

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERÍA



**SEGURIDAD EN EL CUIDADO ENFERMERO DE
PACIENTES POSTOPERADOS POR HEMATOMA
SUBDURAL. SERVICIO DE CIRUGÍA-HOSPITAL
MINSA NIVEL III – CHICLAYO 2017**

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

**AUTORAS: Bach. May Larrea Cubas
Bach. Genoveva Narciza Vilcherrez Larrea**

Chiclayo, 19 de febrero del 2018

**SEGURIDAD EN EL CUIDADO ENFERMERO DE
PACIENTES POSTOPERADOS POR HEMATOMA
SUBDURAL. SERVICIO DE CIRUGÍA-HOSPITAL
MINSA NIVEL III – CHICLAYO 2017**

POR:

Bach. May Larrea Cubas
Bach. Genoveva Narciza Vilcherrez Larrea

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. Margot Olivos Pérez
Presidenta de Jurado

Mgtr. Magaly del Rosario Chú Montenegro
Secretaria de Jurado

Lic. María Olinda Vizconde Campos
Vocal/Asesor de jurado

Chiclayo, 19 de febrero del 2018

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	15
1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	15
1.2. BASE TEÓRICO – CONCEPTUAL	15
CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO	21
2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	21
2.2. ABORDAJE METODOLÓGICO	21
2.3. SUJETOS DE INVESTIGACIÓN	22
2.4. ESCENARIO	23
2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	24
2.6. PROCEDIMIENTO.....	25
2.7. ANÁLISIS DE DATOS	26
2.8. CRITERIOS ÉTICOS	27
2.9. CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO	28
CAPÍTULO III. RESULTADOS Y ANÁLISIS	29
CONSIDERACIONES FINALES.....	56
RECOMENDACIONES.....	57
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	58
ANEXOS:.....	61
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO	61
ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO	63
ANEXO 3: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	65
ANEXO 4: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	66

DEDICATORIA

A Dios y a la Virgen, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más.

A mis padres, seres a quienes adoro desde lo más profundo de mi corazón porque creyeron en mí y me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

A mis Hermanos porque siempre he contado con ellos para todo, por el apoyo y amistad. Para ustedes mis pequeños y queridos sobrinos: Isis, Valentina, Leo, Tomasito y para ti mi querida Indira quienes con su inocencia de la niñez me han dado hermosos momentos que he vivido día a día. Dios los colme de bendiciones.

MAY

DEDICATORIA

A Dios, por ayudarme a cumplir el sueño que puso en mi corazón y haberme dado fortaleza para continuar cuando estuve a punto de caer.

A mi mamá Laura, fuente de apoyo constante e incondicional en toda mi vida, fue el principal cimiento para la construcción de mi vida profesional, sentando en mí deseos de superación y responsabilidad.

A mi padre, mi ángel, por los años que pasamos juntos sé que siempre estás conmigo y que tu amor me bendice siempre.

A Inés y Romy, porque siempre me alentaron a seguir adelante en los momentos difíciles

GENOVEVA

AGRADECIMIENTO

A Dios por bendecirnos y ayudarnos para llegar hasta donde ahora estamos y por hacer realidad este sueño anhelado.

A nuestros padres porque nos brindaron su apoyo constante e incondicional en toda nuestra vida y más aún en nuestros duros años de carrera profesional.

A nuestra asesora, Lic. María Vizconde Campos, por su paciencia, su valiosa dirección y apoyo para seguir este camino, cuya experiencia han sido fuente de motivación.

A las Enfermeras y familiares del servicio de Cirugía Especialidades del HRL por el apoyo brindado para la aplicación de esta investigación.

Y a nuestros jurados por sus aportes para mejorar nuestra investigación.

MAY Y GENOVEVA

RESUMEN

La presente investigación fue de tipo cualitativa tuvo como objetivo: describir, analizar y comprender la seguridad del cuidado enfermero en pacientes postoperados por hematoma subdural. Esta investigación se fundamentó con la teoría de J. Watson “Teoría del Cuidado Humano”. Los sujetos de estudio fueron siete enfermeras y siete familiares de pacientes postoperados por hematoma subdural en el servicio de Cirugía Especialidades del HRL, ambas muestras fueron delimitadas por la técnica de saturación y redundancia de discursos. Se utilizó entrevistas semiestructuradas, previo consentimiento informado. En el análisis de contenido emergieron las siguientes categorías: Actividades de Enfermería que garantizan la seguridad en el cuidado integral del paciente, Condiciones que ponen en riesgo la seguridad del paciente, Trabajo en equipo para garantizar la seguridad en el cuidado de pacientes. Durante el proceso de investigación se respetaron los principios bioéticos de Sgreccia y los criterios de rigor científico. Finalmente se concluyó la seguridad en el cuidado del paciente es desarrollado con sustento científico brindando sus cuidados bajo estándares de calidad, que genere una cultura organizacional que permitan hacer uso de los indicadores de seguridad para identificar el resultado o daño, para así poder aumentar el nivel de seguridad en la atención del paciente.

PALABRAS CLAVES: Seguridad del Paciente, Cuidado de Enfermería, Periodo postoperatorio.

ABSTRACT

The objective of this research was to describe, analyze and understand the safety of nursing care in patients postoperated by subdural hematoma. This research was based on the theory of J. Watson "Theory of Human Care". The study subjects were seven nurses and seven family members of patients postoperated by subdural hematoma in the Specialties Department of the HRL, both samples were delimited by the technique of saturation and redundancy of speeches. Semi-structured interviews were used, with prior informed consent. In the content analysis emerged the following categories: Nursing Activities that guarantee the security in the integral care of the patient, Conditions that put in risk the safety of the patient, Work in equipment to guarantee the security in the care of patients. During the research process, the bioethical principles of Sgreccia and the criteria of scientific rigor were respected. Finally, the safety in patient care was developed, with scientific support in practice, considering the identification and notification of adverse events as a first step to improve safety in care

KEY WORDS: Patient Safety, Nursing Care, Postoperative Period.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, anualmente cerca de 4.5 millones de personas sufren una lesión cerebral traumática, llegando a hospitalizarse más de 1.5 millones de personas, y 370.000 sufren una lesión cerebral traumática mortal debido a diversos accidentes¹.

Según un estudio a nivel mundial, los traumas son la primera causa de mortalidad e incapacidad y aproximadamente el 50% corresponden a lesiones cerebrales traumáticas que afectan principalmente a personas jóvenes y adultas económicamente activas, en las cuales la lesión y/o secuelas pueden generar alteraciones en los procesos familiares, roles profesionales y productividad económica². En una publicación realizada por la OPS (Organización Panamericana de Salud), titulada: “Análisis Comparado del Marco Jurídico sobre Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente”, se reconoce que el acceso a una asistencia sanitaria de calidad es un derecho humano fundamental que debe ser valorado por sus instituciones y sus ciudadanos. Igualmente, los pacientes deben contar con un sistema sanitario, que se base en la percepción real y que integre el análisis de la situación y proponga soluciones donde se consideren los diversos elementos que garantice la seguridad del paciente³.

De igual modo, nuestro país afronta una situación crítica, donde uno de los problemas más importantes es el estado de salud de la población y el incremento considerable de personas que sufren lesiones cerebrales traumáticas que ingresan por emergencia para ser intervenidos quirúrgicamente. En un estudio realizado durante el año 2014 en el Hospital Nacional Dos de Mayo sobre las causas de intervención quirúrgica en pacientes con traumatismos craneoencefálicos, el 81.3% de los pacientes fueron de sexo masculino, edad promedio de 53 años. Respecto del evento causante del traumatismo, la principal causa fue caídas en 60% de los pacientes, 24% por accidentes de tránsito, 13.3% debido a golpes y 2.7% por otras causas. La región con mayor incidencia de traumatismos craneoencefálicos fue Lima. En cuanto al tipo de lesión producida, 64% de los pacientes fueron intervenidos por hematoma subdural, 17.3% por hematoma epidural, 10.7% por fractura de cráneo y 2.7%

presentó hematoma mixto (epidural y subdural simultáneamente). En tanto que de los hematomas subdurales, la mayor frecuencia se presentó en los casos subagudos, en 41.7%⁴.

Por lo tanto, las complicaciones de HSA (Hematoma subdural agudo), como parte de la valoración de los mismos, tienen mucha importancia en la salud de este grupo poblacional, dentro de la recuperación, intervención precoz y manejo adecuado de las mismas. La evolución de los pacientes postoperados de hematoma subdural agudo, puede verse afectada por el compromiso funcional que se asocia significativamente con la edad, la gravedad inicial del traumatismo craneoencefálico y la duración de la internación en el hospital, manifestando muchas veces con signos de fatiga, afasia, trastornos de la memoria, atención y concentración, alteraciones del equilibrio, paresia, etc. La alta frecuencia de incapacidad global a los seis y doce meses de seguimiento, aun en pacientes con traumatismos leves, denota la relevancia del traumatismo craneoencefálico como productor de incapacidades y deficiencias, así como la necesidad de la seguridad en los cuidados que se le debe brindar a este tipo de pacientes⁵.

Por todo ello, es primordial la función del profesional de enfermería con respecto a la seguridad del cuidado del paciente con lesión cerebral, ya que ayudará a prevenir y reducir el daño secundario que puede incluir edema, isquemia, alteraciones del flujo sanguíneo cerebral y el aumento de la presión intracraneal (PIC), lo cual son generados por la fiebre, las convulsiones, la hipoxia, el desequilibrio hidroelectrolítico y puede aparecer en algún momento de la hospitalización. Asimismo, la enfermera es la que debe brindar cuidado permanente al individuo, mediante acciones humanísticas, científicas o espirituales, las cuales buscan satisfacer sus necesidades funcionales porque han perdido parcial o totalmente la capacidad para cuidarse.

Según Donabedian A. Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total, precisa; y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna, efectiva como el

estado actual del conocimiento lo permite. Por lo tanto, los cuidados de enfermería tienen relevancia en cualquier proceso patológico que sufre un paciente. Dentro de todos los cuidados que enfermería puede aportar a un paciente que va a ser intervenido, se debe prestar especial atención a la educación⁶.

Asimismo, muchas veces la deficiente dotación de personal en el servicio de cirugía de especialidades y la sobrepoblación de pacientes conlleva a la enfermera a no aplicar los instrumentos que valoran la seguridad de los cuidados, como los indicadores de calidad, de proceso y resultados, de manera que no se aplican en el servicio. Por esta razón, para lograr satisfacer las necesidades alteradas de sus pacientes, la enfermera involucra a la familia en su cuidado, a la cual le brinda educación sanitaria y/o vigila su participación. Además, el familiar responsable, bajo la supervisión del profesional, es el encargado de suplir las necesidades básicas al paciente. El criterio de la enfermera es esencial para determinar la cantidad de información que el familiar puede asimilar sobre los cuidados post quirúrgicos, a fin de disminuir el temor y favorecer la comprensión durante ese proceso.

Durante la asistencia a las prácticas pre profesionales realizadas en los establecimientos de salud, entre ellos el servicio de cirugía de Especialidades de un hospital del MINSA Nivel III, se evidenció un alto porcentaje de pacientes postoperados de neurotrauma (hematoma subdural). Tal es así que, en el año 2014, sólo se intervenían quirúrgicamente entre 18 a 20 pacientes anuales, cifra que se ha incrementado en un 60% actualmente. Este tipo de pacientes presentan un tiempo de estadía prolongada para su recuperación, tienen un alto grado de dependencia, y requieren cuidados específicos orientados al mantenimiento de valores normales de sus parámetros funcionales que ayudarán a mejorar el pronóstico de los mismos, ante esto la enfermera plantea cuidados como vigilar vía aérea, aspiración de secreciones, cambios de posición, control de presión arterial invasiva o no invasiva según proceda, electrocardiograma, escala de Glasgow, control de glucosa, control de gases arteriales, control de temperatura y administración de medicamentos.

Observando el incumplimiento en el horario de administración por la gran demanda de pacientes neuroquirúrgicos a su unidad.

Por otro lado, en cuanto a la normativa, se puede constatar que el servicio de cirugía no cuenta con guías para realizar los procedimientos asistenciales, ni protocolos de evaluación y prevención de caídas en los pacientes. En cuanto a la infraestructura, se determinó que las habitaciones destinadas a pacientes postoperados de neurocirugía, cuenta con áreas pequeñas e insuficientes y no tiene las facilidades correspondientes para el traslado del mismo o para atender alguna complicación si se presenta, ya que son demasiado estrechas y dificulta el ingreso de una camilla en caso de emergencia. Los sistemas de auditorías y supervisión del cuidado son escasos y deficientes en su aplicación, puesto que el personal responsable solamente verifica el cuaderno de incidencias, omitiendo la valoración o verificación directamente con el paciente. Otro aspecto que cabe mencionar, es la aplicación de medidas de seguridad para los pacientes, donde se evidencia que existen camas sin barandas lo cual predispone el riesgo de caídas y por consiguiente, complica su recuperación, comprendiendo que en el servicio de cirugía se encuentran pacientes postoperados mediatos que aún están recuperando la estabilidad de sus funciones motoras. Frente a esta realidad, las investigadoras se plantean una serie de interrogantes como: ¿son idóneos y seguros los cuidados que brinda el profesional de enfermería al paciente postoperado de hematoma subdural?, ¿los cuidados de enfermería alcanzan todas las dimensiones de la persona?, ¿se educa e involucra a la familia en los cuidados del paciente como un apoyo para la seguridad y calidad de los mismos?

Según Casasa P, el primer objetivo de los cuidados de enfermería es la promoción de la salud, mediante el mantenimiento, el fomento y el desarrollo de la salud de la familia y de sus miembros por la activación de sus procesos de aprendizaje. Según este modelo, la recopilación de información es un proceso explorador en el que la familia y la enfermera colaboran y la atención se centra en el problema definido como una situación de salud que cambia continuamente y que está en relación con otras situaciones vividas en la familia. Para que se produzca un cambio, la familia debe ser un participante activo en los cuidados⁷.

En la actualidad, MINSA (Ministerio de Salud) busca mejorar la calidad de atención que se brinda a los pacientes a través de un mejoramiento continuo, en donde el profesional de enfermería, como miembro del equipo de salud, brinda un mejor cuidado acorde con los diversos cambios que se vienen dando; considerándose así que la seguridad del cuidado enfermero, adecuado y de calidad es parte fundamental del proceso de recuperación del paciente, con sus cuatro características preestablecidas: humana, oportuna, segura y continua; siendo por consiguiente la enfermera un profesional de presencia y compromiso social para potenciar la capacidad de gestionar el cuidado de Enfermería¹.

Finalmente, se formuló la siguiente interrogante: ¿Cómo es la seguridad del cuidado Enfermero en pacientes postoperado por hematoma subdural en el servicio de cirugía de un Hospital del MINSA nivel III – Chiclayo 2017? Planteándose como objetivo: Describir, analizar y comprender la seguridad del Cuidado Enfermero de Pacientes postoperados por hematoma subdural, en el servicio de cirugía de un Hospital del MINSA nivel III Chiclayo-2017. El objeto de estudio fue: la seguridad del cuidado de pacientes postoperados por hematoma subdural en el Servicio de Cirugía de Hospital del Minsa Nivel III – Chiclayo 2017.

El presente estudio se realizó porque se evidenció un incremento considerable de pacientes postoperados por hematoma subdural, al servicio de cirugía y que necesitan cuidados específicos de enfermería por el grado de dependencia y el tiempo prolongado de estadía, esto hace referencia que los profesionales de enfermería deben estar altamente capacitados y comprometidos con el cuidado de este tipo de pacientes. Esta situación obliga a la enfermera a brindar constante observación al paciente, un manejo inicial coordinado, en equipo, y mayor seguridad en los cuidados que se brinden para prevenir o reducir daños secundarios, evitar regresiones en la evolución y evitar complicaciones tempranas como formación de nuevas hemorragias (frecuentes en pacientes con alteraciones de la coagulación) o edema cerebral. Considerando que un paciente post operado por HSD se encuentra en estado crítico, debería ser manejado con protocolos de atención con respecto a

seguridad de los cuidados, ya que estos son muy importantes en los primeros días de hospitalización y de ellos dependerá la evolución y recuperación del paciente. Sin embargo, durante las prácticas pre profesionales realizadas en el Servicio de Cirugía de Especialidades, se evidenció que no existen protocolos de atención y procedimientos en el manejo de pacientes post operados por hematoma subdural para disminuir riesgos y complicaciones. Cabe mencionar que, además, se aplica el plan de atención de enfermería a todos los pacientes por igual, sin tener en cuenta el grado de complejidad y el tipo de cirugía a la que son sometidos.

Asimismo, los resultados de esta investigación concientizan a los profesionales de Enfermería, en el uso de un plan de cuidado estandarizados en pacientes con traumas neurológicos (HSD), además de tener una visión holística del paciente. Al mismo tiempo, reforzar los conocimientos existentes de los profesionales, para que brinden sus cuidados bajo estándares de calidad, que genere una cultura organizacional que permita hacer uso de los indicadores de seguridad para identificar el resultado o daño. Estos representan una estrategia de prevención de los problemas de seguridad, haciendo que el propio personal participe de forma activa y vigilante, notificando cualquier fallo o deficiencia, para así poder aumentar el nivel de seguridad en la atención del paciente.

I. CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Luego de realizar la revisión de antecedentes se encontró algunos estudios relacionados, entre los cuales destacan:

Moreno J. afirma que, es preciso crear y reforzar una creciente cultura de seguridad clínica en los profesionales sanitarios, logrando el compromiso y la convicción de todos los profesionales implicados. De otro modo, la exigencia por parte de la administración a través de una norma jurídica del deber de cumplir sin un compromiso firme de los profesionales sanitarios, podría afectar negativamente a la responsabilidad de la administración y de los propios profesionales, pues la mera ausencia del compromiso podría llegar a generar responsabilidad para la institución y/o los profesionales⁸.

En una investigación realizada por Gómez R, Arenas G, se determina que 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 llevaron a cabo acciones punitivas en su contra⁹.

En otra investigación realizada a nivel nacional, por Rodríguez M., en Lima, 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). Como conclusión se obtuvo que, 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 error¹⁰.

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, cuidado de Enfermería y periodo postoperado.

Según León F, menciona que 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 que está fuera o alejado de todo peligro ante cualquier circunstancia. Asimismo, es la necesidad de sentirse protegido contra todo aquello que puede perturbar o atentar contra su integridad física, moral o social. En la seguridad se presentan dos dimensiones: individual y social. La primera, va dirigida al cuidado que se da cada persona para no someterse a riesgos que pongan en peligro su salud y la vida; y la segunda, 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, etc¹¹.

Del mismo modo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), 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 consecuencias¹. Igualmente Palacio D. 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 recibida¹².

Es así que la OMS 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. Todo esto requiere más capacidad para aprender de los errores, la cual 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 sistema¹.

Asimismo, Barrera C. menciona que la seguridad del paciente es un proceso por el cual una organización proporciona cuidados seguros a los pacientes. Esto debería implicar la gestión del riesgo, declaración y análisis de los incidentes, la capacidad para aprender de ellos mediante seguimiento e implementando soluciones para minimizar el riesgo de su ocurrencia. También se considera la ausencia de lesiones accidentales atribuibles a los procesos de la atención sanitaria¹³.

Por lo tanto, la presente investigación concluye que la seguridad es la necesidad propia de cada individuo de sentirse protegido de todo aquello que pueda afectar su integridad. Desde el ámbito social existen ciertas leyes, organismos, servicios e instalaciones que protegen algunas necesidades de la población. Así, seguridad del paciente es entendida como disminución o ausencia de todo acto inseguro, real o potencial, producido como resultado del cuidado asistencial, 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.

En el transcurso de la historia de la Enfermería, algunas teóricas propusieron el concepto de cuidado como aquella relación existente entre el cuidador y la persona cuidada, siendo estos los componentes claves de esta interacción. Jean W, refiere que “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”¹⁴.

Para dar sustento a esta investigación se consideró los aportes de la teoría de J. 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, 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 genera¹⁵.

Así también, dentro de su teoría, desarrolla la relación transpersonal que se establece entre la enfermera ejecutora del proceso y la persona. Esta se desarrolla en un clima de responsabilidad moral, actitud y cuidado 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, el cual ha de ser un factor motivador esencial en el proceso del cuidado.

Lo anteriormente descrito nos permite concluir que el cuidado enfermero implica una serie de comportamientos, los cuales involucran no sólo conocimientos, sino también habilidades, destrezas y actitudes éticas. La palabra cuidado representa una infinita variedad de actividades, actitudes humanas dirigidas a mantener y conservar la vida, permitiendo que ésta continúe y se reproduzca.

De la misma forma, la Real Academia de la Lengua Española (RAE) refiere que el concepto cuidado proviene del latín “Cogitatus”, que significa pensamiento, y lo define como “solicitud y atención para hacer bien algo”. La

acción de cuidar proviene de “coidar”, y este del latín “cogitare”; pensar, que significa poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo, asistir, guardar y conservar¹⁶. Teniendo en cuenta los diferentes aportes bibliográficos consideramos que el cuidado 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, esto es, aplicar conocimientos y usar tecnología que maximicen los beneficios y aporten eficazmente en la recuperación del paciente, así como realizar procedimientos para evaluar la eficiencia y efectividad de la seguridad de los cuidados y de las intervenciones que se realizan. 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, lo cual ocurrirá cuando exista relación de cuidado autentico entre la enfermera y el paciente.

Literalmente, Cometto C, expresa 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 organización¹⁷.

Teniendo en cuenta que existe una estrecha relación entre cuidado y postoperatorio, afirmamos lo que manifiesta Brunner L., el cual refiere que postoperatorio es aquel periodo que transcurre desde que termina la cirugía hasta que se reanudan espontáneamente las funciones fisiológicas normales; y que pueden dividirse en inmediato (primeras 24-48hr.) y mediano (hasta la recuperación del paciente). En dicha etapa, el profesional de enfermería realizará una valoración cuidadosa y segura dirigida a establecer el equilibrio fisiológico del paciente y prevenir complicaciones¹⁸. Asimismo, Fuller J, denomina postoperatorio al periodo de recuperación que comienza al finalizar la intervención quirúrgica y se prolonga durante todo el tiempo necesario para que repare la herida quirúrgica y retornen a la normalidad las funciones corporales¹⁹

Para la investigación consideramos que la etapa postoperatoria comienza con la transferencia del paciente a la unidad de recuperación postanestésicos y termina con la valoración de vigilancia en el ambiente clínico o en el hogar, donde las actividades de la enfermera se centran, además, en fomentar la recuperación del paciente e iniciar las instrucciones y los cuidados de vigilancia en casa al paciente y familia, así como proporcionar las referencias de las consultas próximas con el médico para control y evaluación de la cirugía después del alta.

Consideramos además que los pacientes con hematoma subdural, son aquellos que presentan una acumulación de sangre en el espacio subdural entre la duramadre y la capa aracnoides de las meninges que puede deberse a un traumatismo craneal importante y puede presentar síntomas como pérdida de conciencia, cefalea intensa, deterioro del estado mental, dificultad en el habla y convulsiones²⁰. Es ahí donde las actividades de la enfermera se centran, además de fomentar la recuperación del paciente e iniciar las instrucciones y los cuidados de vigilancia en casa al paciente y familia, en proporcionar las referencias de las consultas próximas con el médico para control y evaluación de la cirugía después del alta.

II. CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO

2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se llevó a cabo una investigación cualitativa, Según Pineda, este tipo de investigación consiste en un proceso inductivo, interpretativo y recurrente, utilizado cuando existe la necesidad de trascender y profundizar en los fenómenos de estudio, con una descripción detallada de situaciones, eventos, interacciones y comportamientos que son observables²¹. Consiguientemente, este tipo de investigación nos 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.

2.2. ABORDAJE METODOLÓGICO

La metodología que se utilizó para esta investigación fue estudio de caso, el cual, 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 M. propone 5 fases para el desarrollo de estudio de caso los cuales fueron aplicados a la investigación²². :

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 los cuales nos brindaron la información a través de las entrevistas.

Planeamiento: Se trata de todo un proceso de construcción de una investigación: preguntas, proposiciones de estudio, fijación de parámetros, elaboración de protocolo, estrategia de recolección de datos y evidencias, importancia al estudio y las conclusiones, redacción, edificación y el formato de informe sobre el estudio de caso. En esta etapa se realizó cada proceso mencionado, partiendo de la pregunta de investigación y luego se realizó la problemática de estudio.

Recolección de datos y evidencias: Debe ser pautada por un plano formal; el investigador debe tener un comportamiento adaptable y flexible, el investigador debe mostrar habilidades para revertir las acciones a favor de la investigación. En esta etapa, 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 categorizar los datos, e información recolectada, y con los resultados construir una teoría que ayude a explicar el fenómeno de estudio. En esta fase se realizó una acción minuciosa y se analizó con la literatura para poder llegar a las conclusiones.

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, las técnicas de recolección de datos utilizadas, los resultados obtenidos, conclusiones y recomendaciones.

2.3. SUJETOS DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación tuvo como sujetos de investigación al profesional de enfermería que trabaja en el servicio de hospitalización cirugía especialidades del HRL, y al familiar cuidador; teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión: profesionales de enfermería que tengan como mínimo un año laborando en el servicio de cirugía especialidades de la institución. Y como

criterios de exclusión: enfermeras que se encuentren haciendo pasantías en el servicio de hospitalización cirugía especialidades y enfermera administrativa jefa del servicio; para la triangulación de datos se consideró 7 familiares cuidadores de pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía especialidades, se tuvo en cuenta como criterios de inclusión: aquel familiar que permanezca como mínimo 02 días con el paciente en el servicio de hospitalización cirugía Especialidades. Los criterios de exclusión comprende el ser personas con menos de 02 días junto al paciente, y/o familiares que lleguen a visitar esporádicamente y familiares de pacientes que presenten otro tipo de cirugía. Para asegurar el anonimato de las Enfermeras y familiares cuidadores tuvieron seudónimos para su identificación. Las Enfermeras fueron identificadas por seudónimos de nombres de flores: Orquídea, Cataleya,..... Girasol; y los familiares cuidadores fueron identificados por numeración: Familiar 1, Familiar 2.....Familiar 7. La delimitación de la muestra se realizó a través de la técnica de saturación y redundancia de discursos, cuando la información de las entrevistas se repita y no haya nuevos datos, saturando la muestra de estudio.

2.4. ESCENARIO

El escenario de la presente investigación lo constituyó el Servicio de Hospitalización Cirugía de Especialidades, de un hospital del MINSA nivel III, de la Región de Lambayeque, donde las investigadoras realizaron prácticas pre profesionales, se observó la manera cómo la Enfermera realiza los cuidados post operatorios mediatos a pacientes post operados por hematoma subdural y se consideró que existen algunas deficiencias en cuanto a la seguridad en el cuidado del paciente ya que es allí donde se debe brindar el mayor cuidado para evitar complicaciones y poder contribuir a la mejora del paciente y su reinserción a su vida laboral, es por ello que se vio factible realizar ésta investigación en dicho hospital.

El Servicio de hospitalización cirugía está ubicado en el cuarto piso del Hospital Regional de Lambayeque, cuya estructura es vertical. Es un servicio conformado por 15 profesionales y 15 técnicos de enfermería. Las especialidades que se atienden en este servicio son: neurocirugía, traumatología y ginecología.

Cuenta con 16 habitaciones bipersonales y 4 individuales, un star de enfermería, tópico, Kitckennette y un área para el material sucio.

Además se evidenció que el coche de paro no está debidamente implementado, por otro lado cuenta con una diversidad de registros como el cuaderno de incidencias, libro de registros de hospitalización, los cuales hacen que la comunicación interpersonal sea mejor y adecuada. Sin embargo, no cuenta con un organigrama que indique la estructura organizacional, además las enfermeras manifiestan que carecen de un manual que guía sus funciones en la organización (MOF, CAP, MAPRO). Asimismo, las habitaciones de los pacientes las camas no cuentan con barandales, 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. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Como técnica de recolección de datos, se utilizó la entrevista semiestructurada, es una entrevista con relativo grado de flexibilidad, tanto en el formato y en el orden, así como en los términos de realización y a quienes fue dirigida. Además, permite plantear interrogantes sin aferrarse al guion establecido previamente y fue dirigida a 7 Enfermeras y 7 familiares cuidadores la cual estuvo guiada por cinco 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 una grabadora para grabar la entrevista la cual será guardada bajo un pseudónimo para así mantener el anonimato de los participantes. Además por sugerencia de nuestro jurado se procedió también a elaborar una lista de chequeo de actividades que debe realizar la enfermera en pacientes post operados por hematoma, de ésta manera poder garantizar una buena investigación acerca de la seguridad en los cuidados de los pacientes, esto nos servirá para triangular y corroborar lo dicho por nuestros sujetos de estudio.

Así mismo como primer punto se realizó la validación del instrumento a través de la prueba piloto con 2 enfermeras asistenciales, y 1 familiar cuidador donde se les explico el objetivo de la investigación, ellos no formaron parte de los resultados de esta investigación, también fue revisado por la asesora de la investigación, las preguntas fueron entendibles, no siendo necesario hacer modificaciones o aclaraciones.

Por consiguiente se realizaron las entrevistas semiestructuradas a las enfermeras asistenciales, logrando saturar a partir de la quinta entrevista por criterios de redundancia de los discursos en las interrogantes planteadas, en los familiares se saturó la información a partir de la cuarta entrevista, así también cabe señalar que la aplicación de las mismas se realizaron dentro del horario de trabajo de las enfermeras. Los inconvenientes durante la ejecución 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

El proyecto fue inscrito en el catálogo de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Seguido de la aprobación del Comité de ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Luego se solicitó el permiso al Director de Dirección de Investigación del Hospital Regional Lambayeque: Dr. Heber Silva Díaz, 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. (Anexo 01). Una vez obtenida la autorización por parte de los sujetos de estudio, se procedió a realizar la recolección de datos mediante la entrevista semiestructurada.

Cabe mencionar que las entrevistas semiestructuradas (Anexo 02) fueron grabadas en un celular, se realizaron en el área (kitchennete) del servicio de Cirugía especialidades en horario de acuerdo a la disponibilidad de los sujetos del estudio. Este ambiente, reunía las condiciones necesarias para garantizar la privacidad y evitar distractores. Las entrevistas duraron aproximadamente 20 minutos, inmediatamente fueron transcritas en Word para posterior procesamiento y análisis de datos, esta información se conservará por 5 años con la finalidad de que sirvan como base de datos para otras investigaciones relacionadas con el tema de investigación o como fuente de verificación o auditabilidad de la presente investigación, en cuanto a la lista de chequeo de actividades (anexo 05) también se aplicó de manera no participativa y sin darle a conocer a la enfermera de turno, esto se pudo realizar ya que las investigadoras laboran en dicho hospital.

2.7. ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de datos se comenzará a efectuar bajo un plan general, pero su desarrollo puede ir sufriendo modificaciones de acuerdo con los resultados que se van obteniendo²³.

Las etapas que guiaron el análisis de datos fueron:

a) Pre análisis: para ello se entrevistó a las enfermeras y a los familiares cuidadores de los pacientes postoperados por Hematoma Subdural en el servicio de cirugía especialidades a quienes se les realizó una entrevista semiestructurada, protegiendo su identidad a través de pseudónimos nombres de flores y numeraciones, los que posteriormente 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 las investigadoras, cambiándose de un lenguaje “Emic” a un lenguaje “Etic”.

b) 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 enfermero al paciente postoperado por Hematoma Subdural en el servicio de cirugía especialidades.

c) Categorización: una vez que las investigadoras conocieron lo que significan los datos, procedieron a resumir y representar para su mejor comprensión e interpretación, y así relacionarlos de acuerdo a los propósitos dando pasó 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 y familiar cuidador.

2.8. CRITERIOS ÉTICOS

La presente investigación tuvo en cuenta los principios de la ética personalista²⁴.

El principio de respeto a la vida: al aplicar este principio se consideró la vida física de la persona como un bien primario o fundamental, respetando su dignidad y el valor a la vida. Se consideró que ninguna de las preguntas le afecte física o emocionalmente. Además, se respetó y protegió en todo momento su privacidad, la cual se logró a través del uso de un seudónimo y numeración para su identificación, en la información obtenida. Cabe mencionar que solo se publicará los resultados generales en forma de artículo científico en alguna revista científica, siempre respetando la identidad de los sujetos.

Libertad y Responsabilidad: los sujetos de estudio asumieron por libre voluntad y sin ninguna presión, emitieron su autorización al firmar el consentimiento informado proporcionado por las investigadoras, en donde se dio a conocer claramente los objetivos que persigue esta investigación.

Sociabilidad y de subsidiariedad: 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 fue libre de prejuicios, llegándose a cumplir todos los acuerdos establecidos entre las investigadoras y los sujetos de investigación.

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 principios²⁵:

Credibilidad o valor de verdad: La investigación fue elaborada con datos reales y verdaderos, se tuvo en cuenta una revisión minuciosa de las transcripciones de las entrevistas de los sujetos del estudio, para ello las investigadoras retornaron al escenario de la investigación para confirmar los hallazgos y revisar algunos datos particulares. Los informantes fueron capaces de reconocer la información como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten.

Confiabilidad: Las investigadoras mantendrán la confiabilidad de los resultados obtenidos mediante la descripción de los mismos por los sujetos de estudio sin ser manipulados ni cambiados.

Transferibilidad o aplicabilidad: los resultados de esta investigación podrán ser transferibles y aplicables a otros contextos. Además, podrían ser referente para producir transferencias de los instrumentos y fases de la investigación en otros contextos dependiendo a la similitud del proceso desarrollado. Para cumplir con este principio, las investigadoras realizaron una descripción del escenario y caracterizaron a los sujetos para que otro investigador analice si esta investigación pueda ser aplicada en otro contexto.

III. CAPÍTULO III: RESULTADOS Y ANÁLISIS

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 familiares, teniendo siempre en cuenta los objetivos de la investigación: describir, analizar y comprender la seguridad en el cuidado Enfermero de Pacientes postoperados por hematoma subdural, en el servicio de cirugía de un Hospital del MINSA nivel III.

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

1.- Actividades de Enfermería que garantizan la seguridad en el cuidado integral del paciente.

- Aplicación y utilidad de la valoración de enfermería
- Administración correcta de los medicamentos para asegurar el cuidado de enfermería
- Cuidados de Enfermería para prevenir los riesgos de úlceras por Presión

2.- Condiciones que ponen en riesgo la seguridad del paciente.

3.- Trabajo en equipo para garantizar la seguridad en el cuidado de pacientes.

1.- Actividades de Enfermería que garantizan la seguridad en el cuidado integral del paciente.

Según, León F. 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 sociedad¹¹.

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 proponen 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 adversos¹.

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 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 que fallo en el sistema sanitario, para luego proporcionar ayuda, aprender lecciones y prevenir así la recurrencia del evento adverso, 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: al liderazgo del equipo de personas; el mismo generará sin menor duda, que el trabajo organizacional tenga dirección, y produzca el cumplimiento del objetivo, que en este caso es disminuir los riesgos. 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: muchas veces es asumido por la enfermera gestora del servicio quien fomenta una cultura abierta y justa, liderazgo de su equipo, integra la gestión de riesgos con la gestión global de la organización, promueve la comunicación, involucra y comunica a pacientes y familiares, aprender de los errores y enseñar a aprender al personal de cómo y por qué los eventos adversos 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 al servicio 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.

Así mismo la información es necesaria e importante por ello es considerado como cuarta actividad; 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.

Esta actividad se fortalece al: Involucrar y comunicarse con pacientes y público; se realizará a través de la motivación: que permite involucrar a los pacientes en los diferentes aspectos de la sanidad, pudiendo para mejorar la seguridad y el servicio prestado mediante: la 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, involucrando a los pacientes y al público en el desarrollo de servicios más seguros, ya que estos son “expertos” en su estado y pueden ayudar a identificar riesgos y soluciones a problemas de Seguridad del Paciente, y por último, 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 accidentes 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, realistas, sostenibles y efectivas en coste y fomentar la introducción controlada: evaluación de riesgos. Esta séptima actividad se realiza a través de: Aprendizaje activo: donde las lecciones identificadas son embebidas en la cultura y práctica de la organización; Proceso de implementación; este es un tema que puede desarrollar la enfermera a través de la observación de todos los eventos adversos, generando un programa, o protocolo que haga que las prácticas sean seguras²⁶.

Luego de analizar esta gran categoría referida a las actividades que garantizan la seguridad del cuidado en el paciente, las investigadoras identificaron 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 la actividades mencionadas de antemano, pero donde otras se ven reforzadas.

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

- **Aplicación y utilidad 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 interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

La valoración es un proceso de la “descubrimiento”, y descubrir quiere decir que no se sabe algo de antemano. Por lo tanto, la valoración enfermera es la primera fase del PAE, 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 evaluarlas²⁷.

En tal sentido, la unidad del paciente se prepara al reunir el equipo y suministros necesarios para recibir al paciente neuroquirúrgico postoperado que procede del área de recuperación post anestésica, la enfermera que traslada al paciente, proporciona a la enfermera que recibe al paciente, los datos relacionados con el estado del mismo, ésta revisa las ordenes posoperatorias, lo admite al área de hospitalización, realiza la valoración inicial y atiende sus necesidades inmediatas.

Así pues la valoración es el método idóneo para recoger la información e identificar problemas y posibles riesgos que determinan la seguridad del paciente, para posterior a ello realizar intervenciones enfermeras encaminadas a solucionar o minimizar dichos problemas, la valoración, del paciente hospitalizado postoperado inicia con la identificación del mismo e incluye vigilancia del estado de conciencia y los signos vitales, completa la revisión de los sistemas a la llegada del paciente al área de hospitalización y durante su estancia hospitalaria la enfermera observa la permeabilidad de las vías respiratorias, 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 determinando las características del mismo. Del mismo modo, se observa el sitio quirúrgico en busca de hemorragias y para determinar el tipo y la integridad del vendaje, el drenaje, si lo hay. Seguidamente, se valora el estado mental, el nivel de conciencia, habla y orientación, en comparación con las medidas de referencia preoperatoria²⁸.

Así también Kozzier 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 paciente²⁷.

Así mismo Cediél, manifiesta, la valoración neurológica permite a la enfermera identificar fácilmente los estímulos, las respuestas y, por lo tanto, emplea herramientas, para identificar, analizar e interpretar, por medio de los mecanismos de enfrentamiento, cognitivo y regulador, todas aquellas respuestas efectivas e inefectivas, y los estímulos que las desencadenan. De esta forma identifica los problemas de adaptación y genera un diagnóstico de enfermería, para finalmente poder dar un cuidado oportuno y eficaz, que le permita al individuo lograr su adaptación, y a la enfermera evaluar, de manera objetiva y pertinente, el cuidado que está proporcionando²⁸.

La valoración física de la función neurológica se emplea la técnica de la observación permanente desde que el individuo entra a la consulta o desde que se lo identifica en la unidad. Si el paciente se encuentra hospitalizado, el examinador debe tener una gran capacidad de observación. Otra de las técnicas empleadas es la palpación, que permite obtener información sobre forma, tamaño, fuerza, sensibilidad, desplazamiento y vibraciones. Finalmente, mediante la técnica de medición se obtienen datos de cantidad, como la agudeza visual, la fuerza, y la actividad refleja.

Para organizar la información y continuar con la valoración neurológica se debe seguir con el examen mental, en el cual se identifican los niveles de alerta del individuo y su forma de reaccionar ante el medio. Estos niveles son: **consciente**: el paciente responde coherentemente al llamado y el medio ambiente que lo rodea; **somnolencia**: el paciente despierta ante diversos estímulos, sus respuestas motrices y verbales son adecuadas, mentalmente aparece despejado, pero, al retirarse el estímulo, regresa a la somnolencia; **confusión**: el paciente presenta alteración de sus respuestas a los estímulos externos, no es capaz de reconocer y entender el mundo que lo rodea, ni hay claridad en el pensamiento ni en los recuerdos; **estupor**: el paciente responde a estímulos dolorosos y táctiles, así como a estímulos auditivos fuertes, y puede responder a algunas preguntas o ejecutar órdenes sencillas; al retirarse el estímulo, entra nuevamente en letargo y con frecuencia presenta movimientos espontáneos; **coma**: este puede ser superficial o profundo; en el superficial hay reacción a estímulos dolorosos y respuestas a

estímulos táctiles persistentes; puede responder emitiendo sonidos o quejándose; cuando cesa el estímulo vuelve al estado inicial. En el coma profundo, no hay respuesta a ningún estímulo, sino ligeras reacciones a estímulos muy dolorosos, como presión sobre las apófisis estiloides o por debajo del pabellón auricular; se presentan relajación muscular, incontinencia de esfínteres y hasta respiraciones con periodos de apnea.

El segundo paso consiste en la valoración de los pares craneales, donde además se involucra a los órganos de los sentidos. Algunos de estos pares craneales son sensitivos, otros motores y otros mixtos. Por lo tanto, de la valoración correcta de cada uno depende la identificación de las respuestas tanto efectivas como inefectivas del individuo.

En el tercer paso se valoran: La función motriz, que es definida como la organización neurológica del movimiento e involucra la movilidad física, la marcha, la coordinación de todos los movimientos del individuo y el sincronismo; el tono muscular, que se puede apreciar observando la actitud del paciente en el lecho o en la forma de manipular elementos, en la posición de las extremidades, en el relieve de las masas musculares, en la consistencia de los músculos al palparlos y en la resistencia que estos presentan a los movimientos; las respuestas pueden ser la hipotonía o la hipertonia y por último se valora la sensibilidad, que es de dos tipos: la superficial y la profunda. La superficial se evalúa por medio de la temperatura, el dolor y el tacto, y la segunda, en la que se experimenta el dolor profundo, por medio de la presión y la vibración.

La valoración por lo tanto se considera como actividad importante y esencial de la practica 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 lograra la satisfacción de sus necesidades.

Para la enfermera, la planeación del cuidado se fundamenta en lo encontrado en la valoración, lo que debe redundar en beneficio del individuo, su familia y las personas que lo rodean. Igualmente, la valoración le facilita ejecutar y evaluar el plan de cuidado, buscando su efectividad.

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

“...Se valora principalmente el estado de conciencia, los signos vitales del paciente, la presencia de drenajes, el apósito si está limpio y seco también el movimiento de los miembros superiores e inferiores...” (Lirio)

“...Evaluamos estado de conciencia, funciones vitales, herida operatoria, y la puntuación de Glasgow, es importante que veamos cómo estamos recibiendo al paciente para poder hacer una buena valoración...” (Cataleya)

“...Estar siempre pendientes de todos los requerimientos no sólo físicos sino también psicológicos o de apoyo que pueda necesitar un paciente brindar cuidados en los drenes, herida operatoria, movilización, necesidades fisiológicas, alguna respuesta alergia que pueda presentar ante un tratamiento...” (Girasol)

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

“...Controlamos sus signos vitales, estamos observando su saturación si está despierto y lúcido, evaluamos Glasgow luego depende del resultado vemos nosotros que actividades tenemos que realizar para ese paciente...” (Azucena)

La valoración forma parte del proceso de atención de enfermería, el cual representa la aplicación del método científico en la práctica asistencial. Según Kozzier²⁷. 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 alteradas que necesitan apoyo para poder ser satisfechas 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 neurológica, considerando la observación de apósitos, drenajes, permeabilidad de la vía, condiciones de la herida operatoria, valoración del estado de conciencia, de acuerdo a la escala de Glasgow donde se evalúa apertura ocular, lenguaje y condiciones para identificar secuelas producto del daño neurológico e identificar posibles riesgos para plantear cuidados

preventivos bajo una cultura de prevención de riesgos y brindar la seguridad del paciente. Por lo cual podemos decir que la valoración que realizan 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 del familiar cuidador, para así triangular lo dicho por las enfermeras, así lo evidenciamos en el siguiente discurso.

“...Siempre están al pendiente de Él. Son amables al ingresar a la habitación lo saludan ya saben su nombre dentro de las actividades que realizan en su cuidado diario: toman la temperatura, le toman la presión están siempre al pendiente ya que yo les he dicho que mi papá sufre de presión alta, observan su herida de la operación, su drenaje, también están al pendiente de su suerito, nos orientan en cualquier trámite que vamos a realizar...” (Familiar 1)

En el presente discurso se puede confirmar que las enfermeras del servicio de cirugía realizan cuidados integrales respetando al paciente como persona en todo momento e involucra a la familia en su cuidado ya que informa la evolución y trámites necesarios para mejorar los cuidados en el mismo que proporcionan seguridad en el cuidado, 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.

Por otro lado los sujetos de estudio dan a conocer otra actividad relevante dentro del desempeño asistencial, la cual será presentada en la siguiente sub categoría:

- **Administración correcta de los medicamentos para asegurar el cuidado de enfermería.**

Según, Bruner 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 postoperatorio²⁹.

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: 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. 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. Vía correcta: verificar el método de administración (algunos medicamentos deberán aplicarse por vía IV o IM exclusivamente). Hora correcta: tomar en cuenta la hora de la dosis inicial, única, de sostén, máxima o mínima. 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). Registro de la administración correcta. Acción Correcta. Forma Correcta y Respuesta Correcta¹⁷.

Así también, Milos H, 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: Nombre del paciente. Fecha de la prescripción del medicamento. Nombre del medicamento (Verificar nombre genérico y comercial). Dosis (Verificar dosis en 24 horas, si corresponden las dosis fraccionadas). Vía de administración. Hora de administración y la frecuencia con la que debe administrarse (verificar abreviatura). Firma del médico que prescribe el medicamento³⁰.

Por otro lado Cometto, 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 administración¹⁷. 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 dicho³¹. Por lo tanto con lo anterior descrito se presentan los siguientes discursos:

“...El personal que recibe al paciente post operado debe tener conocimiento de la acción del medicamento y los efectos adversos. Así como el método de administración y la dosificación, considerar la toxicidad y otros además de aplicar los 10 correctos, de esta manera estará brindando una seguridad en cuanto a la administración de medicamentos que garantizarán una terapia segura al paciente...” (Catalaya)

“...Cuidados de enfermería implica uno aplicar la regla de los cinco correctos, dos es aplicar la parte de la ética en el cuidado enfermero y otro es la parte humana hacia el paciente que está hospitalizado o postrado en la unidad, juntando esos tres requisitos creo que le damos una seguridad completa al paciente para la atención...” (Clavel)

“...Nosotras siempre estamos atentas y vigilando a los pacientes, en nuestras rondas porque es necesario observar al paciente después de la administración de medicamentos...” (Orquídea)

“...Vemos sus signos vitales y evaluamos si hay alguna alteración de sus parámetros, preguntamos al paciente si tiene dolor, como se siente y de acuerdo a ello y según indicación se continua con la terapia de analgésicos...” (Margarita)

“...Siempre se le informa al paciente el tipo de medicamento que se le va administrara 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...” (Lirio)

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 e integral, actúa con criterio clínico y con fundamento científico que son necesarios para el cumplimiento de sus cuidados. Así como lo refiere Milos³⁰. 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 familiares ante esta actividad realizada por el profesional de enfermería tal como lo señalan los discursos siguientes:

“...La enfermera viene con sus medicamentos, siempre le habla a mi papacito parece que si le entendía porque se movía, me explico que le colocaría su antibiótico y que era para el dolor (Familiar 2)

“...Siempre están atentas a mi papa le empezó a doler la cabeza, informe a la enfermera que si le podía dar algo, inmediatamente le administro el analgésico para calmar el dolor de cabeza. (Familiar 3)

“...Las señoritas están al pendiente todo el día de mi familiar vienen le administran sus medicamentos, le preguntan cómo esta, si le duele algo...” (Familiar 4)

“...Le colocan sus medicamentos a la hora, me explican para qué es el medicamento, preguntan si es alérgico alguna medicina, están siempre pendientes que el medicamento este pasando, si ya falta poquito, si le duele...” (Familiar 5)

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 familiares, 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 Milos³⁰. 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 Cometto¹⁷ 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 la seguridad se puede definir como permanecer libre de lesiones psicológicas fisiológicas y sociológicas Evitar los peligros es una necesidad de todo ser humano, debe protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física psicológica y social. El medio ambiente contiene muchos peligros tanto visibles como no visibles. La necesidad de un ambiente seguro es un interés nacional, comunitario e individual. Factor ambiental (trauma mecánico caída de cama y daño en la piel).

De hecho, en la profesión de Enfermería, los modelos y teorías apuntan a satisfacer las necesidades en los pacientes, y la de seguridad es una de ellas. Por lo tanto, las(os) enfermeras(os) deben desarrollar competencias, construyendo desde la práctica espacios que garanticen el cumplimiento de esta categoría, para que puedan actuar bien y con el mínimo de recursos.

Por otro lado es importante conocer como el profesional de enfermería garantiza la seguridad en el cuidado del paciente, para lo cual analizaremos la siguiente sub categoría.

- **Cuidados de Enfermería para prevenir los riesgos de úlceras por presión:**

Las Úlceras por Presión (UPP) constituyen en un gran problema de salud ya que deterioran la calidad de vida de los pacientes y su familia, aumentando el costo social, incrementan el consumo de recursos en salud representan además una complicación del cuidado de la salud que no debe ser atribuible exclusivamente al cuidado de enfermería, sino que debe ser asumido de manera más integral, el abordaje en la prevención y manejo debe ser multidisciplinario y hacer partícipe a la familia. Es por ello que son un problema tanto en el entorno de cuidados agudos como en el entorno de cuidados a largo plazo los factores que contribuyen a la formación de las úlceras por presión son la fricción, cizallamiento y mala nutrición, etc. el profesional de enfermería emplea varias medidas preventivas para mantener la integridad de la piel e instruir a sus cuidadores en cómo evitar las úlceras por presión dentro de estas medidas están: Higiene diaria del paciente, protección corporal a base de cremas y aceites, uso de colchones neumáticos antiescaras, cambios frecuentes de posición²⁷.

Por lo tanto con lo anterior descrito se presentan los siguientes discursos:

“...Son pacientes que tienen alguna otra alteración, y están permanentemente recostados sobre sus camas a veces son adultos mayores que ya no se pueden movilizar, hay que movilizarlos periódicamente o cambiar los apósitos.”(Orquídea)

“...Todo paciente que ingresa y tiene estancia prolongada por lo mismo de estar acostado y sumándole a esto la edad, si es adulto mayor, aumenta el riesgo de que pueda presentar úlcera por presión, pero nosotras estamos siempre tratando de movilizarlos para que no lleguen a tener úlcera.”(Margarita)

“.....Bueno de los pacientes que tienen alto riesgo de presentar úlceras por presión, pero tratamos en todo lo posible de realizar sus cambios de posición.” (Azucena)

“...el riesgo lo tienen todos los pacientes ya que son pacientes que vienen postrados incluso la mayoría tienen larga estancia en nuestro servicio de allí a que la desarrollen la UPP dependerá de los cuidados que le demos trabajamos a la par con el familiar para la movilización del paciente.”(Girasol)

En los discursos mencionados por los sujetos de estudio, señalan que las UPP siguen siendo una problemática en todos los entornos de salud, la mayoría puede prevenirse y detenerse el personal de salud debe usar pautas para la práctica clínica que permita identificar de forma eficaz y definir las intervenciones tempranas para ayudar a este tipo de paciente que tienen estancia prolongada. Por lo tanto se debe asumir que las UPP que se presentan durante la estancia en los pacientes 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 costo para la institución. Por tales razones, es preciso establecer criterios globales estandarizados para estos pacientes y que se articulen políticas de salud orientadas hacia la prevención y tratamiento de las UPP de manera que se asegure la atención integral a los pacientes con úlceras por presión y que se involucre el entorno familiar.

Así también para poder corroborar esta actividad importante en el cuidado enfermero para evitar úlceras por presión, se tomaron en cuenta discursos del familiar cuidador, para así triangular lo dicho por las enfermeras, así lo evidenciamos en el siguiente discurso.

“...Las enfermeras siempre me ayudan a cambiarlo de posición y le colocan su crema dándole masajes ellas me dicen que es para que no se le hagan escaras. Una enfermera me recomendó que le compre un colchón anti escaras...” (Familiar 2).

“...Lo cambian de posición, curan sus escaras le colocan crema a todo su cuerpo dándole masajes yo también ya he aprendido a veces lo movilizo con mis hermanos, lo bañan diariamente...” (Familiar 3).

“... Con las enfermeras o con las técnicas os cambiamos de posición, dan masajes con su crema, las enfermeras me dijeron que siempre hay que movilizarlos para que no se formen más punto de presión, también me dijeron que lo ideal es tener colchones antiescaras...” (Familiar 6).

“...En su cuerpo no tiene heridas, eso lo evitamos dando masajes con crema y cambiando de posición frecuentemente, esta actividad nos enseñó una enfermera me informo que la mayoría de los pacientes que se encuentran en cama tienden a tener escaras...” (Familiar 7).

Por los datos obtenidos al respecto podemos concluir que las enfermeras realizan medidas preventivas para evitar complicaciones cutáneas realizando diariamente la higiene personal del paciente, así como la aplicación de cremas corporales y cambios frecuentes de posición con el objeto de no ocasionar o producir lesiones de piel en el paciente.

Existen también factores que influyen en la aparición de UPP, que no solo depende de Enfermería, como son el mobiliario inadecuado (camas, camillas, colchones, cojines), personal con falta de experiencia, sobrecarga laboral (exceso de pacientes asignados), etc. Lo cual queda reflejado en los discursos que presentamos:

“...Una enfermera me recomendó que le compre un colchón anti escaras, pero yo no tengo plata señorita son caros. El hospital debería tener o comprar, lo mismo con las camas no cuentan con barandas, tampoco hay ropa de cama, almohadas uno tiene que comprar o traer de su casa, y creo que también deberían contratar más enfermeras porque hay bastante paciente y ellas no se alcanzan para atender a todos todo el día están corriendo para acá para allá...” (Familiar 2)

“...Si tiene escaras y en sus talones ya se están formando ampollas es por eso que las enfermeras me han explicado que debemos cambiarlo de posición cada tres horas yo les aviso para que me ayuden, en ocasiones lo movilizo con las técnicas porque las enfermeras no se alcanzan tienen muchos pacientes y en las tardes lo movilizo con mis familiares...” (Familiar 3)

“...Las señoritas lo curan todos los días, le colocan sus cremas dándole masajes, el problema es que la crema para las escaras que le colocan no hay por el SIS así como algunos Exámenes por ejemplo los de sangre y los cultivos dicen que no hay reactivos, y lo tenemos que hacer afuera y plata no tenemos...” (Familiar 4)

Estudios recientes acerca del significado de cuidado por parte del profesional de enfermería se refieren a la sinonimia de atención oportuna, rápida, continua y permanente, orientada a resolver problemas particulares que afectan la dimensión personal de los individuos que demandan un servicio institucionalizado, es así como surge la siguiente categoría:

2. Condiciones que ponen en riesgo la seguridad del paciente

Según Milos³⁰. Hay situaciones en que puede producirse 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 riesgos 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,

cuidados de drenajes, administración de fármacos, etc.). Esta es la razón de que se promuevan programas orientados a incrementar la seguridad clínica de los pacientes.

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, la deficiente actuación del personal por falta conocimientos insuficientes de las actividades que debe realizar para garantizar la correcta ejecución de las mismas, o por la sobrecarga de trabajo.

Ambrosio, menciona que para reducir los riesgos es impredecible mejorar los entornos de trabajo para gestores y ejecutivos de dichas instituciones. Las principales causas o factores del entorno del trabajo hospitalario donde de cometen los eventos adversos y sobre las que hay que incidir son: Sobrecarga de trabajo: la cual influye de forma directa (por fallos activos como olvidos o imprecisiones a la hora de llevar a cabo un procedimiento) o indirecta (estrés, cansancio del profesional de enfermería), violación de protocolos (administración segura de medicación); La organización e infraestructura de asistencia sanitaria: Escasa protocolización y ausencia de liderazgo debido a una escasa e insuficiente difusión de planes de calidad, escasos recursos materiales manifestado por un ajustado presupuesto económico, por lo que es difícil trabajar con limitaciones de esta clase como la escasez de camas, soportes, etc. Presión asistencial y tiempo: la elevada demanda asistencial y fuerte carga de trabajo dificultan la seguridad clínica junto con el tiempo. A la escasa disponibilidad de tiempo real para llevar a cabo actividades se le suma el tiempo que se dedican a realizar tareas y no a detectar complicaciones³².

Lavado, afirma que las guías o protocolos de Enfermería constituyen uno de los pilares básicos que de alguna manera determinan el compromiso que los profesionales tienen en el desarrollo de los cuidados. Al hablar de protocolos nos referimos al “conjunto de acciones que deben realizarse ante situaciones

determinadas, con el fin de normalizar la actuación de las personas que las ejecutan", en este caso, el equipo de trabajadores del servicio de cirugía³³.

Así mismo, Saturno P. Manifiesta que son varios los motivos que justifican la conveniencia de trabajar con protocolos. De todos ellos, el principal es el beneficio que repercute al paciente, ya que puede verse mejorada su esperanza y calidad de vida, para minimizar el riesgo de cometer errores, que ningún paso fuera repetido u omitido, otro aspecto favorable, corresponde a la homogeneidad en el trato. En todos los centros, el personal de enfermería trabaja por turnos, de forma que el paciente es atendido de manera continua. Esto implica la participación de un gran número de trabajadores y, por tanto, formas diferentes de llevar a cabo los procedimientos. Así, el uso de protocolos es una manera de garantizar un trato homogéneo al paciente sea cuál sea el profesional que le atiende. Pero la introducción de protocolos, en un servicio, no sólo presenta ventajas para los pacientes, sino que también tiene repercusión para los profesionales. Por una parte, para los trabajadores de reciente incorporación al servicio, ya que les ayuda en su adaptación y en la adquisición de nuevos conocimientos y de formas de actuar en el centro. Y, por otra, para los profesionales más expertos. Éstos se verían beneficiados fundamentalmente con relación a procesos concretos, menos frecuentes o más novedosos³⁴.

En opinión de las investigadoras refieren que aquellas situaciones que ponen en riesgo la seguridad del paciente, 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 estos eventos 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.

Al mencionar las guías de procedimientos que todo servicio debe tener debemos hacer hincapié al ejercicio de responsabilidades sobre un proceso (es decir, sobre un conjunto de actividades) lo que debe incluir: la elaboración de

guías para cada especialidad, la preocupación por la disposición de los recursos y estructuras necesarias, la coordinación de sus actividades. En cuanto a este tema las enfermeras expresan:

“...No tengo conocimiento de ninguna guía específica para tratar pacientes neurocríticos, pero si las están elaborando...” (Orquídea)

“...Actualmente no tenemos aún guías para éste tipo de pacientes quedamos en realizarlas pero aún no tenemos algo establecido para poder atender a este tipo de pacientes...” (Cataleya)

“...Actualmente no contamos o quizá desconocemos de las guías para manejo de pacientes post operados en este caso por hematoma subdural...” (Margarita)

“...lamentablemente aún no se han estipulado guías para el manejo de este tipo de pacientes no hay guías ni protocolos que especifique lo que se debe de hacerse de manera ordenada...” (Lirio)

Por lo tanto cabe señalar que a través de los discursos obtenidos por los sujetos de estudio del servicio de cirugía, lo que se evidencia en las condiciones que ponen en riesgo la seguridad del paciente son la falta de guías para el cuidado de pacientes postoperados por HSD; el ambiente que contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, deficiencias en infraestructura; Organización y gerencia decisiones que contribuyen a la inseguridad del paciente. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.

Martínez, nos dice que existen otros factores que ponen en riesgo la seguridad del paciente: Los lugares de trabajo son las áreas del centro de trabajo, edificadas o no, en las que los trabajadores y pacientes deban permanecer o a las que puedan acceder en razón de su trabajo o estado de salud. Se consideran incluidas en esta definición los servicios higiénicos y locales de descanso. Las habitaciones deben tener suficiente espacio para permitir a los usuarios acceder con facilidad y moverse fácilmente dentro de los mismos, correctamente iluminados, así como las vías de circulación de equipos y personas, de manera que ningún trabajador o paciente quede expuesto a riesgos debidos a espacios reducidos, separaciones insuficientes, condiciones ambientales deficientes, atrapamientos, golpes o choques con camillas, sillas de ruedas y equipos (coche de paro). Las camas o camillas deben contar con

barandillas las cuales serán de materiales rígidos y resistentes para evitar caídas³⁵.

El trabajo desarrollado en la atención a pacientes neuroquirúrgicos se ve afectado por diversos agentes que damnifican de una manera directa o indirecta el entorno laboral del trabajador y la seguridad del cuidado asistencial que brinde en este caso el profesional de enfermería.

Según Aguilera, la sobrecarga de trabajo de los profesionales de enfermería ha sido identificada como un serio problema en los trabajadores, que interfiere en la seguridad del paciente, especialmente en las áreas que están al cuidado de pacientes neuroquirúrgicos. Los efectos directos de la sobrecarga de trabajo en el cuidado de los pacientes pueden estar relacionados con la falta de tiempo para llevar a cabo importantes tareas de atención, efectos que incluyen las complicaciones, los malos resultados del paciente y aumento de la mortalidad³⁶. Ante ello, las enfermeras afirman:

“...Definitivamente nos faltan habitaciones porque el número de pacientes que operan es cada día mayor y esto hace necesario que se amplíe no solo en número de habitaciones sino en personal...” (Margarita)

“...Manejamos 12 pacientes por enfermera hasta 13, para el nivel del hospital este servicio de neurocirugía debería de contar con su unidad propia lamentablemente el diseño del hospital no lo permite, los espacios son insuficientes, las camas no son las apropiadas...” (Lirio)

“...somos tres enfermeras por turno, muchas veces no se abastece porque aparte que son pacientes complicados y que por eso necesitan mucha atención hay varios pacientes que debemos atender, definitivamente nos falta personal para poder brindar un cuidado muy personal al paciente a parte que como veras hay muchos documentos que tenemos que llenar en las historias clínicas, pero siempre tratamos de brindarle los mejores cuidados al paciente ya que ese es nuestro compromiso y para eso nos hemos formado. ...” (Cataleya)

Lo antes mencionado se puede evidenciar por los siguientes discursos obtenidos por los familiares cuidadores:

“...Deberían de contratar más enfermeras porque hay bastante paciente y ellas no se alcanzan para atender a todos, todo el día están corriendo para acá para allá. ...” (Familiar 2)

“...El personal a mi parecer no es suficiente deberían contratar más Enfermeras y Técnicos, las camas no son apropiadas una vez mi paciente casi se cae tuvieron que amarrarlo...” (Familiar 1)

“...El problema que las camas no son apropiadas no tiene barandas y si nos da miedo que se pueda caer cada vez que se despierta tienen que sedarlo porque no entiende cuando le hablamos...” (Familiar 3)

“...A veces Demoran pero es porque a veces tienen muchos pacientes y no se abastecen con todos...” (Familiar 4)

Podemos llegar entonces a la conclusión de que existen muchos factores y/o circunstancias que pueden poner en riesgo la seguridad del paciente si éstos no son tomados en cuenta de manera adecuada estaremos no solo poniendo en riesgo los cuidados del paciente sino también prolongando su recuperación.

Durante este análisis también surgió una última categoría, de mucha relevancia, que hace referencia a la importancia de trabajar en equipo reside en contar con las personas adecuadas, capaces de colaborar e involucrarse en busca de un objetivo común. Del cual hablaremos a continuación:

3.- Trabajo en equipo para garantizar la seguridad en el cuidado de pacientes.

Fritz L, manifiesta que las instituciones de salud están compuestas por un grupo de personas (Medico, Enfermera y Técnico de Enfermería), los cuales, deben trabajar en pro de un objetivo final previamente planificado. Por lo tanto, “El trabajo en equipo es un conjunto de personas que cooperan para lograr un solo resultado general”. Establecer una serie de reglas que permiten tener claros los comportamientos y roles de los miembros, estas permiten a cada individuo integrarse con los demás y responder apropiadamente causando una fuerza que integra al grupo y su cohesión se traduce en la colaboración y el sentido de pertenencia al interior y exterior del mismo compartiendo valores, actitudes y normas de conducta. Gran parte de la vida profesional, los enfermeros la emplean prestando cuidados conjuntamente con todo el equipo de enfermería y el resto del equipo de salud. Para ello, deben tener claro su objetivo y no verse como rivales en el acto de cuidar a los pacientes. Al mismo tiempo, este cuidado se hace cada día más complejo y requiere cada vez más de la colaboración eficaz entre los profesionales³⁷.

Según Gómez, el trabajo en equipo se puede definir como “un método de trabajo colectivo coordinado, en el que los participantes intercambian sus

experiencias, respetan sus roles y funciones, para lograr objetivos comunes al realizar una tarea conjunta”. El trabajo en equipo implica que todos los miembros trabajen de manera coordinada; cada miembro tendrá asignada una función y si todos ellos la cumplen será posible conseguir el objetivo propuesto. Parte del trabajo de los profesionales de enfermería es prestar cuidados de manera conjunta, no solo con el equipo médico, sino sobre todo, con los Técnicos de enfermería. Por ello, debemos tener claro que su objetivo es el mismo que el del resto de los profesionales, y que no debemos ser rivales, sino compañeros, que deben trabajar en equipo para ofrecer así unos cuidados mejores al paciente. Pero esto no es lo único que se necesita para que el trabajo en equipo sea satisfactorio. También son necesarias una serie de habilidades que deben tener los profesionales.

En efecto, para que el trabajo en equipo sea efectivo, es necesario que se cumplan una serie de “habilidades emocionales” comúnmente conocidas como Las 5 C’s, que son³⁸:

Complementariedad: cada miembro del equipo tiene una tarea que llevar a cabo, porque cada uno, domina algo en concreto.

Comunicación: para que el trabajo en equipo funcione, es necesaria una comunicación abierta entre todos los miembros del equipo.

Coordinación: el equipo debe actuar de manera organizada, para conseguir sacar el objetivo adelante. Para ello, es necesario un líder; un jefe de unidad en las distintas unidades de un hospital.

Confianza: cada miembro debe confiar en que el resto de compañeros va a llevar a cabo su tarea de manera correcta. Todos harán su trabajo apropiadamente y esperarán que el resto del equipo haga lo mismo.

Compromiso: cada uno de los componentes del equipo debe aportar lo mejor de sí mismo, para conseguir el éxito de la tarea.

De todas las habilidades mencionadas, la más importante desde nuestro punto de vista, es la comunicación, ya que se puede considerar como el eje central del buen funcionamiento de las unidades hospitalarias. En los hospitales, trabajan un gran número de profesionales pertenecientes a distintas disciplinas y con diferentes niveles de responsabilidad. Para que el servicio de cirugía funcione de manera adecuada, es necesario que todos estos

profesionales se comuniquen de manera eficaz y que orienten sus esfuerzos hacia el alcance de los objetivos fijados por el hospital y por la unidad en la que trabajan.

Así mismo Palomo, el trabajo en equipo puede definirse como: “consecución de una actividad u objetivo proporcionados por diferentes personas”. Es decir, es un estilo de realizar una actividad laboral, es asumir un conjunto de valores, es conseguir un espíritu que anima un nuevo modelo de relaciones entre las personas. Esto significa que: Existe una necesidad de compartir unas habilidades o conocimientos, los profesionales de un equipo se complementan en sus perfiles, deben tener una relación de confianza, no forzosamente de amistad³⁹.

En la observación cotidiana y en la investigación aparece como primera base del trabajo en equipo la confianza. La confianza es un ingrediente básico de cualquier relación humana. La confianza implica: Expectativa de que la otra persona actuará de un cierto modo. Confiamos en un colega cuando esperamos que nos ayude a resolver un problema difícil; Disposición a asumir el riesgo: que la otra persona actuará del modo previsto. Cuando confiamos en otra persona estamos emitiendo un juicio sobre dos clases de cualidades de ésta; su moral y su capacidad para la respuesta que esperamos de ella. Es así que lo sustentando párrafos arriba se puede ver reflejado en los siguientes discursos:

“Nosotros contamos con el personal en el momento, si algunos problemas suceden, tenemos el apoyo de los colegas, tenemos el coche de paro para cualquier complicación que pueda presentar el paciente acudimos al llamado rápidamente a la atención del paciente en caso presentase alguna complicación.....nosotros explicamos al familiar las complicaciones inmediatas que pueden presentar el paciente, como sangrado, desorientación, hemorragia y ellos nos comunican.”(Orquídea)

“....Contamos también con el apoyo del personal técnico o los familiares, que siempre nos avisan si hay alguna eventualidad o el paciente se altera o alguna cosa en que podamos ayudar....” (Cataleya)

“....nos apoya de primera mano el personal técnico de enfermería que son los que estamos ahí a la mano con el paciente para poder brindarles los cuidados necesarios..... También se le educa al familiar cuidador para que nos apoye o comunique cualquier eventualidad.”(Lirio)

“.....todos somos un equipos que debemos apoyarnos, el personal técnico, el familiar por supuesto previa información nos pueden apoyar con el paciente ya que son ellos los que están permanentemente al lado del paciente.” (Girasol)

“... El personal técnico es él que nos apoya en los cambios de posición en horarios, nos avisa en cualquier eventualidad no solamente somos nosotros sino engloba a todos. Aquí somos un equipo y en ello está involucrado el familiar...” (Azucena)

“... El personal técnico es primordial es el que nos apoya en movilizar al paciente de realizarle una higiene, siempre bajo nuestra supervisión...” (Clavel)

Por consiguiente, se deduce que el equipo de enfermería se encargara del cuidado del paciente, tanto los técnicos de enfermería, como las enfermeras tienen esa responsabilidad. Muchas de las tareas y cuidados que se le hacen al paciente lo realizan de manera conjunta entre los profesionales e incluyen en este cuidado al familiar. Por eso, es importante que trabajen en equipo ya que son ellos quienes conocen al paciente, saben de sus necesidades, gustos, permitiendo así que el cuidado sea mucho más global y que se gestione de mejor forma el tiempo del cuidado. Por lo tanto concluimos que cuando los profesionales de un equipo de salud consiguen trabajar en equipo, se esperan resultados positivos tanto para los pacientes como para los profesionales, las organizaciones y el sistema.

Así mismo Ortiz, la comunicación es la herramienta básica de toda relación humana. Mediante la comunicación se comparte información entre la enfermera-paciente y familiar de las cosas que le acontecen o preocupan, se intercambian pensamientos, sentimientos y acciones de apoyo. No se puede cuidar sin comunicar. Durante la hospitalización el familiar cuidador tiene que aprender acerca de cuidados que brinda la enfermera. La relación de ayuda surge de la empatía entre profesional y familiar producida desde el ofrecimiento a sus demandas, aclarando dudas; es una oportunidad que las enfermeras tienen para dar soporte y donde perciben que su ayuda es efectiva⁴⁰.

En el hospital, la enfermera dirige los cuidados hacia el paciente compensando el déficit que halla en él, tras valorar y diagnosticar su situación. Los cuidados no pueden realizarse en silencio. El mismo silencio ya es una comunicación, siempre se comunica aunque no se quiera. Los cuidados tienen como herramienta esencial y primordial la “comunicación”. La enfermera informa al paciente y familiar de lo que le va a realizar (le voy a poner este suero para hidratarlo...). Para guiar y enseñar es primordial comunicar.

“Al comunicar al familiar y paciente los cuidados de enfermería que le realizamos, estamos iniciando la incorporación del familiar y paciente a los cuidados de los enfermeros en el hospital”. Cuando la enfermera comunica: informa, tranquiliza, interesa al familiar sobre los cuidados de enfermería que se le están realizando al paciente, acoge el cuidado informal que el familiar está dispuesto a dar al paciente y comienza a introducir al familiar en los cuidados enfermeros.

Así mismo Olaechea, nos dice que la familia valora muy positivamente la información que le da el personal de enfermería, agradeciendo notablemente la accesibilidad y la comprensión en los momentos difíciles que a veces viven⁴¹. Por lo tanto Shyu, es muy importante aportar la información que los cuidadores necesitan, y en este periodo que viven el familiar y paciente en el hospital, donde hay un gran número de actividades de asistencia, donde las familias son más receptivas a la nueva información, cosa que debería ser aprovechada por las enfermeras para intervenir eficazmente con los cuidadores⁴².

Por todo lo anteriormente señalado, podemos decir que la incorporación del familiar a los cuidados de enfermería intrahospitalarios se hace de forma natural y espontánea a través de la comunicación presente en los siguientes discursos:

“...Las enfermeras nos han explicado cómo debemos realizar los cambios con mucho cuidado...” (Familiar 1)

“...siempre lo movilizo con las enfermeras o con el personal técnico, cuando ellas están ocupadas, ellas me han explicado cómo debo realizarlo...” (Familiar 2)

“...Las enfermeras me han explicado que debemos cambiarlo de posición cada tres horas para evitar que se hagan heridas, me explican para que es bueno el medicamento que le colocan, siempre me orientan en el cuidado de mi pacientito, nos explican a diario sobre su estado de salud mucho mejor que los médicos...” (Familiar 3)

“...Se preocupan por su recuperación, nos orientan como debemos cuidarlos nosotros para que no se presente alguna complicación más al momento de movilizarlo con su dren, en su cambio de posición para evitar escaras...” (Familiar 6)

“...Enfermera me informo que la mayoría de los pacientes que se encuentran en cama tienden a tener escaras...” (Familiar 7)

Según los discursos presentados se puede decir que las habilidades comunicativas son imprescindibles en el tratamiento de los pacientes

neuroquirúrgicos, para satisfacción de ellos, sus familias y los propios profesionales. El trabajo con el familiar garantiza por medio de la educación una participación activa, dentro del proceso de recuperación y rehabilitación. Por lo tanto, se considera que el cuidado integral del paciente debe ser planeado y administrado con la filosofía de trabajo en equipo, en coordinación con el grupo médico y demás disciplinas de la salud, enmarcado dentro de una cultura de seguridad para el paciente. Se puede evidenciar que la Enfermera del servicio de Cirugía prepara a la familia para la atención de las necesidades básicas del paciente en el hogar y la prevención de complicaciones durante su estancia en el servicio de hospitalización y posteriormente en su hogar, facilitándole la adherencia al tratamiento prescrito, la adaptación al medio ambiente y a su vida familiar.

CONSIDERACIONES FINALES

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

1. Las Enfermeras en el servicio de cirugía desarrollan actividades dirigidas a garantizar la seguridad de los pacientes post operados mediatos, que incluyen la aplicación de la valoración de enfermería, la administración correcta de medicamentos y la educación continua y permanente al familiar acompañante involucrándolo en el cuidado, esto se considera componente de una atención segura y de calidad en el quehacer de Enfermería, que garantiza la seguridad y la recuperación del paciente y su reinserción a la sociedad.
2. La identificación de riesgos como la deficiencia y/o falta de guías de procedimientos para el cuidado a la persona postoperado de hematoma subdural repercuten en la seguridad del mismo, sin embargo se evidencia que las enfermeras en su actuar diario aplican el conocimiento científico para identificar de manera oportuna los riesgos físicos que conllevan a la formación de úlceras por presión, caídas y complicaciones por el deterioro funcional de estos pacientes, brindando un cuidado bajo la visión de prevención de riesgos, asegurando la recuperación del paciente.
3. El profesional de Enfermería del servicio de cirugía promueve el trabajo en equipo empleando una comunicación asertiva entre los integrantes del equipo que asegure la continuidad de los cuidados, los mismos que favorecerán la confianza y seguridad del paciente y su familia.

RECOMENDACIONES

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

1. El personal de Enfermería del Servicio de Cirugía especialidades elaborare guías de procedimientos orientados a mejorar la calidad de atención que garantice la seguridad del paciente bajo una conciencia de prevención de riesgos.
2. Se debe aplicar estándares de calidad en todos los procedimientos que se realicen en el servicio, esto mejoraría la seguridad del cuidado en los pacientes post operados por hematoma y otro tipos de cirugías.
3. Generar culturas organizacionales de confianza en el profesional de enfermería para mejorar la seguridad propiciándose la crítica constructiva a favor del paciente.
4. Incentivar al personal de Enfermería que formen parte activa en los programas de seguridad al paciente.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. OMS. Incidencia del Hematoma subdural aguda en el mundo. Ginebra: OMS; 2012.
2. Tintinalli J, Keller G. Medicina de urgencias: traumatismo craneoencefálico. Madrid: España; 2010. 969p.
3. Análisis comparado del marco jurídico sobre Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente (CASP) en América Latina, España y la Comunidad Europea. Washington, DC: OPS. Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente Organización Panamericana de la Salud; 2012.
4. Villarreal H, Carmen Y. Traumatismos Craneoencefálicos. Intervenidos Quirúrgicamente- Hospital Nacional Dos De Mayo. [Internet] 2014. [Consultado 22 mayo 2016]; Disponible en: Http://Www.Repositorioacademico.Usmp.Edu.Pe/Bitstream/Usmp/1905/1/Villarreal_Cy.Pdf
5. Maia H. Factores asociados a la incapacidad funcional global luego de transcurrido un año después del traumatismo craneoencefálico. Salud Colectiva; 2013. 999p.
6. Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. Editorial La Prensa Médica Mexicana Salud Pública. México; 1986.
7. Casasa P, García E. Salud Familiar y Enfermería. 1º Edición, Ciudad de México. Editorial El manual moderno; 2016. 426p.
8. Moreno J. Seguridad del paciente en el área quirúrgica: Aspectos jurídicos positivos de la implantación del checklist o lista verificación quirúrgica De Universidad Pontificia Comillas (1997-2013)
9. Gómez R, Arenas G. Cultura de Seguridad del Paciente por Personal de Enfermería. Ciencia y enfermería [revista en Internet] 2011. [Consultado 5 de Diciembre 2016]; Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300009
10. Rodríguez, M. Representaciones sociales de las enfermeras sobre la cultura de seguridad en el cuidado del paciente. [Internet] 2011 [Consultado 5 de diciembre 2016]; Disponible en: <Www.Aulavirtualusmp.Pe/Ojs/Index.Php/Rpoe/Article/Download/655/509>
11. León F. Fundamentos de Seguridad al Paciente. Calidad de Atención en Salud. Universidad del Valle. 1ª Ed. Colombia; 2006. 174p.
12. Palacio D, Rodríguez C. La seguridad del paciente y la atención segura. Colombia [Internet] 2006. [Consultado 10 de Septiembre 2017]; 44-10. Disponible en: <http://www.unisinucartagena.edu.co/ObservatorioS/doc/La%20Seguridad%20del%20Paciente%20y%20la%20Atencion%20Segura.pdf>
13. Barrera C. Estrategia para la Seguridad del Paciente en el SSPA 2011 – 2014, Consejería de Salud; 2011
14. Watson J. La Obra Original en Inglés Nursing Theorists and Their Work. Séptima Edition S.L Barcelona- España: Elsevier España; 2011
15. Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. España: Barcelona; Editorial: Elseiver; 2015. 816p.
16. Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española, Diccionario esencial de la lengua española. Madrid: España; 2006.

17. Cometto C, Gómez P. Enfermería y Seguridad de los Pacientes. Washington, Dc.: OPS; 2011. 890p.
18. Brunner L, Suddarth D. "Enfermería Médico – Quirúrgica". McGraw-Hill Interamericana. 10 Edición. México; 2004. 2416p.
19. Fuller J. Instrumentación Quirúrgica. Teoría, técnica y procedimientos. Editorial Panamericana. 4ta Edición. México; 2007. 1082p.
20. Carmona Ll. El paciente neurológico. Rev. Enfermería Global. Mayo 2005.
21. Pineda E. Metodología de la Investigación. POS, 3º ed. Washington DC; 2008. 232p.
22. Andrade M. Estudio de caso: una estrategia de pesquisa. 1a ed. Brasil: atlas; 2006
23. Vítors A. Curso de Investigación cualitativa. Fundamentos, técnicas y métodos. Madrid: Editorial Harcourt; 2004. 58p.
24. Sgreccia E. Bioética Personalista: Principios y orientaciones I Congreso Internacional de Bioética Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo – Perú; Oct 2008.
25. Hernández R. Metodología de la investigación. 3a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2006. 896p.
26. La seguridad del paciente en siete pasos. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo; [Internet] 2005. [Consultado 31 de septiembre 2017]; 62-8. Disponible en:
http://www.sefh.es/carpetasecretario/7_PASOS.pdf
27. Kozzier B. Fundamentos de Enfermería. 5a Edición. Madrid: editorial Mc Graw-Hill interamericana; 2005. 1639p.
28. Cediell R. Exploración física. 3ª Ediciones. España: editorial Medica Celsus; 1997. 991p.
29. Bruner y Suddart. Tratado Enfermería Médico Quirúrgica. 9a. México: Mc Graw- Hill interamericana; 2009. 2313p.
30. Milos H, Larrain S. Humanidad y Seguridad de Atención de Pacientes. Mediterráneo. Santiago de Chile; 2010. 144p.
31. Organización Mundial de la Salud: Seguridad del paciente. Informe de la Secretaría. Ginebra: OMS; 2001. 109ª reunión [Consultado 01 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/>
32. Ambrosio L, Pumar MJ. Factores del entorno de trabajo que influyen en la ocurrencia de errores de administración de medicación. Anales del sistema sanitario de Navarra; 2013
33. Lavado ME, Márquez MP. Registros y protocolos. Hygia [Internet] 2015 [Consultado 18 diciembre 2017] Disponible en:
<http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia/Hygia57.pdf>
34. Saturno PJ, Da Silva Gama Z.A. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud Español. Murcia [Internet] 2008. [Consultado 19 de junio 2017]; 18(25). 8-1. 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)
35. Martínez FJ, Ruiz Ortega, JM. Manual de Gestión de Riesgos Sanitarios. Madrid: Díaz de Santos; 2001. 284p.
36. Aguilera C, Vargas C. Sobrecarga laboral en el personal de enfermería: agotamiento psicofísico (Tesina de grado). Mendoza, Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería. [Consultado: 6 de diciembre del 2017]. Disponible en: <http://bdigital.uncu.edu.ar/5863>

37. Fritz L. El trabajo en equipo la base del Éxito Organizacional. Santiago de Chile. [Internet] 2012 [Consultado 09 de junio 2017]. Disponible en: <http://redaccioncesar.blogspot.pe/2011/02/el-trabajo-en-equipo-la-base-del-exito.html>
38. Gómez A. Acosta H. Acerca del trabajo en grupos o equipos. ACIMED, Ciudad de La Habana. [Internet] 2003 [Consultado 09 de junio 2017]. Disponible en: <http://eprints.rclis.org/5035/1/acerca.pdf>
39. Palomo M. Liderazgo y motivación de equipos de trabajo. 8ª ed. Madrid: Esic Editorial; 2013. 267p.
40. Ortiz AC, Gaviria D. Participación del acompañante en el cuidado del paciente hospitalizado. Instituciones de segundo nivel área Metropolitana. Investigación y Educación en Enfermería. [Internet] 2002 [Consultado 09 de junio 2017]; 20(2). 12-29. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/47031/1/tesis_ginesa_zome%C3%B1o_ros.pdf
41. Olaechea P. Normas de visita de familiares en UCI. Revista electrónica de Medicina Intensiva. [Internet] 2003 [Consultado 09 de noviembre 2017]; Artículo 549,3(2) Disponible en: <http://remi.uninet.edu/2003/02/REMIO549.htm>
42. Shyu Y. The needs of the needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. journal of Advanced Nursing; 2000. 32(3), 619-25



ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento para participar en un estudio de investigación -ENFERMERA/O -

Datos informativos:

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Investigadores : May Larrea Cubas, Genoveva Narciza Vilcherrez Larrea.

Título: Seguridad en el cuidado Enfermero de pacientes postoperados por Hematoma Subdural. Servicio de Cirugía - Hospital MINSA nivel III-Chiclayo 2017

Propósito del Estudio:

Lo invitamos a participar en un estudio llamado: “Seguridad en el cuidado Enfermero de pacientes postoperados por Hematoma Subdural. Servicio de Cirugía - Hospital MINSA nivel III – Chiclayo 2017”. Estamos realizando este estudio para describir, analizar y comprender cómo es la seguridad del Cuidado Enfermero en pacientes postoperados de hematoma subdural, con la finalidad de concientizar a los profesionales de enfermería hacer uso de un plan de cuidados estandarizados en pacientes con traumas neurológicos (HSD), además de proporcionar una visión holística del paciente y seguir unos mismos estándares de calidad.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

1. Luego de que usted dé su consentimiento, se le realizará algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación, el cual será grabada en un grabador de voz, asignándole un pseudónimo, para proteger su identidad y en un tiempo estimado de 20 minutos. La entrevista se realizará en el servicio de Cirugía: Oficina de Coordinadora.
2. En seguida se procesará la información de manera confidencial y se emitirá un informe general de los resultados, a la institución donde usted trabaja y a la universidad.
3. Finalmente los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad:

Nosotras guardaremos su información con pseudónimos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida: Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 1 año, con la finalidad de que sirvan como base de datos para otras investigaciones relacionadas con el tema de investigación o como fuente de verificación de nuestra investigación.

Autorizo guardar la base de datos:

SI NO

Se contará con el permiso del Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, cada vez que se requiera el uso de la información.

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a May Larrea Cubas al telf. 976138706, investigador principal.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al teléfono 074-606200 anexo 1138

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante

Nombre:

DNI:

Fecha

Investigador

Nombre:

DNI:

Fecha

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento para participar en un estudio de investigación - FAMILIAR -

Datos informativos:

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Investigadores : May Larrea Cubas, Genoveva Narciza Vilcherrez Larrea.

Título: Seguridad en el cuidado Enfermero de pacientes postoperados por Hematoma Subdural. Servicio de Cirugía-Hospital MINSa nivel III-Chiclayo 2017

Propósito del Estudio:

Lo invitamos a participar en un estudio llamado: “Seguridad en el cuidado Enfermero de pacientes postoperados por Hematoma Subdural. Servicio de Cirugía - Hospital MINSa nivel III – Chiclayo 2017”. Con este estudio se pretende conocer y tener una idea clara cómo es la seguridad en el Cuidado en pacientes postoperados por hematoma subdural, durante el tiempo que se encuentre hospitalizado. El estudio no producirá daño a su persona.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

1. Luego de que usted dé su consentimiento, se le realizará algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación, el cual será grabada en un grabador de voz, asignándole un pseudónimo, para proteger su identidad y en un tiempo estimado de 20 minutos. La entrevista se realizará en el servicio de Cirugía, durante las horas de visita.
2. En seguida se procesará la información de manera confidencial y se emitirá un informe general de los resultados, a la institución Hospitalaria y a la Universidad.
3. Finalmente los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad:

Nosotras guardaremos su información con pseudónimos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 1 año, con la finalidad de que sirvan como base de datos para otras investigaciones relacionadas con el tema de investigación o como fuente de verificación de nuestra investigación.

Autorizo guardar la base de datos:

SI NO

Se contará con el permiso del Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, cada vez que se requiera el uso de la información.

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a May Larrea Cubas al telf. 976138706, investigador principal.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al teléfono 074-606200 anexo 1138

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin perjuicio alguno a mi persona y familiar hospitalizado.

Participante

Nombre:
DNI:

Fecha

Investigador

Nombre:
DNI:

Fecha

ANEXO 3: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A LA ENFERMERA

SEGURIDAD EN EL CUIDADO ENFERMERO DE PACIENTES POSTOPERADOS POR HEMATOMA SUBDURAL. SERVICIO DE CIRUGÍA - HOSPITAL MINSA NIVEL III – CHICLAYO 2017

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. Teniendo en cuenta los principios de anonimato la información solo se utilizará en la presente investigación.

PREGUNTAS ORIENTADORAS:

1. ¿Qué significa para Usted brindar seguridad en sus cuidados enfermeros?
2. ¿Cómo realiza el cuidado para garantizar la seguridad en pacientes postoperados por Hematoma subdural en el servicio de cirugía?
3. ¿Usa algún tipo de indicador para brindar seguridad en sus cuidados?
 - Indicador de estructura:
 - ¿Es apropiado el número de Enfermeras para los pacientes Neurocríticos?
 - ¿Por qué?
 - Existen Guías elaboradas por el servicio para el cuidado de éste tipo de pacientes?
 - ¿Cree que la infraestructura es apropiada?
 - ¿El número de camas es adecuado?
 - Indicador de proceso:
 - ¿Cuál es el promedio mensual de pacientes Neurocríticos en el servicio?
 - De los pacientes postoperados por HSD. ¿Cuántos pacientes creen Ud., que tienen riesgo de UPP?
 - Indicador de resultado:
 - ¿Cree que los exámenes que se les realiza a los pacientes postoperados de HSD, son los adecuados?
 - Se ha presentado algún riesgo de caída y/o caída de pacientes?
4. ¿Cuenta el servicio con un plan de cuidados, equipos y otros en caso de Emergencia para manejo de pacientes post operados de neurocirugía (hematoma subdural)?
5. ¿En sus cuidados, involucra usted a otro personal como apoyo para la seguridad del Paciente?

ANEXO 4: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A FAMILIAR

SEGURIDAD EN EL CUIDADO ENFERMERO DE PACIENTES POSTOPERADOS POR HEMATOMA SUBDURAL. SERVICIO DE CIRUGÍA - HOSPITAL MINSA NIVEL III – CHICLAYO 2017

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. Además la información solo se utilizará en la presente investigación.

PREGUNTAS ORIENTADORAS:

1. ¿Qué entiende Usted por “brindar seguridad en los cuidados a un pacientes”
2. Observa Usted que realiza la Enfermera acciones como: Cambios de posición, toma de temperatura, examen de las pupilas y otros, a su paciente?
3. ¿Ha presentado su familiar algún acontecimiento inesperado como (caídas, reacción alérgica a medicamento, úlceras, etc.) durante su estancia hospitalaria?
4. Usted cree que el personal realiza cuidados adecuados a su paciente?
5. Desea Usted comentar algo más, acerca de los cuidados que recibe su familiar?