrgica limpia y suave, sostén de las defensas del paciente y a veces antibióticos.<sup>23</sup>

De las complicaciones expuestas párrafos anteriores, cabe señalar que a través de los discursos obtenidos por los sujetos de estudio del servicio de cirugía, lo que se evidencia en las complicaciones postoperatorias como eventos adversos es la Infección de Herida Operatoria, lo cual podemos evidenciar en los siguientes discursos:

*“...como eventos adversos hemos tenido infección de herida operatoria en el paciente postoperado, pero generalmente están pocos días y tienen buena evolución...” (Enfermera C)*

*“...después del alta presenté fiebre por 2 días y se me infectó la herida es por eso que reingresé a este servicio...” (Paciente B)*

En los discursos presentados nos mencionan la Infección de la herida Operatoria es común en el servicio de cirugía. Según el Instituto Nacional de Salud y la Excelencia Clínica, por lo menos 5% de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas desarrollan infecciones. Además, al menos 20% de todas las infecciones asociadas al cuidado de la salud provienen de heridas quirúrgicas. Estas infecciones pueden causar varias complicaciones, que van desde casos leves a fatales<sup>16</sup>.

Desde el punto de vista de la investigadora, hace mención que las complicaciones postoperatorias como principal eventos adversos es la Infección de Herida Operatoria, pues bien hay que recalcar las infección de la herida operatoria son un problema frecuente y potencialmente letal, que supone un aumento importante de la morbilidad, el coste y la estancia hospitalaria de nuestros pacientes, como lo evidenciamos en los discursos, los pacientes con infección de la herida operatoria reingresan y a veces con

mucha pena se puede afirmar que muchos de ellos no se recuperan, es por ello como lo menciona Bruner<sup>23</sup> se debe realizar una vigilancia activa de las Infecciones de la herida operatoria en el posoperatorio, que permita un diagnóstico y tratamiento temprano de estas, ya que la prevención de la aparición de las infecciones de herida operatoria, debe ser un trabajo activo, continuo y primordial para todo el personal implicado en preoperatorio, intraoperatorio y posoperatorio, donde la enfermera cumple un labor fundamental.

Así mismo el discurso nos menciona que los cuadros de Infección de Herida Quirúrgica tienen buena evolución, pero eso no quiere decir que deben suceder constantemente, como equipo de salud según lo refiere Cometto<sup>16</sup> debemos brindar al paciente seguridad, y esta seguridad implica lo siguiente: una buena recuperación después de la intervención quirúrgica, la severidad que pronto la persona estará totalmente restablecida y que no haya sufrido sin ninguna complicación durante el periodo de recuperación.

Es así como lo menciona Cometto<sup>16</sup> la importancia en la atención brindada por la enfermera correspondiente a prevenir estas infecciones de la herida es importante, que empiezan desde un correcto lavado de manos hasta la correcta esterilización del material para curar o manipular la herida. Es por ello que como enfermeros debemos garantizar un lavado de manos meticuloso, usar una técnica estéril durante la intervención quirúrgica, cuidados de la herida y cambios de apósito y por último administrar antibióticos de forma profiláctica si se prescriben.

Además la enfermera debe conocer el correcto manejo de la herida operatoria, entre estas actividades es importante resaltar que los apósitos deben cambiarse sólo si están manchados, sueltos, húmedos o se sospecha infección del sitio quirúrgico, cuando sea necesario realizar curación, ésta

debe ser hecha por personal clínico capacitado, utilizando técnica aséptica: lavado clínico de manos con jabón antiséptico antes y después del procedimiento y utilizando guantes estériles o de procedimientos según sea herida abierta o cerrada, también el material utilizado en las curaciones y que tenga contacto con la herida operatoria debe ser estéril, las soluciones empleadas en curaciones deben ser de uso individual, y por último es importante que en la curaciones con riesgo de salpicaduras se deben utilizar barreras protectoras (guantes, mascarillas, gafas).

Así también dentro de la Identificación de eventos para garantizar la seguridad en el cuidado, en la presente sub categoría se discutirá sobre caídas de los pacientes como eventos adversos:

- **Caídas de los pacientes durante la estancia hospitalaria como eventos adversos**

La organización mundial de la salud, define como caída: “La consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo hacia el suelo en contra de su voluntad”. Sin embargo el protocolo para la reducción de caídas en el medio hospitalario, nos da una definición más congruente con caídas, la cual tomaremos en cuenta en el desarrollo de esta sub categoría: “El súbito y no intencionado cambio de posición que causa la precipitación del individuo a un nivel inferior, sobre un objeto, el piso o el suelo, aclarando que no es consecuencia de un episodio agudo de parálisis, crisis epiléptica o fuerza externa irresistible”<sup>17</sup>.

A la hora de afrontar la tipología de las caídas es posible distinguir dos grupos fundamentales: Caídas accidentales y las no accidentales; se produce una caída accidental cuando un factor extrínseco actúa sobre una persona en estado de alerta y sin dificultad para caminar, originando un tropezón o resbalón con resultado de caída. Las caídas no accidentales a su

vez pueden ser de dos tipos, aquellas en las que se produce una situación de pérdida súbita de conciencia en un sujeto por lo demás activo, y aquellas que ocurren en personas con alteración de la conciencia o dificultad para la deambulaci3n.

Por lo tanto se debe asumir que las caídas de enfermos ingresados en un centro hospitalario son un hecho real aunque la frecuencia sea relativamente baja y sus consecuencias raramente graves. Hay que considerarlas, pues un serio problema de salud por sus repercusiones tanto a nivel personal como en costes institucionales.

Según Milos Hurtado<sup>17</sup> refiere, únicamente el 5% de las caídas producen lesiones graves o fracturas, pero aquellas pueden limitar la movilidad del enfermo y repercutir en su autonomía ocasionando una discapacidad temporal o permanente y en ocasiones pueden aparecer complicaciones que agraven el pronóstico vital del paciente. De hecho, si la caída produce alguna lesi3n, aumentará la estancia hospitalaria y dará lugar a pruebas diagn3sticas y tratamientos adicionales todo lo cual generará a su vez un incremento del gasto hospitalario.

Tenemos que las caídas accidentales pueden prevenirse en parte modificando el entorno, respecto a las no accidentales podemos intentar adaptar o modificar algunos factores, si bien aquellas que ocurren por una pérdida de la conciencia momentánea no son previsibles al menos la primera vez que ocurren. Por ello, la identificaci3n de los factores de riesgo asociados a las caídas en general y a las de enfermos ingresados en particular, es una herramienta eficaz para el diagn3stico de posibles casos. Por lo tanto la seguridad del enfermo y prevenir las caídas son importantes indicadores de la calidad hospitalaria. Entonces cabe mencionar; la clave en la prevenci3n de las caídas en el medio hospitalario es la detecci3n de

los pacientes con mayor riesgo de sufrir una caída, siendo la enfermera responsable de ello.

*“...durante mi turno como evento adverso hubo una caída este paciente estaba recién operado se levantó y se fue al baño sin haber comunicado al personal...” (Enfermera A)*

*“...mayormente se está viendo caídas en los baños, porque no hay foco, la grifería está malograda y hasta que lo repongan, el paciente ya se cayó, además el paciente esta medio dormido al momento de ir al baño, no se fija bien y se cae...” (Enfermera B)*

Las caídas de los pacientes durante la estancia hospitalaria como eventos adversos, según los discursos presentados se evidencia que las caídas son eventos adversos que se presentan en el servicio de cirugía, pues las personas muchas veces no comprenden que de alguna manera están imposibilitados de realizar algunas actividades por sí solo después del postoperatorio, aun pese a ello desean realizarlas y traen consigo lesiones, que perjudican su salud, su recuperación y aumentan la prolongación hospitalaria.

Las enfermeras de este servicio conocen y saben que es una labor de enfermería y del cuidador principal mantener a la persona libre de lesiones, totalmente segura. Por lo tanto buscan prevenir o disminuir estos eventos adversos, para lo cual se necesita el apoyo constante de todo el personal de salud. Así mismo a veces los pacientes desconocen sobre esto, por ello es importante educarles que ante cualquier actividad diaria o cuidado, hay personas capacitadas que lo atenderán y lograran apoyarles a satisfacer esas necesidades.

También según los discursos el problema no solo son los pacientes si no también el ambiente hospitalario, la arquitectura, que no apoya y da seguridad al paciente, por ejemplo la reducción de los ambientes, la poca iluminación, los objetos inservibles en el suelo que dificultan la deambulación y la satisfacción de las necesidades fisiológicas de los

pacientes, es por ello la importancia de mantener un ambiente adecuado. De esta manera Milos Hurtado<sup>17</sup> hace mención la enfermera entonces debe verificar y proporcionar seguridad del entorno; mediante la iluminación de emergencia y nocturna en habitaciones y accesos comunes, evitar suelos irregulares, húmedos y resbaladizos, evitar la presencia de objetos caídos en el suelo, así mismo deberá también facilitar seguridad personal: promover el uso de ropa y calzado adecuado. Si precisa dispositivos de ayuda andador, muletas, será acompañado por personal sanitario durante el aprendizaje, fácil acceso a bastones y andadores en enfermos con limitaciones funcionales para la deambulaci3n, ense1ar al paciente y familiares la incorporaci3n de la cama (recomendado sedestaci3n previa al levantamiento), instruir al enfermo para pedir ayuda cuando lo necesite.

Es por ello que ante lo presentado, la enfermera debe actuar prontamente ante la aparici3n de este evento adverso, valorar1 las consecuencias de la ca3da notificar al m3dico de turno, para que evalúe y de algúndiagn3stico, registrar1 en las notas de enfermer1a: fecha, hora, lugar, causa, estado y consecuencias inmediata, elaborar1 el Informe de ca3das y lo entregar1 a la supervisora de la unidad, controlar1 el estado del paciente en horas sucesivas. Por lo tanto con en lo anterior se1alado es evidente que la enfermera cumple un rol fundamental, puesto que ella permanece con el paciente las 24 horas del d1a, y debe procurar que este se sienta seguro en su unidad.

Posterior a esta sub categor1a emergió otra, que al igual que las anteriores es de suma importancia analizarla, ya que es una complicaci3n producto de una mala praxis de enfermer1a, entendiendo que esto nos ayudar1 a mejorar y realizar bien nuestro trabajo, cuidar al paciente, d1ndole seguridad.

- **Flebitis por cat3ter venoso perif3rico como evento adverso**

La utilización de catéteres intravenosos es una de las prácticas más frecuentemente realizadas por personal sanitario. La mayoría de los pacientes hospitalizados, en algún momento son portadores de catéteres intravasculares durante un tiempo que puede variar desde horas a semanas. La utilidad de estos para administrar medicación y soluciones terapéuticas es muy clara, entre sus ventajas podemos citar la sencillez de su colocación y el gran volumen que se puede administrar en poco tiempo.

Sin embargo, esta práctica no está exenta de complicaciones. Los sistemas intravenosos proporcionan una ruta potencial para el ingreso de microorganismos en el sistema vascular, sin pasar por los mecanismos de defensa de la piel; esto se puede manifestar con diversos grados de severidad, desde una flebitis hasta un cuadro de sepsis grave. La flebitis una de las complicaciones más frecuente, se manifiesta con inflamación e impotencia funcional. Esta última al afectar a un miembro dominante disminuiría considerablemente el confort del paciente<sup>17</sup>.

Así mismo Cristina Cometto<sup>16</sup> señala que actualmente la terapia intravenosa es uno de los procedimientos más comunes para administrar a los pacientes fluidos, fármacos, productos sanguíneos y soporte nutricional sobre todo en el medio hospitalario. Las complicaciones potenciales derivadas de la inserción y mantenimiento de un catéter endovenoso son múltiples representando la flebitis aguda post-punción el principal riesgo de una terapia intravenosa con catéteres periféricos a corto plazo. Se entiende por tal “el estado de corta evolución, caracterizado por la infiltración de las tunicas del vaso y la formación de un trombo de sangre coagulada o de un depósito puriforme en la luz de éste. Los síntomas locales son dolor, edema y formación de una cuerda dura roja en el sitio de la vena”.

De igual manera Milos<sup>17</sup> señala que al instaurar un cuerpo extraño en una vena, existe el riesgo potencial de que se produzca una reacción inflamatoria, por la lesión producida en el endotelio, por esta razón, es de gran importancia el determinar si es realmente necesaria la implantación de un catéter. Así mismo, se analizará diariamente la necesidad de mantener canalizada la vía, puesto que el riesgo aumenta progresivamente, a partir del cuarto día de cateterización.

En tal sentido cabe señalar la importancia en la prevención de la flebitis como actividad que le compete al profesional de enfermería desde aplicación correcta técnica aséptica y valoración de la integridad de la piel, a continuación se muestran los siguientes discursos.

*“...Flebitis como evento adverso se podría decir que se está controlando porque se estipuló cada 72 horas el cambio de vías, y tenemos un área de epidemiología que nos supervisa...” (Enfermera B)*

*“...Flebitis se presenta porque hay pacientes que su piel es demasiado sensible y antes de los dos días la vía se infiltra y tenemos que cambiarlo...” (Enfermera G)*

*“...aun no me han cambiado esta vía y mi brazo lo veo un poquito enrojecido, siento una leve molestia” (Paciente D)*

La flebitis por catéter venoso periférico como evento adverso, según los discursos presentados por las enfermeras de este servicio se puede evidenciar que tienen el conocimiento sobre flebitis y en tal sentido refieren que la vía no puede permanecer más de tres días por el riesgo de adquirir una flebitis, y mejor aún, existe personal de enfermería del área de epidemiología quien supervisa esta actividad. Pero al contrastar la información, con lo expresado en los discursos del paciente hay evidencia que la actividad de enfermería con el cuidado del catéter venoso periférico no se cumple a cabalidad, expresándose síntomas de molestia en el lugar de la inserción lo cual repercute en el bienestar de la persona. Es por ello que la enfermera como parte de la valoración deberá observar los tres

signos de flebitis: calor, rubor y dolor, así también observar al paciente para identificar manifestaciones de dolor a nivel local, así como los datos objetivos, como puede ser una posición precavida, espasmo muscular y signos de inflamación.

Además las enfermeras deben conocer que el acceso venoso amerita también cuidados, desde su colocación hasta su retiro, tal como lo señala Kozier<sup>16</sup>, es por ello que se debe mantener y promover las medidas de asepsia personales, así mismo para la canalización, se utilizarán guantes no necesariamente estériles; siendo estos una medida de protección universal para evitar el contacto con sangre y / o fluidos corporales, también se debe limpiar y desinfectar el punto de inserción de la vía (recordemos que una vez desinfectada la piel no se deberá palpar el punto de inserción) y por ultimo una vez insertado el catéter, se deberán valorar y promover una serie de actividades encaminadas a favorecer un correcto mantenimiento de la vía, en opinión de la investigadora cree y está segura que realizando estas actividades correctamente disminuirémos las infecciones del catéter periférico, y daremos así seguridad al paciente.

Por otro lado es importante conocer como el profesional de enfermería realiza la Notificación de eventos adversos en la seguridad en el cuidado del paciente, para lo cual analizaremos la siguiente categoría:

### **CATEGORÍA 3: Notificando eventos adversos en la seguridad en el cuidado del paciente**

Desde un punto de vista histórico los problemas de seguridad clínica de los pacientes se han abordado desde las sesiones de morbilidad y mortalidad y desde el registro de las reclamaciones y sugerencias de los

pacientes. Éstas siguen siendo fuentes de informaciones muy útiles, así como los sistemas de auditoria de historias clínicas u otros registros clínicos que permiten conocer la frecuencia de los problemas de seguridad y, en algunas ocasiones, las causas.

Según Bañares<sup>22</sup> la creación de sistemas de registro y notificación de problemas de seguridad puede complementar las fuentes anteriormente descritas. El informe del Institute of Medicine (IOM) estableció que los sistemas de notificación constituyen una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia. Este informe establece que los sistemas de notificación pueden cumplir dos funciones: se pueden orientar hacia garantizar la responsabilidad social (de tal forma que los proveedores rindan cuentas sobre la seguridad de su práctica) o, de forma alternativa o complementaria, para que los proveedores proporcionen información útil sobre la mejora de la seguridad<sup>22</sup>.

Cabe recordar que los sistemas de registro y notificación no pretenden ser una estimación de la frecuencia de los eventos adversos (EA) y de los incidentes en el sector sanitario, es decir de su epidemiología, sino una forma de obtener una información valiosa sobre la cascada de acontecimientos que llevan a la producción de uno de estos acontecimientos. Los sistemas de registro sirven para recopilar información tanto de eventos adversos como de incidentes y permiten aprender de los fallos que se detectan.

Por otro lado según Villareal<sup>34</sup> señala, aunque en los últimos 5-10 años se han producido movimientos encaminados en esta dirección, como por ejemplo, los registros de incidentes en anestesia, en unidades de cuidados intensivos, en unidades de transfusión, en medicina laboral o en el área del medicamento. Y pese al interés creciente en relación a la seguridad, no existe todavía una sensibilización generalizada respecto a la

importancia de la notificación. Se pueden observar una gran diversidad de abordajes en las experiencias internacionales y como denominador común una reticencia a la notificación por parte de los profesionales, que se basa especialmente en cuestiones legales y en la falta de confianza respecto a la confidencialidad de los datos.

Se estima que aproximadamente el 95% de todos los eventos adversos no se documentan, es decir quedan ocultos. Nos encontramos ante la punta del iceberg. La notificación depende no sólo de la conciencia del error sino también de la buena voluntad para documentarlo y, sobre todo, del clima de la organización y de la confianza que hayan transmitido los líderes de la organización para entender la notificación como una oportunidad para mejorar la seguridad y no como un mecanismo para la culpabilización o la punición.

Las principales barreras identificadas para la notificación son las siguientes: la falta de conciencia de que un error ha ocurrido, la falta de conciencia de qué se debe documentar y porqué, la percepción de que el paciente es indemne al error, miedo a las acciones disciplinarias o denuncias, la falta de familiaridad con los mecanismos de notificación, pérdida de autoestima, los profesionales sienten que están demasiado ocupados para documentar, la falta de “feedback” cuando se produce un registro.

Por último Bañares<sup>22</sup> refiere que la mejora de la seguridad de los pacientes requiere transformar la cultura de culpa y la resistencia a abordar abiertamente los problemas de seguridad que existe actualmente. Son muchas las estrategias para la mejora de la seguridad, pero en el caso de los sistemas de notificación el primer paso para conseguirlo es conocer cuáles son las limitaciones de la notificación y equilibrarlas con los estímulos.

Existe una compleja interdependencia entre ambas partes a diferentes niveles individuales, organizativos y sociales. Las barreras son más visibles y específicas y el miedo puede actuar como una limitación. Los estímulos para incrementar el registro incluyen la confidencialidad, cierto grado de inmunidad y un efecto pedagógico (es decir, el hecho de aprender de nuestros propios errores). En tal sentido es que emergen dos sub categoría que detallaremos a continuación.

- **Comunicación oportuna del personal de salud en la notificación de eventos adversos para la seguridad en el cuidado**

Como ya sabemos la comunicación dentro del equipo de salud es un fenómeno social y humano está presente en todos los órdenes de la vida. Y en el equipo de salud cumple una función importantísima. Atender a los procesos de comunicación del interior del equipo de salud es clave para fortalecer el trabajo en equipo y brindar un mejor cuidado, convirtiéndose en un eje estratégico y es un puente para superar las barreras, por lo tanto al relacionar esta comunicación efectiva en el equipo de salud, respecto a la notificación de EA, podemos darnos cuenta cuán importante, es mantenerla de una manera adecuada.

Un proceso de notificación permite mejorar e implementar la seguridad de los pacientes en diferentes sentidos: alertando de nuevos riesgos (ej: efectos adversos de un nuevo fármaco), compartiendo la información sobre nuevos métodos para prevenir errores y creando una cultura de seguridad. El análisis de los datos permite revelar tendencias y riesgos que requieren la atención y también recomendar buenas prácticas a seguir.

Es por tal motivo donde radica lo importante que debe ser la comunicación entre el equipo de salud, para que sea notificada

adecuadamente los diferentes eventos adversos que puedan desarrollarse en el servicio; generando beneficios a uno mismo y para la sociedad, los cuales incluyen: demostración de la responsabilidad del sistema sanitario, transparencia y, a medio y largo plazo, incrementar la confianza en el sistema sanitario. Un sistema sanitario que reconoce que puede fallar y que está trabajando para identificar los errores y plantear las mejoras correspondientes podrá generar mayor confianza entre los profesionales y la comunidad a la que atiende.

Como se comentaba al principio de la discusión es muy importante tener en cuenta una combinación adecuada de las características descritas para conseguir un buen sistema de registro y notificación de eventos adversos.

Algunos autores han apostado por las características ideales de un sistema: No punitivo.- las personas que notifican están libres del miedo a represalias o castigo como resultado de la notificación; Confidencial: la identificación del paciente, notificador y la institución nunca deben ser reveladas a terceras personas; Independiente: el programa es independiente de cualquier autoridad con poder para castigar a la organización o al notificante; Análisis por expertos: los informes son evaluados por expertos que conocen las circunstancias clínicas y están entrenados para reconocer las causas del sistema; Análisis a tiempo: los informes son analizados pronto y las recomendaciones rápidamente difundidas a las personas interesadas, especialmente cuando haya riesgos graves; Orientación sistémica: las recomendaciones deben centrarse en mejoras hacia el sistema más que hacia la persona y la Capacidad de respuesta: la agencia que recibe los informes debe ser capaz de difundir las recomendaciones<sup>22</sup>.

Seguramente estas recomendaciones, a pesar de ser muy juiciosas, no son aplicables a todos los sistemas, ya que, como aquí ya se ha dicho, las características por las cuales se opte dependerán de los objetivos y prioridades que cada sistema establezca.

En efecto se puede mencionar que el atender a los procesos de comunicación del interior del equipo de salud es clave para fortalecer el trabajo en equipo y brindar un mejor cuidado enfocado a garantizar la seguridad del paciente, es así que durante la investigación se pudo obtener discursos, que evidencian una vez este proceso sistemático de notificación de Eventos adversos para lo cual se pone en marcha la comunicación oportuna del personal de salud, y a continuación se exponen los siguiente discursos:

*“...Se comunica de inmediato al médico sobre el evento adverso que se presentó, para que indique algún medicamento para tranquilizar al paciente...” (Enfermera A)*

*“...Si el paciente se cayó y en ese momento observo que ha perdido la conciencia y requiere una evaluación médica pedimos la atención del médico de emergencia para que indique sus exámenes y tratamiento...” (Enfermera B)*

*“...Al día siguiente se comunica a nuestro jefe inmediato el reporte a la jefa queda verbalmente, no existe un formato donde registrar el evento adverso que se presentó...” (Enfermera D)*

La comunicación oportuna del personal de salud en la notificación de eventos adversos para la seguridad en el cuidado, según los discursos presentados las enfermeras han generado en ellas la cultura de comunicación, de notificar aquellos eventos adversos que se suscitan durante el cuidado que brindan al paciente. Por otro lado ellas conocen que hay maneras de prevenir los eventos adversos y la notificación es una de ellas, así también se evidencia el trabajo en equipo, quienes enfermeras y médicos se apoyan para hacer que el evento adverso no provoque en la personas consecuencias severas, logrando así su pronta recuperación.

Además hay que recalcar en el último discurso, la voluntad que tienen las enfermeras de manifestar la aparición de los eventos adversos, pero la notificación de los sistemas de registro según Bañares<sup>22</sup>, no solo puede ser de carácter voluntario sino también pueden ser carácter obligatorio. Los sistemas obligatorios de notificación se centran en los eventos adversos que producen lesiones graves o muerte.

Los cuales pretenden aportar a los pacientes unos mínimos de protección y ser un incentivo para que las instituciones eviten problemas de seguridad que les podrían conducir a sanciones y, en último lugar, en exigir a las organizaciones inversiones en recursos para la seguridad del paciente. Estos sistemas imponen obligaciones legales para documentar eventos adversos graves al estado.

Durante este análisis también surgió una última sub categoría, de mucha relevancia, que hace referencia algo propio de enfermería, que sin dudarle sirve también como medio importante para la notificación de Eventos Adversos, y este es el reporte y notas de enfermería, del cual hablaremos a continuación a detalle.

- **El reporte y notas de enfermería como medio importante para la notificación de eventos adversos**

Según Kozzier<sup>15</sup> manifiesta que los reportes de enfermería son un informe que se realiza a través de la comunicación verbal al finalizar el turno, que consiste en la exposición sobre todos los acontecimientos sucedidos durante el turno en el cliente. Por lo tanto su finalidad es garantizar la continuidad del cuidado y de mejorar la calidad de la atención de los usuarios, además de los progresos del mismo, así como de aspectos de los cuales se deben estar pendientes y que deben ser vigilados en el cuidado de los enfermeros del servicio, ya sea para la prevención de los EA.

El método de transmisión de la información es a través del kárdex, y además a este informe que se realiza en el cambio de turno debe asistir todo el personal de enfermería, en donde cada miembro está informado sobre todo lo que acontece a la persona y pueda intervenir si es necesario a fin de completar la información. Es útil ya que brinda la información de, lo que ha acontecido en los pacientes durante el turno y le permite planear la atención en forma mental, pero ello requiere de la capacidad de resolución de problemas y la aplicación de conocimientos propios de la enfermera, pudiendo así ofrecer o dar una mejor atención acorde a sus necesidades.

El Enfermero puede preparar su informe tomando notas cuando recibe el informe previo, y a su vez el enfermero que ingresa al servicio al recibir el turno puede anotar la información más trascendente que le permita formular a priori problemas en los clientes y priorizar la atención. Por lo que el reporte debe proporcionar información relevante que permita al personal que ingresa al servicio, elaborar planes de atención y brindar los cuidados necesarios al cliente en forma inmediata y oportuna, debiendo evitarse información irrelevante, ya que disminuye la utilidad del informe y aumenta su duración sin necesidad, entonces el reporte de enfermería está orientado a informar al personal de enfermería sobre los cuidados que se han brindado al paciente, es decir aquellos que se cumplieron satisfaciendo sus necesidades y/o problemas (eventos adversos que se hayan presentado caídas, flebitis, etc.) y aquellos que no se pudieron cumplir y/o que quedan pendientes de ser solucionados por el siguiente turno. Ya que la atención es continúa las 24 horas del día<sup>15</sup>.

Por otro lado el reporte se evidencia objetivamente a través de las notas de enfermería, estas son un registro escrito elaborado por el personal de enfermería acerca de las observaciones del paciente, tomando en cuenta

su estado físico, mental y emocional, así como la evolución de la enfermedad y cuidados proporcionados.

El cuidado de enfermería diario se registra a menudo en una hoja especial asignada para dicha función, las notas de enfermería están constituidas por dos tipos de datos: Subjetivos y Objetivos; los datos subjetivos nos dicen lo que el paciente siente y el modo en que lo expresa. Los datos objetivos comprenden medidas como los signos vitales, observaciones de los miembros del equipo de salud, hallazgos de laboratorio y radiográficos, y respuestas del paciente a las medidas diagnósticas y terapéuticas, los eventos adversos que pudieron haberse desarrollado durante su turno y que actividades se hicieron frente a ello.

En opinión de la investigadora, las notas de enfermería son el registro del acto de cuidado de Enfermería en la historia clínica y la manera escrita de manifestar o notificar los eventos adversos que se haya desarrollado en el turno, siendo por otro lado, el reporte de enfermería, la manifestación oral de estos eventos adversos, que sin dudarlos deben estar escritos, y adheridos a la historia clínica, pues nos sirve para mejorar el cuidado y actuar pronto frente algún EA que se pueda desarrollar durante el cambio y desarrollo del turno del colega a quien se reporte, por tanto esto se evidencia en los siguientes discursos:

*“...Informo a mis colegas al momento del reporte. Luego se registra a través de las notas de enfermería en la historia clínica y en los cuadernos de incidencias y si pasara alguna cosa mayor se tendría que informar a la coordinadora...” (Enfermera C)*

*“...Todo evento adverso que se suscita nosotros registramos en los cuadernos de incidencias y se reporta verbalmente a las colegas...” (Enfermera E)*

*“...registro en la historia clínica y en la notas de enfermería...” (Enfermera F)*

El reporte y notas de enfermería como medio importante para la notificación de eventos adversos, de acuerdo a los discursos presentados las enfermeras mencionan el cumplimiento del reporte para informar al colega respecto a los eventos adversos que se presentaron durante el turno y además desarrolla la cooperación y trabajo en equipo en su más alto sentido, así también las notas de enfermería son la evidencia clara y escrita del cuidado que brinda el profesional de enfermería frente a estos eventos adversos, constituyen un registro de calidad que como fuente de información y comunicación permite dar continuidad al cuidado, siendo las notas de enfermería un documento que avala el trabajo del enfermero, ofrece cobertura legal a sus actuaciones. De la misma manera las enfermeras también utilizan, algunas otras herramientas, como el cuaderno de incidencias, donde de manera escrita registran el evento adverso que se presentó durante su turno y si se dio la atención oportuna que se merece.

Así mismo según Kozzier<sup>15</sup> menciona, el rol de la enfermera como miembro del equipo de salud es importante, ya que contribuye con sus conocimientos y experiencias, brindando al paciente los cuidados en los aspectos biológico, psicológico, espiritual y social. De modo que debe comprender lo que el paciente y su familia experimentan sobre la enfermedad y su tratamiento con el fin de administrar los cuidados óptimos, es así que dentro del Reporte de Enfermería tiene la responsabilidad de proporcionar la información de manera objetiva, oportuna e integral, sobre los sucesos ocurridos con el paciente durante el turno.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

Luego de haber analizado cada expresión referida en los discursos de los sujetos de estudio y contrastado con la literatura, se ha llegado a las siguientes consideraciones finales:

1. Las Enfermeras desarrollan actividades encaminadas a garantizar la seguridad del paciente, las cuales incluyen la aplicabilidad de la valoración de enfermería, gestión de recursos materiales, la administración correcta de medicamentos, educación durante la estancia hospitalaria y al momento del alta, considerándolo como componente de

calidad en la atención de enfermería y a la vez deben estar acorde con el avance de la ciencia, a fin de implantar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y asegurar su continuidad, de tal manera que permitan garantizar la seguridad del paciente.

2. En la presente investigación se identificó los eventos adversos referidos por las enfermeras siendo: las complicaciones postoperatorias, caídas de los pacientes durante la estancia hospitalaria, flebitis por catéter venoso periférico, ante estas situaciones diferentes pero que en cierta medida repercute en la seguridad del paciente evidenciamos que las enfermeras en su actuar diario aplican el conocimiento científico que sustenta el cuidado, desde la correcta técnica aséptica para manipular la herida quirúrgica, hasta la educación al paciente para evitar lesiones, además comprenden al identificar los EA son el primer paso para mejorar la seguridad y la calidad del cuidado de salud que se brinda al paciente.
  
3. El profesional de Enfermería del Hospital Naylamp emplea la comunicación oportuna entre el personal de salud, el reporte y las notas de enfermería para la notificación eventos adversos lo cual constituyen una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia en el cuidado al paciente, además es bien señalar que la notificación depende no sólo de la conciencia del error sino también de la buena voluntad para documentarlo y esto se ve reflejado en los sujetos de investigación.

## **RECOMENDACIONES FINALES**

La seguridad de los pacientes ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias quienes desean sentirse seguros y confiados con los cuidados sanitarios recibidos como para los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria efectiva y eficiente.

Frente a la realidad identificada y posteriormente analizado en cada una de las entrevistas la investigadora considera las siguientes recomendaciones:

1. Al profesional de enfermería analizar los resultados de la investigación y así sensibilizarlos hacia buenas prácticas de atención acorde con el conocimiento científico, siendo una de estas prácticas el aprender a documentar y reportar todo evento adverso que se suscite durante o

después del cuidado viéndolo no como una situación punitiva sino considerar que son el primer paso para lograr la seguridad en el paciente.

2. A los líderes de la organización generar culturas organizacionales y de confianza en el profesional de enfermería para entender la notificación como una oportunidad para mejorar la seguridad y no como un mecanismo para la culpabilización o la punición, propiciándose la crítica constructiva a favor del paciente y del mismo modo permita lograr la acreditación hospitalaria y alcanzar la ventaja competitiva en la satisfacción del usuario externo e interno de la organización.
3. A las universidades locales y nacionales desde pre-grado proporcionar de información y concientizar a los estudiantes sobre la seguridad en cuidado del paciente, así como el análisis de casos de eventos adversos en los pacientes e incluir esta temática y así trascienda en los estudiantes.
4. Los resultados de esta investigación promueva en el investigador ampliar e incluir esta temática en investigaciones orientadas a mejorar la seguridad del paciente

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Calidad de la Atención: Seguridad del paciente. Informe de la Secretaría. Ginebra: OMS; 2001. 109ª reunión [acceso 20 de agosto de 2012]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf>
2. Estrategia para la Seguridad del Paciente [Sevilla] : Consejería de Salud, [2006]  
[http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/estrategia\\_seguridad\\_paciente-1.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/estrategia_seguridad_paciente-1.pdf)
3. Resolución Ministerial N° 143 – 2006/ MINSA, de 24 de Julio del 2006
4. Resolución Ministerial N°308 – 2010/MINSA, de 20 de Abril del 2010.
5. Organización Mundial de la Salud. IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica; 2010. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf)
6. Orellana Carrasco R, Zájara Porras M, Rojas Quero M, Báez Cabeza A. Gestión de la seguridad del paciente en una unidad de urgencias de atención primaria. Málaga, España; 2009. Disponible en: [http://www.semes.org/revista/vol21\\_6/5.pdf](http://www.semes.org/revista/vol21_6/5.pdf)
7. Gómez Ramírez O, Arenas Gutiérrez W, González Vega L, Garzón Salamanca J, Mateus Galeano E, Soto Gámez A. Cultura de Seguridad del Paciente por Personal de Enfermería. Ciencia y enfermería [revista en Internet] 2011 Diciembre. [acceso 10 de setiembre de 2012]; 17 (3). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532011000300009](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300009)
8. Orellana Carrasco R, Zájara Porras M, Rojas Quero M, Báez Cabeza A. Gestión de la seguridad del paciente en una unidad de urgencias de atención primaria. Málaga, España; 2009. Disponible en:  
[http://www.semes.org/revista/vol21\\_6/5.pdf](http://www.semes.org/revista/vol21_6/5.pdf)
9. Saturno P.J, Da Silva Gama Z.A, De Olivera Sousa S.L, Fonseca Y. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud Español. Murcia; 2008. Disponible en:  
[http://www.um.es/calidadsalud/archivos/Analisis%20cultura%20SP%20\(articulo\).pdf](http://www.um.es/calidadsalud/archivos/Analisis%20cultura%20SP%20(articulo).pdf)
10. León Franco A. Fundamentos de Seguridad al Paciente. Calidad de Atención en Salud. Universidad del Valle. 1ª Ed. Colombia; 2006.
11. Palacio Betancout D, Rodriguez Resptrepo C. La seguridad del paciente y la atención segura. Colombia: Proger; 2006. Disponible en: <http://www.unisinucartagena.edu.co/ObservatorioS/doc/La%20Seguridad%20del%20Paciente%20y%20la%20Atencion%20Segura.pdf>
12. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Plan para la seguridad del paciente [Página de inicio en Internet]. Lima, Perú: HNAL; 2007 [2010; 10 setiembre 2012]. Disponible en:

- [http://www.hospitalloayza.gob.pe/seguridad\\_paciente.php](http://www.hospitalloayza.gob.pe/seguridad_paciente.php)
13. La seguridad del paciente en siete pasos. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo; 2005. Disponible en: [http://www.sefh.es/carpetasecretario/7\\_PASOS.pdf](http://www.sefh.es/carpetasecretario/7_PASOS.pdf)
  14. Directiva 009-GG- EsSalud-2013. Prácticas seguras y gestión del riesgo para la identificación correcta del paciente.
  15. Kozzier, B. Fundamentos de Enfermería. 5ª Edición. Madrid: editorial Mc Graw- Hill interamericana; 2005.
  16. Cristina Cometto M, Gómez P, Marcon Dal Sasso G, Zarate Grajales R, De Bartoli Cassiani S, Falconí Morales C. Enfermería y Seguridad de los Pacientes. Washington, Dc.: OPS; 2011.
  17. Milos Hurtado P, Larrain Sundt A, Simonetti de Groote. Humanidad y Seguridad de Atención de Pacientes. Mediterraneo. Santiago de Chile; 2010.
  18. Directiva 007-GG-EsSalud-2013. Prácticas seguras y gestión del riesgo para la administración correcta de medicamentos.
  19. Malagon Londoño P, Galan Morena A, Pontón Laverde Y. Administración hospitalaria. 3ra ed. Bogotá: editorial médica panamericana; 2008.
  20. Marriner A. y Raile M. Modelos y Teorías en enfermería. 5ª ed. Madrid: Elseiver; 2003.
  21. Aibar, C. Aranaz J. ¿Pueden evitarse los sucesos adversos relacionados con la atención hospitalaria?. Anales del Sistema Sanitario de Navarra [revista en internet] 2003 [acceso 10 de setiembre de 2012]; 26 (2). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272003000300002&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000300002&lng=es&nrm=iso)
  22. Bañeres J, Cavero E, et al .Sistemas de Registro y Notificación de Incidentes y Eventos Adversos. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo; 2009.
  23. Bruner y Suddart. Tratado Enfermería Medico Quirúrgica. 9a. México: Mc Graw- Hill interamericana; 2009.
  24. Vicente M. Postoperatorio Inmediato. Enfermería Quirúrgica Planes De Cuidados. Barcelona: Springer; 1999. p.103-12. Disponible en: [http://books.google.com.pe/books?id=mP4vTIx1xsEC&pg=PA104&dq=definicion+del+periodo+postoperatorio&hl=es-419&sa=X&ei=oFGHUJOyO\\_C8oQGJrIHQCg&ved=oCC4Q6AEwAQ#v=onepage&q=definicion%20del%20periodo%20postoperatorio&f=true](http://books.google.com.pe/books?id=mP4vTIx1xsEC&pg=PA104&dq=definicion+del+periodo+postoperatorio&hl=es-419&sa=X&ei=oFGHUJOyO_C8oQGJrIHQCg&ved=oCC4Q6AEwAQ#v=onepage&q=definicion%20del%20periodo%20postoperatorio&f=true)
  25. Pineda E, Luz de Alvarado E. Metodología de la investigación. OPS, 3ra ed. Washington DC; 2008
  26. Sampieri, R. metodología de la investigación. 5ª ed. México: Mc GRAWHILL; 2010.
  27. Salamanca A. La investigación cualitativa en las ciencias de salud. Departamento investigación FUDEN. Nure Investigación, n° 24; Septiembre-Octubre 2006
  28. Polit. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Principios y Métodos. México. 6a Ed.; 2000.

29. Gonzales, L. estudio de caso bajo el enfoque transdisciplinar. Red de revistas científicas de america latina-vol.9N° 3 (En línea) universidad de Zulia venezuela,2009(citado25/04/2012). Disponible en: <http://redalic.uamex.mx/src/inicio/Aertpdfrec.jsp?cve>
30. Andrade Martins G. Estudio de caso: una estrategia de pesquisa. 1a ed. Brasil: atlas; 2006
31. Burns N, Grove S. Investigación en enfermería. 3ª ed. España: Elsevier España S.A; 2005.
32. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. 2ª ed. Madrid: ediciones Morata, S.L; 2007.
33. Vitores A. Curso de Investigación cualitativa. Fundamentos, técnicas y métodos. Madrid: Editorial Harcourt; 2004.
34. Mons. Sgreccia E. La Persona y el Respeto de la Vida Humana. 2004. disponible en: <http://dspace.unav.es/dspace/bitstream/10171/5570/1/MONS.ELIO%20SGRECCIA.pdf>
35. Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Vol. 34 N°3; 2003
36. León Román, C. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Rev. Cubana Enfermería 2006; [acceso 30 de Junio de 2013]; 22(3). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22\\_3\\_06/enfo7306.html](http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_3_06/enfo7306.html)
37. Villarreal Cantillo E. Seguridad en el Paciente: Un compromiso de todos para un Cuidado la Calidad. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2007; 23 (1): 112-119.

**ANEXO N° 01**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO  
Chiclayo - Perú**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Estudio: La Seguridad en el Cuidado a la Persona Hospitalizada en el Servicio de Cirugía – Hospital Essalud Naylamp, Chiclayo 2013.

Investigador: Yovithza Liz Cosavalente Sipión

Con este estudio se pretende describir y analizar la seguridad en el cuidado a la persona hospitalizada en el servicio de cirugía. El estudio ha sido aprobado por juicio de expertos y por el comité de Ética de la Escuela de Enfermería de la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo. El estudio no producirá daño a su persona.

Se le pedirá responder preguntas en una entrevista semiestructurada sobre la seguridad en el cuidado a la persona hospitalizada en el servicio de cirugía. Lo que conversaremos durante la entrevista se grabará. La participación en el estudio va a ocuparle aprox. 30 minutos, puede preguntarme cualquier duda sobre el estudio o sobre su participación.

Su participación en el estudio es voluntaria; no tiene ninguna obligación de participar, tiene derecho de retirarse cuando Ud. lo crea conveniente, y la relación con el investigador no se verán en absoluto afectadas.

La información del estudio será codificada para que no pueda relacionarse con Ud. Su identidad no se publicará. Toda la información recopilada será solamente de conocimiento de la investigadora y de su asesora, quienes garantizarán el secreto y respeto a su privacidad.

Yo.....he leído la hoja de información que me ha entregado la estudiante de la Escuela de enfermería de la USAT, Yovithza Liz Cosavalente Sipión asesorada por la Dra. en Enfermería: Patricia Otero Gonzáles y acepto participar voluntariamente de la investigación. He podido hacer preguntas sobre el estudio y recibí suficiente información donde autorizo mi participación

voluntaria. Por otro lado comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y/o sin que esto repercuta en mi estado de salud. Se guardará el anonimato.

He leído el formulario de consentimiento y voluntariamente doy mi consentimiento para participar en este estudio.

---

Firma del Participante

DNI:

He explicado del estudio al individuo arriba representado y he confirmado su comprensión para el consentimiento informado.

---

Firma de la Investigadora

## **ANEXO N°02**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO  
Chiclayo - Perú**

### **ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A LA ENFERMERA**

**LA SEGURIDAD EN EL CUIDADO A LA PERSONA HOSPITALIZADA EN EL  
SERVICIO DE CIRUGÍA – HOSPITAL ESSALUD NAYLAMP, CHICLAYO 2013.**

**Pseudónimo-----**

**INSTRUCCIONES:**

El presente instrumento, tiene por objeto recolectar información con relación al tema de investigación por lo que se le solicita emitir opiniones verdaderas.

**PREGUNTAS ORIENTADORAS:**

1. ¿Ud. brinda seguridad en el cuidado a la persona hospitalizada en el servicio de Cirugía? Describa Ud. ¿Cómo realiza el cuidado para garantizar la seguridad a la persona hospitalizada en el servicio de Cirugía?
2. ¿Qué tipo de evento adverso ve que ocurre con mayor frecuencia?
3. ¿Ud. realiza la notificación de eventos adversos que se presentan durante el cuidado que brinda al paciente?
4. ¿Cómo realiza la notificación de eventos adversos en su centro de trabajo?



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO  
Chiclayo - Perú**

**ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA AL PACIENTE  
HOSPITALIZADO**

LA SEGURIDAD EN EL CUIDADO A LA PERSONA HOSPITALIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA – HOSPITAL ESSALUD NAYLAMP, CHICLAYO 2013.

**Pseudónimo -----**

**INSTRUCCIONES:**

El presente instrumento, tiene por objeto recolectar información con relación al tema de investigación por lo que se le solicita emitir opiniones verdaderas.

**PREGUNTAS ORIENTADORAS:**

1. Ud. ¿Siente seguridad en el cuidado que brinda la enfermera durante su estancia hospitalaria?
2. Si es si, Describa ¿Cómo es la seguridad en el cuidado que brinda la enfermera durante su estancia hospitalaria?
3. Si es no, ¿Por qué?
4. ¿Ud. ha presentado algún acontecimiento inesperado durante su estancia hospitalaria; tales como: caídas, infección sobreagregada, inflamación de la vena, hematomas, reacción alérgica al medicamento, infección de la herida operatoria; explique el motivo por el que se presentó?