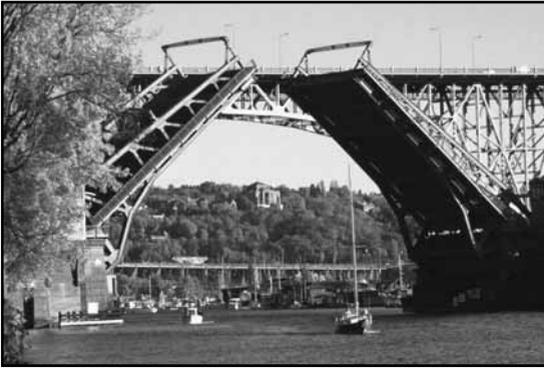


# LA DISCIPLINA ENFERMERA: EPICENTRO DE LOS ERRORES CLÍNICOS

Myriam Fernández Martín

*Enfermera. Doctoranda del programa "Enfermería. Cultura de los Cuidados".  
S.C. Cerner Corporation*



## NURSING DISCIPLINE: EPICENTRE OF MEDICAL MISTAKES

### SUMMARY

In 2000 the US Institute of Medicine disseminated its book *To err is human* which stated that every year more people die in the US due to clinical mistakes than to traffic accidents, breast cancer or AIDS (IOM, 2000).

Later, similar studies were carried out in countries with different national health services, such as the UK and Australia, showing similar results.

The analysis of the causes of these mistakes has focused on a quantitative perspective and a professional profile: doctors.

This article focuses on an analysis of these causes from the perspective of the professional who spends longer with patients: nurses.

**KEY WORDS:** Medical mistake, clinical mistake, total quality.

### RESUMEN

En el año 2000 el Instituto de Medicina de los EE.UU da a conocer la publicación de un libro titulado "Equivocarse es humano" que ponía de manifiesto que cada año mueren en EE.UU más personas por errores clínicos que por

accidentes de coche, cáncer de mama o SIDA. (IOM, 2000).

Posteriormente, estudios similares se realizaron en países como Reino Unido y Australia, con sistemas de salud diferentes, demostrando que las estadísticas eran las mismas.

El análisis de las causas de estos errores se ha centrado en una perspectiva cuantitativa y en un perfil profesional determinado: los médicos.

Este artículo se centra en un análisis de estas causas desde el perfil profesional que pasa más tiempo con los pacientes: las enfermeras.

**PALABRAS CLAVE:** Error médico, error clínico, calidad total.

### INTRODUCCIÓN

En el año 2000 el Instituto de Medicina de los EE.UU da a conocer la publicación de un libro titulado "Equivocarse es humano" que ponía de manifiesto que cada año mueren en EE.UU más personas por errores clínicos que por accidentes de coche, cáncer de mama o SIDA. (IOM, 2000). El informe demostraba que mediante estudios retrospectivos realizados en hospitales de Nueva York, Colorado y Utah, se podía inferir que cada año mueren en los EE.UU entre 44.000 y 98.000 personas por error clínico, es decir, lo equivalente a que un avión Boeing 747 cayese todos los días y muriesen todos sus ocupantes.

La realidad es que el error clínico es la quinta causa de muerte en los EE.UU. Posteriormente, estudios similares se realizaron en países como Reino Unido y Australia, con sistemas de salud diferentes, demostrando que las estadísticas eran las mismas.

Las atenciones en salud siempre buscan beneficiar a los pacientes, y la obligación de no dañar está presente desde el Juramento Hipocrático como primaria. Sin embargo, producto de una combina-

ción compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas, dichas atenciones conllevan la probabilidad de eventos adversos que pueden o no dañar al paciente. Estos generan un aumento de reclamaciones y/o acciones judiciales así como un mayor costo global del cuidado clínico. Pero la parte más importante es lo que suponen para el paciente y su familia. Además del derecho a que se le prodiguen cuidados para recuperar su salud, el enfermo tiene derecho a que se le suministren con suma consideración, es decir, respetando su condición de ser humano.

Pese a la evidencia de los eventos adversos no han sido grandes los esfuerzos hacia su prevención. La mayor parte de ellos han ido encaminados hacia una de las causas: "los errores de medicación" y hacia uno de los colectivos: "los médicos". Es muy llamativa la escasa existencia de estudios realizados con enfermeras, cuando son ellas las que se encuentran 24 horas con el paciente y quienes desarrollan gran parte de las intervenciones de vigilancia y control que podrían prevenir éstos.

La adopción de sistemas de prevención de eventos adversos se ha tornado un imperativo ético y una necesidad de la práctica clínica, y aunque tales sistemas tienen un costo, más elevado es el costo que debe asumirse por la ocurrencia de ellos, cuando estos son prevenibles.

Evento Adverso es el daño producido por la intervención clínica (más que por la enfermedad o condición del paciente) que prolonga el tiempo de ingreso o provoca una invalidez al tiempo del alta. No todos son prevenibles, y no todos son causados por error. El Error clínico es aquel evento adverso que puede ser prevenido con los conocimientos científicos actuales y puede tener dos orígenes: error de ejecución: fracaso durante la ejecución de un plan para llegar a un objetivo o resultado esperado. Y el error de planificación que es utilizar un plan equivocado para llegar a un objetivo o resultados esperados.

Las causas de los errores clínicos son: errores en la comunicación entre los distintos profesionales (médicos, enfermeras, fisioterapeutas) que atienden al paciente; mal seguimiento de los estudios complementarios por desorganización en la documentación, ubicación, etc.; inadecuada documentación; errores en procedimientos clínicos;

infecciones de heridas; equipamiento defectuoso y errores de medicación.

En el American Family Physician (Maxwell, 2003), consultando médicos de EEUU y Australia, Canadá, Reino Unido y Holanda se realizó un estudio sobre cuáles eran las causas más frecuentes de error médico para ellos, no dudaron en colocar como primer motivo el error en la prescripción de medicamentos.

En el estudio del Instituto de Medicina de los EE.UU se calcula que unas 7000 muertes ocurren todos los años por efectos adversos a medicación.

El 56% de ellos se producen en el momento de la indicación, un 34% de los errores se producen en la administración del fármaco por parte de la enfermera y un 10% restante en un error en la dispensación de la droga en la farmacia.

Sin restar importancia a los efectos adversos causados por medicación, el propio Instituto Nacional de Medicina de los EE.UU reconoce que el estudio de estos efectos ha sido más extenso por diversas razones: es uno de los tipos más comunes de error, existe un número sustancial de pacientes afectados y son medibles en cuanto a gastos sanitarios se refiere. Existen además otras claves metodológicas como el uso extenso de la prescripción de drogas que hace fácil identificar un posible evento adverso, y que es de los pocos procesos que proveen una buena documentación, mucha de ella automatizada. Y además las muertes atribuibles a errores de medicación son registradas en los certificados de defunción. Pero explica, que existen probablemente otras áreas que han sido estudiadas en menor medida y que pueden ofrecer igual o mayor oportunidad de mejorar la seguridad de los pacientes.

En las últimas dos décadas han ido sucediéndose cambios sustanciales en la asistencia a la salud y el cuidado de los pacientes. Muchas organizaciones han expresado su preocupación de que éstos y otros cambios hayan afectado adversariamente la habilidad de las enfermeras para proveer seguridad en el cuidado.

En respuesta, el Departamento Norteamericano de Salud y Servicios Humanos y la Agencia para el Cuidado e Investigación en la Calidad (AHRQ) pidió al Instituto de Medicina de los EE.UU. realizar un estudio para identificar aspectos claves sobre el entorno de trabajo de las enfermeras y

cómo dichos aspectos podían impactar en la seguridad de los pacientes. Así, se creó un comité de seguimiento para estos estudios.

Las horas extensas de trabajo de las enfermeras en los hospitales, las cargas del mismo (el ratio enfermera/paciente), los problemas en las instituciones (incluyendo los diseños pobres de los procesos de trabajo), la falta de soporte a la toma de decisiones, las barreras sociales y físicas que obstaculizan la comunicación interprofesional, son algunos de los hechos que fueron analizados. El resultado fue un libro publicado por el Instituto de Medicina de los EE.UU en el 2004 titulado "Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses"

El personal de enfermería representa el componente más amplio del equipo de salud. Enfermeras tituladas y auxiliares de enfermería representan un 54% de los trabajadores sanitarios.

Las intervenciones enfermeras fundamentales son aquellas derivadas de la vigilancia: valoración, evaluación, monitorización de los pacientes; siendo éstas un mecanismo muy importante en la detección de errores clínicos y prevención de eventos adversos. Si el estado del paciente decae, éste será detectado por la observación enfermera del deterioro físico o cognitivo. Son los únicos profesionales que se encuentran 24 horas al día con sus clientes. El control de los pacientes requiere de gran atención, conocimientos y respuesta por parte de las enfermeras. Podríamos decir que las enfermeras son el epicentro sísmico de la seguridad de los pacientes. Todo pasa por su control y ellas coordinan y gestionan lo que ocurre. Según la ANA (Asociación Americana de Enfermeras) la evaluación del paciente es la base de los cuidados de las enfermeras tituladas (ANA, 1998).

Una revisión de 81 estudios publicados predominantemente desde 1990, que examinaba la relación entre las estructuras y procesos de las organizaciones hospitalarias y los eventos adversos y mortalidad de los pacientes, demostró que la vigilancia enfermera era uno de los tres procesos variables de las organizaciones que reducen la mortalidad de los pacientes (Mitchell et al, 1997).

Esta evaluación constante del paciente establece a las enfermeras en un rol descrito como "la línea de defensa" de la seguridad del paciente

según la JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) en 2001.

Además de la vigilancia, las enfermeras son responsables de coordinar el cuidado de los pacientes. Entre las que existen distintas intervenciones de integración como planificar los cuidados de los pacientes, implementar las indicaciones de tratamiento dadas por otros profesionales, evaluar el estado constante y al alta para el seguimiento y control, educar al paciente y a la familia, además de una gran cantidad de prácticas no deseables por su presencia continua en el hospital, en su mayoría burocráticas.

Entonces, si las enfermeras cobran un papel de relevancia en la seguridad de los pacientes y tienen un rol determinante a la hora de reducir los eventos adversos y errores clínicos; de una forma completamente independiente no solo ética sino también legalmente, ¿cómo es posible que igual que encontramos encuestas y estudios realizados a médicos sobre las causas más determinantes de error médico, para poder estudiarlas y saber cómo reducirlas, no las encontremos hechas a enfermeras sobre el error enfermero?

## MARCO TEÓRICO VS. MARCO CONCEPTUAL

La filosofía de la calidad total se concentra de una forma unánime en el concepto de conseguir "cero" errores. Parece entonces lógico que el estudio que se centre en la reducción de los eventos adversos deba encuadrarse en este marco teórico. La calidad asistencial es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud. (Avedis Donabedian, 1973).

La Calidad de la Atención de Enfermería podemos definirla como la consecución del conjunto de características y acciones que posibilitan la restauración en cada paciente, del nivel de salud que nos es dado remitirle. Esta definición está basada en la definición de la función propia de Enfermería que nos aporta Virginia Henderson.

Donabedian explica en su modelo de calidad total cómo tras el establecimiento de objetivos es necesaria la valoración de la necesidad. Y establece una presentación esquemática de cuáles son los

componentes que entran en juego en el proceso de atención sanitaria.

La necesidad es la causa que determina el comportamiento cliente y el comportamiento del cuidador.

El comportamiento del cliente pasa por varias fases desde que aparece la necesidad: reconoce la necesidad (recognition of need), decide buscar cuidados (decision to seek care), entra en el proceso de búsqueda (process of seeking care) y asume el rol de enfermo y mantiene los cuidados (assuming the sick role and maintaining care). Estas fases en continua relación bidireccional con otras personas de su entorno (other lay persons).

El comportamiento del proveedor de cuidados también pasa por varias fases desde que aparece la necesidad: proceso de diagnóstico y toma de decisiones (diagnostic process and decision making), estrechamente relacionado con la fase de la búsqueda de cuidado del cliente, y la toma de decisiones terapéuticas y proceso (therapeutic decision making and process). Estas dos fases, en continua interacción con otros profesionales.

Al finalizar estas fases ambos entran en el uso de servicios (use of service) y concluyen en el resultado de salud o modificación de la necesidad (health outcomes, modification of need)

En un análisis comparativo entre este modelo propuesto por Donabedian y el modelo de Virginia Henderson cabe resaltar las grandes similitudes que existen.

Podríamos entonces asegurar el modelo de Virginia Henderson como referente teórico en el marco conceptual de la calidad total para el análisis de cómo, por qué y cuándo suceden los errores clínicos donde intervienen las enfermeras.

Además Avedis Donabedian encuadra este modelo de necesidad englobado el proceso anteriormente descrito en una estructura organizativa y en entorno regido por factores socio-culturales.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El primer paso del estudio tiene de por sí un propósito doble: por un lado recoger información sobre qué causas enfermeras están consideradas, entre las enfermeras, como las más determinantes para producir un error clínico y qué interrelación existe entre ellas; y por otro lado, examinar de

manera global los hábitos, las conductas, creencias y opiniones de las enfermeras sobre estas causas de error para poder averiguar cuáles son las posibles soluciones.

Es entonces evidente que se trata de un diseño explicativo donde no sólo se analizarán las causas sino también las razones y sensaciones de los hechos, y que tiene que conjugar dos tipos de metodologías una cuantitativa, a través de un cuestionario que ayude al primer propósito, y por otro lado el trabajo en grupos de discusión que facilite el segundo.

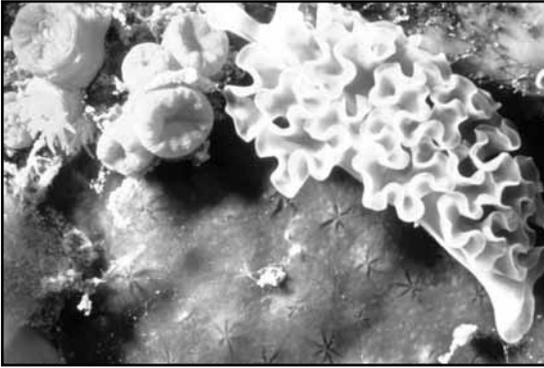
En palabras de Jesús Ibáñez, “las llamadas técnicas cuantitativas investigan el sentido producido (los hechos). La técnica de grupo de discusión investiga el proceso de producción de sentido, que no es más que la reproducción de la unidad social de sentido y en ello reside su valor técnico” (1990)

La intención del uso de ambas metodologías es entonces simplemente sumar conocimiento.

Aunque existen tendencias que no están de acuerdo con el uso de ambas metodologías conjuntamente es importante detallar que en este caso la unicidad de la experiencia personal (lo cualitativo) y los aspectos comunes de las necesidades y los cuidados respectivos (lo cuantitativo) debían trabajar conjuntamente.

La idea de complementar ambas metodologías es con la finalidad de que se vigoricen mutuamente. Así el conocimiento de origen cuantitativo se asentará sobre bases cualitativas, de forma que “toda medición se halla fundada en innumerables suposiciones cualitativas acerca del instrumento de medida y de la realidad evaluada”, “el empleo combinado de técnicas cualitativas y cuantitativas en una investigación puede contribuir a controlar corregir los sesgos propios de cada método” (Cabrero y Richart, 1995). Por eso es importante la elección de un modelo estadístico que encaje con los datos, la interpretación de los resultados a que dé lugar y la generalización de los descubrimientos a otros entornos y que se halle basado en un conocimiento cualitativo.

Según Goffman (1963), en las estrategias para la interacción con los otros, existe siempre un objetivo idéntico: hay una lucha por la información en la que los seres humanos pretenden averiguar todo lo posible de los demás, procurando que los otros



sepan sólo aquello que se les quiere contar. Este duelo por la información se organiza de manera consciente e implica estrategias comunicativas tanto verbales como no verbales. Por ello se decidió pasar primero los cuestionarios y luego proceder a los grupos de discusión, una vez éstos ya estaban rellenos, evitando así condicionar las respuestas, permitiendo explicar el por qué, cómo y para qué de las mismas.

La gestión de la tensión en la investigación abierta depende del tipo de realidad social que se aborda. Los profesionales pretenden mostrar que su práctica se adecua a las expectativas sociales (honestidad, rigurosidad, capacidad). Por ello se les explicó a los encuestados que la finalidad del estudio era aumentar la seguridad de los pacientes y que no se trataba en absoluto de una evaluación de su trabajo si no de evidenciar las causas enfermeras que contribuían a los errores clínicos, es decir, se les dió el objetivo general del estudio. Intentando evitar así el efecto Hawthorne, donde los observados actúan positiva o negativamente respecto al investigador. Los cuestionarios fueron evidentemente anónimos.

La herramienta a utilizar fue un cuestionario de evaluación de actitudes profesionales de enfermería ante los errores clínicos (CEAPE/EC).

El cuestionario constó de tantos ítems como los definidos por el Instituto de Medicina de los EE.UU en su estudio del 2000 como causantes de los errores clínicos, donde para su valoración se logró una escala de intervalos tipo Likert donde las causas se establecían de totalmente

determinante a nada determinante. Esta decisión se tomó en base a la descripción de ese cuestionario como un cuestionario exploratorio, dada la dificultad para medir estas causas y más en el trabajo enfermero diario, y puesto que cualquier otra escala no reflejaría la realidad diaria.

Posteriormente se analizaron los cuestionarios. Para mayor comprensión de éstos, se transformaron dichos adjetivos en puntuaciones: asignando a totalmente determinante una puntuación de 4, a muy determinante una puntuación de 3, a determinante una puntuación de 2, a poco determinante una puntuación de 1 y a nada determinante una puntuación de 0.

El grupo de discusión es una estrategia centrada en procesos grupales, que permitió el acceso al terreno de las actitudes y experiencias propias de los protagonistas. La interacción grupal facilitó al grupo generar, crear, construir un material cualitativo de gran sentido y utilidad para el propósito de este estudio. Además tiene un carácter abierto y flexible, necesario en este objeto, que permite desviarse del guión establecido y adaptarse al discurso desarrollado sin dejar de lado los objetivos.

De las 24 personas encuestadas y dado un carácter exploratorio, se conjugó un grupo de discusión de 10 personas donde, se procuró tener todas las variantes discursivas en cada uno de los grupos: diferentes rangos de edades (desde 21 años a 45) y diferentes estructuras jerárquicas (enfermeras recién diplomadas, enfermeras de mayor experiencia, supervisoras de enfermería).

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El análisis del Cuestionario de Evaluación de Actitudes Profesionales de enfermería ante los errores clínicos (CEAPE/EC) otorga los siguientes datos que se irán comparando con los obtenidos de los grupos de discusión.

Las causas que las enfermeras consideran de rango superior a 3, es decir aquellas que se califican

Núm	Causa según IOM	Media	%	Des. T
1	Errores en la comunicación entre los distintos profesionales (médicos, enfermeras, fisioterapeutas) que atienden al paciente	3.45	86.25	0.64
3	Inadecuada Documentación	3.2	80	0.64

can como muy determinante o totalmente determinante de producir error clínico son:

Lo que quiere decir que las enfermeras consideran “causas comunicativas” aquellas más determinantes de error clínico, con porcentajes ambas por encima del 80%. La desviación típica demuestra que en ambos casos existe consenso.

Las enfermeras participantes de los grupos de discusión explicaron la falta de comunicación y la comunicación no efectiva que existe en los círculos que se generan alrededor del paciente. Lo que nos llevó a la conclusión de clasificar varias “sub-causas” que fomentan la causa determinante de “Errores de Comunicación”:

- Falta de óptima comunicación interprofesional: sobretudo médico-enfermera pero también con otros profesionales como fisioterapeutas y dietistas También se reseñó la falta de comunicación continuada, a pesar de los partes entre los turnos enfermeros, estrechamente ligado a la falta de adecuada documentación.
- Falta de óptima comunicación inter-ubicacional: extensible a la anterior parece mayor agravio el hecho de la falta de continuidad y comunicación con los centros de salud, centros de especialidades y consultas externas o atención domiciliaria, donde la información llega bien a través de un informe, y a veces ni siquiera este es el caso.
- Falta de óptima comunicación con el paciente y su familia: es increíble, que las cargas de trabajo, o al menos, esa es la justificación que las enfermeras autoevalúan, hagan tratar a los pacientes aún a día de hoy como patologías y camas, en lugar de nombres de personas. Y parece que no resulta tan extraño oír: “el de la cama 222, sí el del EPOC”... Parecería lógico practicar la escucha activa más a menudo si el paciente es el centro de atención. Las enfermeras participantes en el grupo de discusión comentaban cómo ellas mismas a veces se paraban a pensar cómo era posible que fuesen a pinchar una vía sin antes haber mantenido una conversación que resultase efectiva. Parece que la valoración inicial sería el momento adecuado para realizar esto, pero ¿qué pasa cuando la valoración la realiza la enfermera

del turno que recibe al paciente y en turnos siguientes no se “re-evalúa”?

Además en un proceso de confusión como el que normalmente acarrea el ingreso en un hospital, el debut de una enfermedad, la continuidad de los cuidados de otra que sea crónica, el paso por una cirugía...¿cuánta información efectiva tienen los pacientes y familiares de su proceso, pruebas diagnósticas, evolución, etc?

En cuanto a la “Inadecuada Documentación” con un porcentaje muy cercano a la causa anterior, un 80%, las enfermeras califican las siguientes sub-causas:

- Falta de conciencia por parte de las propias enfermeras de la importancia de documentar los cuidados y hacerlo bien. Siempre priorizan otras actividades antes de documentar.
- Falta de consenso a la hora de la documentación. Empieza a implantarse la planificación de cuidados, integrando lenguajes como la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association 2006), NIC (Nursing Interventions Classification) y NOC (Nursing Outcomes Classification), pero existe un gran hueco en formación metodológica y en el uso adecuado de estas taxonomías en la práctica.
- La planificación de cuidados no se continúa de una manera adecuada. Las enfermeras comentan cómo en algo tan “sencillo” como una cura de úlcera por presión no existe consenso a la hora de curar con los mismos productos y mucho menos al continuar los cuidados en algunos casos.
- No existe fácil acceso a la información de referencia de una manera óptima. Ya sea información definida por el hospital como protocolos de actuación, o bien, referencia científica sobre últimas recomendaciones o artículos publicados

Núm	Causa según IOM	Media	%	Des. T
2	Mal seguimiento de los estudios complementarios por desorganización en la documentación, ubicación, etc	2.6	65	0.79
7	Errores de medicación (dosis, interacciones, alergias)	2.45	61.25	1.079
6	Equipamiento defectuoso	2.41	60.25	0.76
4	Errores en procedimientos clínicos ya descritos	2.12	53	0.97
5	Infecciones de Heridas	2.04	51	0.84

aplicables en el momento de la práctica clínica. Es decir, la falta de Cuidado Asistencial Guiado por el Conocimiento Científico, la Enfermería Basada en Evidencia.

Aquellas causas definidas por el Instituto de Medicina de EE.UU que las enfermeras españolas consideran de rango 2, es decir aquellas que opinan que son determinantes como causas enfermeras a la hora de producir errores clínicos son en orden descendente las presentadas en el siguiente cuadro:

En todas las causas anteriormente descritas existe consenso menos en las causa número 7: "Errores de medicación", donde la desviación típica se presenta por encima de 1, tal y como se muestra en la Fig.1. Gracias a los grupos de discusión se pudo averiguar que dicho motivo es porque no todas las enfermeras estaban de acuerdo con que el error fuese una causa enfermera en la administración, si no más bien proveniente de una prescripción médica.

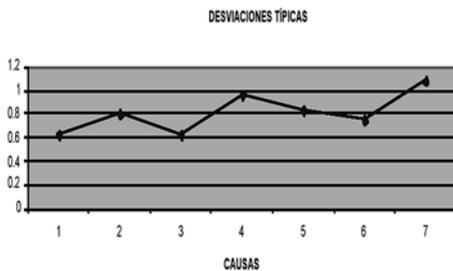


Fig.1. La única desviación típica >1 es la correspondiente a los "Errores de Medicación"

En cuanto a la causa del mal seguimiento de los estudios complementarios, las enfermeras apuntaron dos motivos como principales: la falta de organización en el trabajo, y la cantidad de trámites burocráticos a la hora de reclamar una prueba que no ha seguido su curso habitual.

La causa de "Equipamiento defectuoso" con un 60.25% de calificación determinante se fundamenta, según explican las enfermeras, en la falta organizacional para el seguimiento del equipamiento con los servicios de farmacia o almacén, sin una estructura definida.

En cuanto a los "Errores en procedimientos clínicos ya descritos" que las enfermeras califican

con un 53%, explican la falta de acceso rápido a dicha documentación, el rápido cambio por parte de las instituciones en el desarrollo de nuevos protocolos o planes de cuidados sin la información al alcance de cualquier enfermera, y la falta de formación metodológica por parte de muchas de ellas.

Las Infecciones de Heridas las justifican como falta de medidas de higiene adecuada en los hospitales, pero también como falta de consenso a la hora de continuar los cuidados de una forma unificada.

No existen causas que las enfermeras españolas consideren como poco o nada determinantes, tal y como se muestra en la Fig.2. Este dato es muy importante, gracias al grupo de discusión se pudo saber que el motivo de esto se explica porque no existe ninguna causa donde la disciplina enfermera no esté involucrada. Lo que demuestra una vez más, su lugar estratégico.

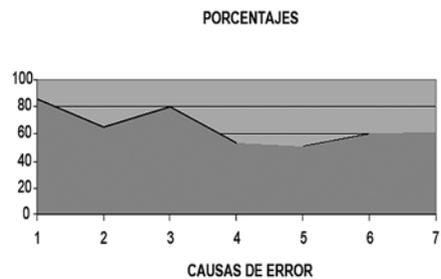
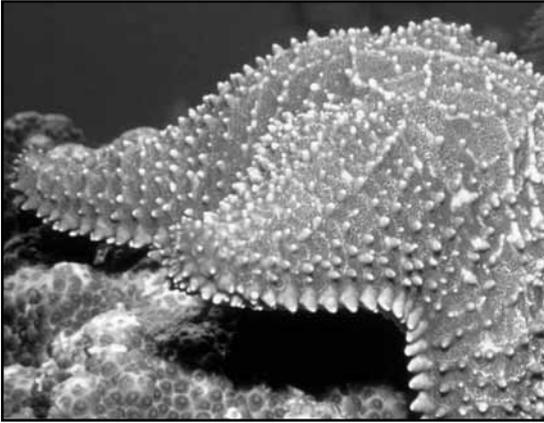


Fig. 2. No existen causas poco o nada determinantes. Todos los porcentajes superan el 50%

## CONCLUSIONES

Los cambios ocurridos durante los últimos decenios nos llevan a entrever el futuro reservado a los cuidados enfermeros y a prepararnos. Una investigación doctoral hecha por una enfermera (Johnson, 1990), ha demostrado que un cambio de paradigma se produce actualmente en los cuidados enfermeros y que este cambio es evidente a través de los escritos profesionales y científicos de las enfermeras. Johnson sostiene que las enfermeras se orientan hacia un paradigma holístico. Es el paradigma que ha sido presentado como la gran corriente de pensamiento de "la transformación".

La enfermera se encuentra en la "línea de defensa del paciente" es la que conoce cuando está



estable, cuando algo no va bien, y la primera en percibirlo y gestionar los recursos necesarios para controlar cualquier situación de urgencia. Se encuentra en el círculo central de los cuidados de los pacientes.

La vigilancia enfermera es uno de los tres procesos variables que reducen la mortalidad de los pacientes. Cuando hablamos de errores clínicos esta gestión aparece aún si cabe más evidente.

De las 7 causas que el IOM (Institute of Medicine) de los EE.UU establece de error médico, las causas que las enfermeras españolas consideran más determinantes como propias a la hora de producir errores clínicos son: errores en la comunicación y la inadecuada documentación. Con elevado nivel de consenso. En todas las demás causas existe consenso excepto en los errores de medicación. Lo que demuestra que no existe consenso con estudios realizados a otros profesionales, que ponían el error de prescripción de medicamentos en primer lugar y que las enfermeras tienen una gran capacidad autocrítica, así como autoevaluativa.

La dinámica de Grupo de Discusión fue de gran importancia ya que con los cuestionarios no se podrían haber desglosado las subcausas que propiciaban cada una de las anteriores así como, el análisis en profundidad realizado por las enfermeras para llegar al origen del problema y poder establecer así soluciones realistas.

Las soluciones propuestas por las enfermeras en el grupo de discusión para la reducción de las dos causas que consideran principales: errores de comunicación e inadecuada documentación fueron:

### **1.- Adopción de modelos comunicacionales que mejoran los resultados clínicos. La comunicación centrada en el Paciente.**

Es importante ser consciente de que las habilidades en la comunicación no dependen solamente de la capacidad innata de cada uno, sino que se deben también a una formación adecuada.

La comunicación con el paciente forma parte fundamental del proceso asistencial. Es tanto un uso cotidiano en la profesión enfermera, que parece haber sido hasta hace poco, una base que todos debían conocer de forma más bien intuitiva que adquirida, pasando por alto algo tan importante como que fuera promovida por la formación. Poco a poco, se ha valorado la gran importancia de que la comunicación con el paciente se vea respaldada por un proceso de aprendizaje y destreza por parte de los profesionales.

Modelos desarrollados con el paciente como centro y no la enfermedad como tal, han demostrado un impacto positivo sobre ciertas enfermedades y las respuestas en sus tratamientos.

Esta formación debe ser multidisciplinar para todos los profesionales que rodean el círculo centrado en el paciente.

### **2.- Entrenamiento a enfermeras y otros profesionales en habilidades de autocontrol y comunicación relativas a la información sobre el paciente grave.**

Aunque en muchas ocasiones se dice que las enfermeras no informan y que esto es labor médica, todos somos conscientes de que a la hora, sobretodo, de tratar con pacientes graves esto no es tan cierto. La comunicación con la familia es inherente a los cuidados enfermeros y el momento de la información es un momento duro para la enfermera que requiere habilidades de autocontrol y de comunicación.

Habría pues que plantearse si un entrenamiento en estas habilidades mejora el dominio de los recursos necesarios para una buena comunicación con los familiares de un paciente grave.

### **3.- Docencia en técnicas de comunicación y entrevista: necesidad de un modelo integrador.**

Las habilidades de comunicación y de relación interpersonal suponen una de las bases fundamen-

tales de la práctica de los profesionales sanitarios y uno de los factores más importantes que determinan la calidad de los servicios de salud. Integrar los sistemas cognitivoconductuales y psicodinámicos en la enseñanza de técnicas de comunicación para conseguir profesionales sensibilizados hacia los problemas psicosociales de sus pacientes, que a la vez sean capaces de ofrecer cuidados en los que sus enfermos se sientan comprendidos, parece de forma directa conducirlos hacia la necesidad de una visión humanista y empática de dichos cuidados.

La docencia en este tipo de temas requiere una visión, además, multiaxial de la enfermedad y gran capacidad para el trabajo en equipo. Siendo necesaria la participación de todos los componentes que mantengan alguna relación con el enfermo. El trabajo unidisciplinar sólo reforzaría el “narcisismo corporativista”.

#### **4.- Creación de culturas organizacionales de retención: Hospitales Magnéticos.**

Adoptar las características de los “hospitales magnéticos” para crear un lugar de trabajo confortable y atrayente transforma positivamente el trabajo de la enfermería para el uso de información de manera óptima. Las organizaciones deben empezar a plantearse porque los enfermeros prefieren trabajar en un hospital o en otro y comenzar a perfilar posibilidades de incentivos formativos o financieros.

#### **5.-La adopción de Sistemas de Información Guiados por el Conocimiento y Centrados en el Paciente.**

Un registro electrónico no debe ser solo un depósito donde se introducen los datos de los pacientes, debe ser una herramienta que introduzca mejoras comunicacionales, informativas y científicas, que integre todos los servicios y departamentos que existan en el hospital y que lo haga de una forma científica, con acceso on-line a la última evidencia o descubrimiento. Las decisiones organizacionales deberían ser basadas en estos puntos.

Además estos sistemas deben incorporar toda una serie de reglas de negocio, que realmente les haga inteligentes, que no solo prevengan de posibles eventos adversos, sino que además puedan inducir la correcta actuación de los profesionales.

#### **6- Incorporación de la figura de Enfermera Referente: entendiendo por Enfermera Referente aquella que valora e identifica necesidades de cuidado del paciente y su familia, planifica las intervenciones necesarias y evalúa los resultados alcanzados, estableciendo los canales necesarios para que continúen cuando el paciente es dado de alta.**

Según los descubrimientos realizados, este campo queda aún en gran medida por explorar. Los pasos siguientes a continuar en el estudio podrían centrarse en el análisis de los resultados según variables de edad/ experiencia profesional, graduación académica, relación con la cultura organizacional, nivel de la familiarización con los registros electrónicos integrados, nivel de familiarización con el uso metodológico.

Queda mucho por hacer, es cierto que “Equivocarse es humano”, pero lo importante es reflexionar y reconocer dónde fallamos.

Lo importante de los errores es que nos han de servir para mejorar, para sacar de ellos una experiencia positiva. Tal y como afirmó Ramón y Cajal: "Lo peor no es cometer un error, sino tratar de justificarlo, en vez de aprovecharlo como aviso providencial de nuestra ligereza o ignorancia."

Lo mejor de todo esto, lo más importante y consustancial al ser humano es que nuestros errores son una clara muestra de nuestra capacidad de elegir, de nuestra libertad de criterio, de nuestro derecho a equivocarnos. Pero ¿qué pasa cuándo nuestros derechos sobrepasan la barrera del derecho del otro?, ¿Cuándo producen un daño al primer derecho que tiene toda persona por el hecho de nacer: el derecho a la vida?, para hacer uso de este derecho, hemos de tener claro los deberes que comporta: el de rectificar y el de pedir disculpas. Ya se sabe que "rectificar es de sabios". En palabras de Colliere no hay que olvidar que “se puede vivir sin tratamientos, pero no sin cuidados”.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- Aiken, L, Sochalski, J, Anderson, G. (1996). Downsizing the hospital nursing workforce. *Health Affairs*, 15 (4): 88-92.
- Alfaro, R. (1997). *El pensamiento crítico en enfermería: un enfoque práctico*. Barcelona: Masson
- ANA (American Nurses Association)(1998). *Standards of Clinical Nursing Practice*. Washington DC: ANA.
- Blendon, R, DesRosches, C, et. al. (2002). *The New England Journal of Medicine*, 347, 1933-1940.

- Cabrero, J y Richart, M. (1995) El debate investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa. *Enfermería Clínica* (6) núm. 5
- Committee of the Work Environment for Nurses and Patient Safety (2004). *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*. Washington D. C: IOM.
- Charlesworth, M (1996). *La bioética en una sociedad liberal*. New York: Cambridge University Press.
- Department Of Health del Reino Unido: [www.doh.gov.uk](http://www.doh.gov.uk)
- Donabedian, A (1973). *Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care*. Massachusetts: Harvard University Press.
- El médico no es responsable de los errores de la enfermera (2004) disponible en: [www.comtf.es/NOTICIAS/NOTICIAS](http://www.comtf.es/NOTICIAS/NOTICIAS).
- Goffman, E. (1963) *Estigma*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Guasch, O. (1997) *Observación Participante*. Cuadernos Metodológicos núm 20. Madrid: CIS.
- Ibáñez, J. (1990). *Autobiografía (los años de aprendizaje de Jesús Ibáñez)*. *Anthropos* (113): 9-25.
- JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) (2001). *Front Line of Defense: The Role of Nurses in Preventing Sentinel Events*. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources.
- Joint Comisión on Accreditation of Healthcare Organizations, (2005). *Health Care at the Crossroads: Strategies for addressing involving nursing crisis*. <http://www.jointcommission.org>
- Kérouac, S et. al (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- Kohn, L, Corrigan, G, Molla, S. (2000). *To err is human: building a safer health system*. Washington D. C: IOM.
- Martín, M. *Bioética y derecho cit. en Gracia, D (1989). Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema.
- Maxwell, M. (2003). *New Study Shows Communication Errors are Frequently the Root Cause of Medical Errors*. *American Family Physician*, 67. (4).
- Mitchell, P, Shortell, S. (1997). *Adverse outcomes and variations in organization of care delivery*. *Medical Care*,35 (11):NS19-32.
- Mompart, M.P. (1995). *Administración de los servicios de Enfermería*. Barcelona: Masson.
- Moreno Rodriguez, A (2005). *La calidad de la acción de enfermería*. *Enfermería Global* (6).
- OMS (2002). [Http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA55/sa5513.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/sa5513.pdf)
- Perez, C. (2002) *Sobre la metodología cualitativa*. *Revista Española de Salud Pública* (76): 373-380.
- Ruiz Giménez Cortés, J (1982). *Derechos fundamentales de la persona (comentario al art. 10 de la CE) en "Comentarios a las leyes políticas"* (dirigidos por Oscar Alzaga), (I). Madrid.
- Silber J, Williams S, Krakauer H, Schwartz S. (1992). *Hospital and patient characteristics associated with death after surgery: A study of adverse occurrence and failure to rescue*. *Medical Care* 30(7):615-627.
- Suarez, M. (2005). *El grupo de discusión: una herramienta para la investigación cualitativa*. Barcelona: Alertes.
- Vuori, H.V. (1988). *El control de calidad en los servicios sanitarios*. Barcelona: Masson.
- Wilson RM, Runciman WB et al. (1995)/ *The Quality in Australia Health Care study*. *Medical Journal of Australia*. (163): 458-471.

