



Revista de Salud Pública

ISSN: 0124-0064

revistasp_fmbog@unal.edu.co

Universidad Nacional de Colombia

Colombia

Gaitán-Duarte, Hernando; Gómez Sánchez, Pió I.; Eslava-Schmalbach, Javier
Actitudes del personal en la vigilancia de eventos adversos intrahospitalarios en Colombia

Revista de Salud Pública, vol. 11, núm. 5, octubre, 2009, pp. 745-753

Universidad Nacional de Colombia

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42217809007>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Actitudes del personal en la vigilancia de eventos adversos intrahospitalarios en Colombia

Attitudes of personnel monitoring intra-hospital adverse events in Colombia

Hernando Gaitán-Duarte, Pió I. Gómez –Sánchez y Javier Eslava-Schmalbach

Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.
hggaitand@unal.edu.co

Recibido 19 Enero 2009/Enviado para Modificación 14 Junio 2009/Aceptado 16 Julio 2009

RESUMEN

Objetivos La detección de los eventos adversos (EA) es parte de la gestión de la seguridad en pacientes hospitalizados. Existen múltiples factores de la institución y de los trabajadores que afectan la adecuada vigilancia de los EA. El objetivo de esta publicación es explorar la actitud y reacciones del personal de las instituciones en cuanto a la detección y evaluación de los EA.

Metodología Investigación cualitativa. Se realizó un grupo focal con informantes clave que había recolectado y monitoreado la información en un estudio cuantitativo previo: “Incidencia y evitabilidad de Eventos adversos en tres instituciones en Colombia 2006”. Se construyó un marco conceptual basado en las publicaciones relativas a los EA, las instituciones de salud y la realización de resúmenes por temática del contenido del trabajo en el grupo focal mediante la sistematización, categorización y reducción de datos.

Resultados Existe la creencia de que vigilancia de EA consiste en una auditoria con consecuencias laborales negativas. Esta opinión está determinada por la cultura organizacional previa. Las estrategias para incrementar el reporte fueron: el trabajo persona a persona, hacer conciencia de que nadie está exento de un evento adverso y, el apoyo administrativo para solucionar las deficiencias.

Conclusiones Se requiere confianza mutua y trabajo conjunto entre los trabajadores de la salud, el personal de apoyo y la gerencia para prevenir futuros EA.

Palabras Clave: Administración de la seguridad, errores médicos, servicios de salud, hospitalización, investigación cualitativa (*fuente: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective Detecting adverse events (AE) is part of managing hospitalised patients' safety. Suitable AE monitoring is affected by many factors regarding any particular institution and its workers. This article was aimed at describing the difficulties emerging from identifying and evaluating events and suggested interventions from the workers' viewpoint.

Methods Qualitative research. A focus group was formed with key informants from previous research entitled "The incidence and avoidability of adverse events in three institutions in Colombia, 2006." A conceptual framework was constructed based on publications pertaining to AEs and health-providing institutions; summaries were made by topic regarding the content of the focus group's work by systematising, categorising and readjusting the data. The triangulation method was used for guaranteeing its credibility, transferability, reliability and that it could be confirmed.

Results It is commonly thought that monitoring AE only consists of taking inventories related to negative work consequences into account; this opinion has been determined by prior organisational culture. Strategies used for increasing AE reporting were: intrapersonal work, raising awareness that nobody is exempt from being involved in an adverse event and encouraging administrative support for resolving deficiencies. The prospective monitoring method becomes hampered when applying it to services involving a large volume of information. A tendency was observed for specialist committees to underestimate an event's association.

Conclusions Health workers, support personnel and management must have mutual confidence and adopt team-work so that future AE may be prevented.

Key Words: Safety management, medical errors, health services, hospitalisation, qualitative research (*source: MeSH, NLM*).

D e un 3 a un 16 % de los pacientes hospitalizados presentan eventos adversos (1-3). Estos eventos incrementan la morbilidad, la mortalidad y los costos (4,5) por esta razón la seguridad de los pacientes se ha convertido en una prioridad tanto para las entidades regulatorias de salud, para las aseguradoras, las instituciones y los pacientes (6-8). El proceso de gestión para incrementar la seguridad de los pacientes hospitalizados comienza con la detección de los eventos adversos EA (9). Se ha descrito que la cultura organizacional y otros aspectos relacionados con los sujetos involucrados en la atención afectan la frecuencia de reporte de los eventos adversos (10-15).

Durante el año 2006 se realizó un estudio de vigilancia epidemiológica de EA en una cohorte pacientes hospitalizados en cuatro instituciones colombianas y se consideró relevante estudiar la actitud del personal que está usualmente involucrado en la vigilancia de la EA (16).

El objetivo de este trabajo fue explorar la actitud y reacciones del personal de las instituciones en cuanto a la detección y evaluación de los EA.

METODOLOGÍA

El trabajo previo: “Incidencia y evitabilidad de Eventos adversos en tres instituciones en Colombia 2006” se desarrolló en dos fases; primera, en cada institución, una enfermera profesional realizó una búsqueda activa de eventos de tamización a partir del reporte voluntario del personal o de la revisión de las historias clínicas posterior a la salida del paciente. En una segunda fase los casos con eventos positivos fueron evaluados por parte de Comités de especialistas para definir si el realmente había ocurrido un Evento Adverso. Una descripción detallada de la metodología utilizada ha sido previamente publicada (16).

Para conocer las actitudes y reacciones del personal que participó en este estudio previo, se entrevistaron informantes claves, buscando que expresaran tanto sus propios percepciones y sensaciones vividas durante el transcurso de la vigilancia, así como también que expresaran la percepción dadas por otras personas alrededor de este proceso. Esta metodología permitió una comprensión de los procesos desde la perspectiva de los sujetos, así como la identificación y la explicación de los diferentes puntos de vista de los/as involucrados/as. Asimismo, favoreció la mediación de conjeturas subjetivas, las que enriquecieron el proceso.

Para lograr lo anterior, se organizó un grupo focal con cuatro personas: tres de ellas estuvieron involucradas en el tamizaje de los EA en cada una de las instituciones participantes y, la monitora general del trabajo de campo. El análisis de los datos se hizo bajo la construcción de un marco conceptual basado en las investigaciones cualitativas y cuantitativas previas relacionadas con el estudio de eventos adversos en las instituciones de salud (1-4,10,15). Se realizaron resúmenes por temática del contenido del trabajo en el grupo focal por medio de la sistematización, categorización y reducción de datos (17). Durante la realización del grupo focal se solicitó el consentimiento verbal a los participantes; se explicó el propósito del estudio en un lenguaje claro y adecuado; se les dio oportunidad para que hablarán sobre sus inquietudes; se grabaron las entrevistas con el permiso de las participantes; se garantizó la confidencialidad; se creó un ambiente de confianza; se evitó la interferencia externa, físico-ambiental y de personas; se siguió la orientación y la lógica de la guía de una manera flexible dentro de la sesión. Para el análisis de los datos se siguieron los siguientes criterios: transcripción textual de lo expresado en el grupo focal; realización de resúmenes del contenido por temática; análisis de un marco conceptual basado en las investigaciones cualitativas y cuantitativas de la problemática de eventos reportables en las

instituciones de salud; elaboración de categorías; sistematización y reducción de datos; y codificación de categorías de análisis.

RESULTADOS

Reacciones iniciales del personal

Se evidenció una actitud de prevención hacia el estudio por parte del personal de salud en todas las instituciones, como lo relató una de las enfermeras: "Yo veía el personal demoraba las historias y no querían soltarlas. La auxiliar que me ayudaba renunció porque manifestó que no quería tener enemigos, a ella le dijeron que en lugar de estar botando la plata en ver qué hacía y qué no hacía la gente, utilizaban esos recursos en el bien-estar de los trabajadores" (sic). La resistencia del personal de salud surgía de considerar el proceso como una auditoría que podría traerles consecuencias negativas. Por ejemplo una auxiliar de enfermería argumentó "si se me cae un paciente me van a echar, me van a abrir un proceso". Se evidenció que influyó la cultura organizacional previa en el manejo del error. El personal de salud de la institución tenía mucho temor a sanciones y a esto contribuyeron antecedentes institucionales: "creían que siempre estaba primero la sanción que el beneficio"

Por otra parte se observó la intención de minimizar algunas situaciones para que no fueran informadas como evento adverso, esto ocurrió sobre todo cuando no hubo consecuencias evidentes en el paciente. Al respecto una de las enfermeras comenta: "Hay reportes que se hacen por la seriedad de evento por ejemplo: cuando un paciente se cae y sufre un gran trauma pero hay otras cosas que se mini-mizan y no se reportan".

Consolidación del estudio y solución de problemas

Una vez se definieron las dificultades en la aceptación y conocimiento del proyecto, se realizaron actividades de socialización, como parte de un proceso consolidación del proyecto en los servicios. Una estrategia para disminuir la resistencia fue el trabajo de sensibilización individual, persona a persona: A las auxiliares de enfermería de la institución se les explicó de nuevo el proyecto de manera individual y eso mejoró su colaboración: "Al comienzo tocaba revisar todas las historias pero después las auxiliares fueron colaboradoras y empezaron a avisar los casos de eventos adversos".

A partir de la discusión individual de los alcances del estudio los trabajadores de la salud notaron que los hallazgos del estudio no estaban alterando su estabilidad laboral, que se estaba enfocando en el manejo sistémico del error y que por lo mismo había apoyo de la clínica por corregir e implementar las recomendaciones.

Otros de los factores que se identificó como facilitador del proceso fue tener conciencia que nadie estaba exento de un evento adverso, al respecto una de las participantes comentó: “Un episodio muy duro para mí fue que a mí misma se me cayó un paciente y le cayó además un monitor encima, pero a la final fue positivo porque las personas que me vieron llenar el formulario, les dio mucho confianza y les demostró que diligenciar el formulario era un asunto serio” (sic). Otro aspecto que apalancó la vigilancia de los EA fue que el personal de la investigación que recogía la información y analizaba los casos, hiciera parte de la misma institución.

El personal de enfermería fue consciente de su papel en el adecuado registro de los eventos de tamización: “En un hospital se notó cómo los profesionales médicos no reportaban los desgarros en los partos y era enfermería la que reportaba y se corroboraba con la historia clínica donde se anotaba que habían utilizado varias suturas”. Se destaca la importancia de las nota de enfermería completas como posible fuente de detección de EA en estas instituciones.

El nivel de resistencia a la evaluación de los EA fue mucho más notable en el grupo de médicos que en el grupo de enfermería. De otra parte, hubo grupos que apoyaron el proceso desde un comienzo, como los grupos de química farmacéutica y de bacteriología, y el grupo de las salas de cirugía.

Impacto en las Organizaciones

A partir de la implementación de este estudio fue posible el reconocimiento de factores predisponentes para la presentación de eventos adversos. Es así como se hace mención en una de las instituciones: “Ahora se evalúan cosas como las barandas del baño, el tapete y otros aspectos que usualmente no se miran desde enfermería. El ahora ver no sólo al paciente sino al entorno es algo muy positivo”. Otra persona manifestó: “Me enseñó a hacer las cosas bien desde el principio lo que se transmitió a mi equipo de trabajo, el cual fue capacitado”.

Adicionalmente, a partir del estudio se logró en crear la cultura de la notificación y el seguimiento de EA y ha sido la base en los procesos de auditoría y control interno. Al respecto una participante comenta: “es tal la confianza que se ha logrado que control interno mensualmente es a nosotras a quienes nos piden los reportes de eventos”. De otra parte, en lo que respecta al evento adverso las instituciones pasaron de reportar el evento a describirlo con detalle. “Ya la gente no se limita a escribir el evento sino también a describir cómo sucedió”.

Los participantes comentaron la importancia de haber vinculado a un representante de la administración a los Comités de Evaluación, pues se

comprendió que existen situaciones en las que un inadecuado manejo administrativo puede generar un evento adverso. En una de las instituciones se invitó además al personal de mantenimiento, haciendo énfasis en la importancia del mantenimiento preventivo y correctivo. Por otra parte se consideró es importante involucrar a la familia en la prevención de los eventos adversos: “El tratar de vincular más a la familia, o los acompañantes, da dividendos, pues un paciente apoyado, que tiene con quien hablar y compartir, está ocupando menos al personal, se siente mejor atendido y más satisfecho”.

DISCUSIÓN

Este estudio presenta información relativa a las reacciones del personal ante la vigilancia sistemática y evaluación de los EA, sus causas, así como alternativas para mejorar el reporte y la percepción de los trabajadores.

La evaluación de los determinantes de los eventos adversos requiere de la aproximación cuantitativa para describir la magnitud y fuerza de asociación de los factores asociados (18) y de la aproximación cualitativa que permite tomar en cuenta aspectos culturales tanto de los diferentes contextos sociales como organizacionales que no son extrapolables a diferentes lugares (19) específicamente el hecho de no tomar en cuenta las consideraciones socioculturales y los factores técnicos incide en un bajo reporte de eventos adversos (20). La reacción inicial del personal de salud caracterizada por la resistencia, el temor, negación de las complicaciones y la espera de acciones punitivas, ha sido previamente descrita en diferentes culturas (21,22).

Nuestros resultados son consistentes a los presentados en la literatura internacional. Reason describió cómo la cultura de la culpa incide en el bajo informe de eventos adversos en industrias (23). Vincent describió que las enfermeras son más dadas al reporte de los eventos que los médicos y que la sobrecarga de trabajo era un factor que influía en el bajo reporte (24), hallazgo confirmado por Evans en un estudio de corte transversal en el que encontró no sólo mayor tasa de frecuencia de reporte entre las enfermeras sino también reportes más completos por parte de ellas (25). Kingston y cols describieron que las enfermeras son más proclives a informar los EA debido a la existencia de protocolos y una mayor noción de seguridad del paciente (26)

Barreras comunes en el reporte de los EA fueron limitaciones de tiempo, procesos insatisfactorios, normas culturales, creencias previas acerca del

riesgo, inadecuada retroalimentación y percepción de escaso valor del proceso, siendo estos últimos considerados elementos críticos a trabajar para incrementar el reporte (25,26). Estos autores también describen que los médicos fueron mas tolerantes con los EA favoreciendo el manejo "puertas adentro" de los EA y mas desconfiados de las directivas (26). Waring en el 2005 mostró cómo, desde el punto de vista de los médicos, el reporte fue considerado inconveniente por considerar que era un procedimiento burocrático y generó un sentimiento de rechazo ya que fue visto como otra tarea administrativa impuesta (27). También se ha descrito que es mayor el compromiso de los médicos en las organizaciones en las cuales ellos mismos tienen el control del reporte de incidentes en relación a aquellas en que este manejo está en manos sistemas gerenciales de mejoramiento de calidad ya que los primeros estimulan los sentimientos de colegas y profesionalismo mientras que las últimas inspiran desconfianza acerca del uso de los datos de los incidentes médicos (28). En relación al grupo gerencial se ha relatado que las directivas apoyan la iniciativa, siempre y cuando sus miembros no se vean involucrados en el reporte de eventos, en cuyo caso se genera resistencia (29) y además destacan la importancia de involucrar el personal de mantenimiento en acciones preventivas y correctivas en las instituciones (30).

No haber contado en el grupo focal con médicos puede limitar la credibilidad y generalización de las observaciones acerca de la respuesta y percepción de los médicos en el reporte de EA. El grupo de personas entrevistadas fue pequeño, sin embargo fueron las responsables directas de la recolección de la información, y quienes interactuaron con el personal de la salud de las instituciones participantes. Pudo haber existido un efecto de observación que modificara la actitud corriente de los trabajadores al enfrentar un evento adverso.

En conclusión, se requiere confianza mutua y trabajo conjunto entre los trabajadores de la salud, el personal de apoyo y la gerencia para prevenir futuros EA ♦

Agradecimientos. Expresamos nuestro agradecimiento al Instituto Colombiano de Ciencia y tecnología COLCIENCIAS que financió este proyecto mediante el Grant identificado con el código: 1101-04-18198 y la Universidad Nacional de Colombia División de investigación de la Sede Bogotá DIB Código: 20201007427.

REFERENCIAS

1. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med.* 1991;324:370-6.
2. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ.* 2004; 170:1678-86.
3. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust.* 1995;163:458-71.
4. Ehsani JP, Jackson T, Duckett SJ. The incidence and cost of adverse events in Victorian hospitals 2003-04. *Med J Aust.* 2006 ;184:551-5.
5. Garcia-Martin M, Lardelli-Claret P, Bueno-Cavanillas A, Luna-del-Castillo JD, Espigares-Garcia M, Galvez-Vargas R. Proportion of hospital deaths associated with adverse events. *J Clin Epidemiol.* 1997;50:1319-26.
6. World health Organization. Eight Futures Forum on Governance of Patient Safety. Copenhagen WHO regional Office for Europe: 2005.
7. Organización Panamericana de la Salud. Política y Estrategia Regionales para la Garantía de la Calidad de la Atención Sanitaria, Incluyendo La Seguridad Del Paciente. Washington. OPS : 2007.
8. Rosenthal MB. Nonpayment for performance? Medicare's new reimbursement rule. *N Engl J Med.* 2007;357:1573-5.
9. Rosovsky F Woods J. The handbook of Safety patient Compliance. A Practical Guide for Health care Organizations. San Francisco Jossey Bass a Wiley Imprint: 2005.
10. Jain M, Miller L, Belt D, King D, Berwick DM. Decline in ICU adverse events, nosocomial infections and cost through a quality improvement initiative focusing on teamwork and culture change. *Qual Saf Health Care* 2006;15:235-9.
11. Kivlahan C, Sangster W, Nelson K, Buddenbaum J, Lobenstein K. Developing a comprehensive electronic adverse event reporting system in an academic health center. *Jt Comm J Qual Improv* 2002; 28:583-94.
12. Kleinpell R, Thompson D, Kelso L, Pronovost PJ. Targeting errors in the ICU: use of a national database. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2006; 18:509-14.
13. Odwazny R, Hasler S, Abrams R, McNutt R. Organizational and cultural changes for providing safe patient care. *Qual Manag Health Care* 2005; 14:132-43.
14. Whittington J, Cohen H. OSF healthcare's journey in patient safety. *Qual Manag Health Care* 2004; 13:53-9.
15. Wholey D, Moscovice I, Hietpas T, Holtzman J. The environmental context of patient safety and medical errors. *J Rural Health* 2004;20:304-13.
16. Gaitan H, Eslava-Schmalbach J; Rodriguez N, Forero V, Altahona H , Santofimio D et al. Incidencia y evitabilidad de Eventos adversos en tres instituciones en Colombia 2006 . Revista Salud Publica (Bogotá) 2008;10 (2): 215:226.
17. Ulin P., Robinson E., Tolley E. Qualitative methods in Public Health: A Field guide for Applied Research. Family Health International. SanFrancisco Jossey Bass a Wiley Imprint; 2005.
18. Szklo M Nieto J. Measuring Associations between Exposures and Outcomes Chapter 3. En Szklo M Nieto Epidemiology. Beyond the Basics: Concepts and Applications 2nd Ed Jones and Bartlett; 2005.
19. Biblioteca virtual Miguel de Cervantes. Desarrollo, diversificación y construcción de modelos de evaluación: estrategias reflexivas de afrontamiento desde la investigación social aplicada. Disponible en: http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/90015362545221696849368/011816_4.pdf?marca=cualitativa entornos sociales. Consultada: 2 de marzo de 2008.

20. Yee KC. Conceptualisation of socio-technical integrated information technology solutions to improve incident reporting through Maslow's hierarchy of needs: a qualitative study of junior doctors. *Stud Health Technol Inform.* 2007;130:269-78.
21. Rodríguez H. Los aspectos críticos de la responsabilidad médica y su prevención. *Rev Med Uruguay.* 2001;17: 17-23.
22. Christie B. Adverse events in surgery in Scotland show a steady fall. *BMJ.* 2003; 327:1367.
23. Reason, J. Managing the risks of organizational accidents. (1997). Aldershot: Ashgate. Vermont USA.
24. Vincent C, Stanhope N, Crowley-Murphy M. Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study. *J Eval Clin Pract.* 1999;5:13-21.
25. Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman A, Selim P, O'Shaughnessy J, DeWit M. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Qual Saf Health Care.* 2006;15:39-43.
26. Kingston MJ, Evans SM, Smith BJ, Berry JG. Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis. *Med J Aust.* 2004 ;181:36-9.
27. Waring JJ. Beyond blame: cultural barriers to medical incident reporting. *Soc Sci Med.* 2005;60:1927-35.
28. Waring JJ. A qualitative study of the intra-hospital variations in incident reporting. *Int J Qual Health Care.* 2004 ;16:347-52.
29. Aylin P, Tanna S, Bottle A, Jarman B. How often are adverse events reported in English hospital statistics? *BMJ* 2004;329:369 .
30. 5^a Encuesta Nacional de Satisfacción ISSTE, 2006. México. Disponible en: <http://www.issste.gob.mx/5encuesta/menu.html>. Consultado: 28 de Octubre de 2007.