

Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. Cuidar es pensar

Ethical Dilemmas Facing the Patient's Safety. Care Means Ponder

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo, a través del análisis del evento adverso, resaltar la importancia del acto de cuidado de enfermería en el marco de la prestación ética de los servicios de salud. Para tal fin se revisarán conceptos generales sobre ética, evento adverso y evento adverso en enfermería, para finalizar con unas recomendaciones para la garantía de la seguridad en la atención de los pacientes en un proceso específico de atención en enfermería: la administración de medicamentos.

PALABRAS CLAVE

Bioética, evento adverso, seguridad del paciente, cuidado.

ABSTRACT

This article's purpose, using the adverse event analysis, is to highlight the importance of care nursing activity within rendering an ethical health service framework. Thus, there will be reviewed some general concepts about ethics, as well as the adverse event and the adverse event in nursing, and finally finishing with some recommendations to guarantee the patient's assistance safety in a particular process of nursing assistance: administration of medicines.

KEY WORDS

Bio-Ethics, adverse event, patient's safety, care.

1 Programa de Medicina de la Universidad del Rosario. Carrera 6 No. 14-16, Bogotá, D.C., Colombia. agomez@urosario.edu.co

2 Universidad del Rosario. Carrera 6 No. 14-16, Bogotá, D.C., Colombia. afespin@urosario.edu.co



a enfermería es un arte y si se pretende que sea un arte, requiere una devoción tan exclusiva, una preparación tan dura, como el trabajo de un pintor o un escultor, pero ¿cómo pueden compararse la tela muerta o el frío mármol con el tener que trabajar con el cuerpo vivo, el templo del espíritu de Dios? Es una de las bellas artes, casi diría la más bella de las bellas artes". Florence Nightingale

El ejercicio de la enfermería como disciplina profesional no se circunscribe únicamente al ámbito del cuidado (autocuidado, cuidado del paciente y su familia, la comunidad, las personas del equipo de salud y el medio ambiente), sino que incluye las actividades de investigación, docencia y gestión de los recursos de salud; estas últimas han adquirido recientemente una mayor relevancia en el ejercicio profesional, incluso relegando en algunos casos a un segundo plano el deber ético primario con el sujeto de cuidado, el cual implica un "juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería" (1).

Hace parte de los deberes de la enfermera, expresados en los códigos de ética de enfermería nacionales e internacionales, propender por que el cuidado de la salud en los distintos ámbitos se dé dentro del marco del aseguramiento de la calidad, es decir, que cumpla con las dimensiones de la calidad enunciadas por Avidis Donabedian (2): unos aspectos de índole técnico-científico (como son la oportunidad, seguridad, continuidad, accesibilidad y pertinencia), la adecuada relación interpersonal (expresada en el respeto a los derechos de los pacientes y sus familias y los adecuados procesos de comunicación), y el uso racional de los recursos de salud (1, 3). Vale la pena aclarar que el aseguramiento de la calidad en la prestación de los servicios no es una responsabilidad única de las enfermeras, sino que concierne a la totalidad de actores del sistema (4).

La seguridad de los pacientes es una prioridad de salud pública expresada en las políticas de organizaciones internacionales que velan por la calidad de los servicios de salud como son la Organización Mundial de la Salud (OMS), The Institute of Medicine y The Joint Commission de Estados Unidos, entre otros. Por esta razón, el tema del evento adverso es una de las temáticas de la línea de investigación de bioética y derecho médico y sanitario, del Grupo de Investigación en Educación de la Facultad de Medicina del Rosario, reconocido por Colciencias como categoría B.

El aseguramiento de la calidad en la prestación de los servicios no es una responsabilidad única de las enfermeras, sino que concierne a la totalidad de actores del sistema.

Bioética: marco conceptual

Rensselaer van Potter (médico oncólogo), en su libro *Bioethics Bridges to the future* (1971), define la bioética como el puente entre dos culturas: la de las ciencias y la de las humanidades, que permite combinar el conocimiento científico centrado en lo biológico y el humanístico orientado al entendimiento de valores humanos; es el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud, a la luz de principios y valores morales. La bioética surge asociada al desarrollo de las ciencias biomédicas y su interacción con la vida, la aparición de sociedades plurales y secularizadas

que hacen más compleja la toma de decisiones en la relación enfermera-sujeto de cuidado, los servicios de salud cada vez más tecnificados, costosos y deshumanizados, entre otras razones.

Fernando Savater define la ética “como una propuesta de reflexión sobre la propia libertad que consiste en buscar lo mejor y ayudar a cumplir el ideal del hombre”. En un dilema ético la materia de decisión es de carácter moral, es decir, cómo garantizar el respeto a los principios fundamentales de beneficencia (hacer el bien y balancear riesgos y beneficios), no maleficencia (no hacer daño y proteger de éste), autonomía (respecto a la autodeterminación) y justicia (equidad en el acceso y uso de recursos) para lograr que las consecuencias de nuestros actos generen el mayor bienestar a la mayoría de las personas involucradas. Rushworth Kidder aclara que un dilema ético no consiste en tener que hacer una elección entre lo correcto y lo incorrecto, sino en elegir entre dos cosas que son correctas, pero desde perspectivas distintas. Una enfermera(o) debe estar entonces en capacidad de prevenir problemas o reconocer rápidamente los dilemas éticos, analizar y argumentar, y encontrar las posibles soluciones a éstos (5, 6, 7).

El deber de cuidado se valora a la luz de lo que una enfermera razonable y prudentemente podría hacer en circunstancias similares. En este contexto, los problemas de seguridad en la atención de los pacientes se deben valorar a la luz de “las circunstancias de tiempo, modo y lugar que rodearon los hechos, y las precauciones que frente al mismo hubiera aplicado un profesional prudente y diligente” (1).

Seguridad del sujeto de atención y evento adverso: marco conceptual

Definiciones

Las definiciones que se exponen a continuación pertenecen al documento del Institute of Medicine, *To Err is Human: Building a Safer Health System* (8).

Por seguridad del paciente se entiende “el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científicamente probada, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”. La seguridad hace parte de la caracterización de calidad de un servicio de salud con la oportunidad, la accesibilidad, la pertinencia y la continuidad.

El evento adverso es una lesión resultante de la intervención de los servicios de salud que produce una discapacidad que puede ser medida, podría decirse que es el daño del paciente ocasionado por el contacto de éste con un sistema de salud.

Existen múltiples formas de clasificar el evento adverso, una de las más útiles respecto a la definición de la responsabilidad ética, penal, civil y administrativa, es aquella que lo divide en evento adverso prevenible y no prevenible. El evento adverso no prevenible es la complicación que no puede ser prevenida dado el estado actual del conocimiento; el evento adverso prevenible es el mal resultado de la atención que puede ser prevenido con el estado del conocimiento.

La seguridad hace parte de la caracterización de calidad de un servicio de salud con la oportunidad, la accesibilidad, la pertinencia y la continuidad.

El número de errores potencialmente prevenibles cada año variaba entre 44.000 y 98.000 muertes, superando incluso los fallecimientos por accidentes de vehículos automotores, cáncer mamario y SIDA.

Se emplean otras denominaciones, como accidente (evento que implica daño a un sistema definido e interrumpe el proceso o los resultados futuros del sistema), complicación (evento adverso relacionado con el procedimiento de carácter inevitable), errores latentes (errores en el diseño, la organización, el entrenamiento y mantenimiento que llevan al operador a problemas cuyos efectos permanecen dormidos en el sistema por largos periodos de tiempo) e incidente (situación que podría haber generado un mal resultado que no se produjo por azar o por una intervención oportuna).

El acierto es “el acto de salud que integra los elementos técnico, científico, ético, humanístico y normativo a favor del paciente. Este concepto es independiente de los resultados, en razón de la inexactitud del acto humano y de la variabilidad de respuesta y circunstancias de un paciente a otro”.

La gestión del riesgo es “el análisis de los procesos de atención, de su estructura y resultados que permite la prevención de los eventos inesperados o el manejo oportuno de sus consecuencias para el paciente, el profesional de la salud, la instituciones prestadoras de salud y el sistema”.

Recientemente se ha propuesto una taxonomía para los errores de enfermería que los clasifica así: falta de la atención a las condiciones clínicas y reacción a los tratamientos instaurados, pérdida del rol de representante del mejor interés del paciente, inapropiado criterio clínico, errores de tratamiento, falta de la intervención sobre la evolución clínica del paciente, falta de la prevención en el cuidado, equivocación en la ejecución de la prescripción médica y errores en la documentación.

Aspectos epidemiológicos

En el reporte “Errar es humano: construyendo un sistema de salud más seguro” (To err is human: Building a safer health system) (8) producido por The Institute of Medicine en 1999, se evidenciaba la carga sobre la mortalidad general de los errores del sistema de salud en Estados Unidos, siendo éstos la tercera causa de muerte, después de la enfermedad cardíaca y el cáncer. El número de errores potencialmente prevenibles cada año variaba entre 44.000 y 98.000 muertes, superando incluso los fallecimientos por accidentes de vehículos automotores, cáncer mamario y SIDA.

Cerca de 70% de los eventos adversos son prevenibles. Los errores pueden evitarse si se diseñan sistemas que hagan que sea difícil equivocarse y fácil hacer las cosas bien (7).

El evento adverso no sólo tiene impacto en el paciente y su familia por las lesiones físicas o el daño psicológico que produce, sino también en los profesionales de la salud responsables de estas situaciones (estrés postraumático, depresión, inicio de ejercicio profesional a la defensiva, costos en el patrimonio y en el buen nombre), en el sistema de salud por los costos que representan la atención de los eventos adversos (entre 17 y 29 billones de dólares al año), y en la sociedad por la pérdida en la credibilidad en la calidad de los servicios cuando estas situaciones emergen al público general (9, 10, 11, 12, 13).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2002, expide una resolución para mejorar la seguridad de los pacientes, que se concreta en el 2004 con el esta-

blecimiento de la Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes, como una de las prioridades de salud pública. Define 21 indicadores para vigilar y evaluar el desempeño de los sistemas de salud en materia de seguridad del paciente, los cuales son (14):

- **Infecciones nosocomiales:** neumonías por uso de respirador, herida quirúrgica infectada, infecciones atribuibles a la atención médica y úlceras de decúbito.
- **Eventos centinelas:** reacciones por transfusión, transfusión de tipo de sangre equivocado, equivocación en sitio quirúrgico (15), cuerpos extraños dejados en el paciente durante los procedimientos quirúrgicos, eventos adversos relacionados con el equipo médico y errores de medicación.
- **Complicaciones quirúrgicas y posquirúrgicas:** complicaciones por la anestesia, fractura de cadera posterior a una cirugía, embolia pulmonar posquirúrgica o trombosis venosa profunda, sepsis posquirúrgica y dificultades técnicas con los procedimientos quirúrgicos.
- **Complicaciones obstétricas:** lesiones o traumatismo al momento del nacimiento en neonatos, trauma obstétrico en partos vaginales, trauma obstétrico en partos por cesárea y mortalidad materna.
- **Otros eventos adversos:** caídas de los pacientes y fracturas de cadera.

De otra parte, la reglamentación colombiana hace énfasis en la necesidad de garantizar la seguridad del paciente y hacer

seguimiento y reporte a los eventos adversos en los ámbitos hospitalarios, de urgencias, quirúrgicos y de atención ginecoobstétrica, con obligatoriedad en la monitorización de resultados negativos de la atención como son: complicaciones, infección, muerte, comorbilidad y reacciones adversas a sangre y medicamentos.

Algunos de los eventos adversos mencionados como indicadores de resultado de la calidad de la atención se relacionan directamente con el cuidado de enfermería, como es el caso de la infección nosocomial, las reacciones a la administración de medicamentos, sangre y hemoderivados, la caída de los pacientes y las úlceras de decúbito, aunque cada evento adverso deberá ser siempre evaluado en un contexto de tiempo, modo y lugar.

Génesis del evento adverso

Cada actividad del proceso de atención tiene un riesgo intrínseco que depende de problemas en las prácticas, los productos, procedimientos y sistemas; el evento adverso se debe a una serie de sucesos que ocurren sin que exista un único responsable, resultado de la interacción de las personas, la tecnología y los procesos. Se puede presentar en las fases de prevención, diagnóstico, tratamiento, y asociado con problemas de comunicación, equipos y sistemas, entre otros. Como la atención en salud es un acto realizado por personas para personas, existe la posibilidad de que se cometan errores; por esta razón, las instituciones que proveen servicios deben contar con defensas o barreras que prevengan la ocurrencia de daño o que, en el caso de presentarse, mitiguen adecuadamente sus consecuencias.

Cada actividad del proceso de atención tiene un riesgo intrínseco que depende de problemas en las prácticas, los productos, procedimientos y sistemas; el evento adverso se debe a una serie de sucesos que ocurren sin que exista un único responsable, resultado de la interacción de las personas, la tecnología y los procesos.

Las barreras defensivas idealmente deberían permanecer intactas de manera continua, pero en la realidad, éstas están en continuo movimiento, y cuando estos orificios en las defensas momentáneamente se alinean en una misma trayectoria se puede presentar el evento adverso (teoría del Queso Suizo). Las fallas en las defensas de la seguridad del paciente pueden ser activas o latentes. Son barreras defensivas: las barreras tecnológicas (alarmas, medios físicos, apagadores automáticos), las conformadas por los proveedores (enfermeras, médicos) y los controles administrativos (auditoría en salud, uso de protocolos). Se debe resaltar que el cuidado de enfermería es la primera barrera de seguridad de los pacientes, se consideran los centinelas primarios del cuidado del paciente.

Los eventos adversos se relacionan con factores directos e indirectos. Son factores directos los problemas en la comunicación con el paciente y el equipo de salud, la falta de formación y destreza de los profesionales, el exceso de confianza, la inadecuada delegación de responsabilidades, la fatiga del recurso humano y la ausencia de seguimiento, entre otros. Son factores indirectos el tipo de sistema de salud, la sobredemanda, la falta de recursos y la estandarización en los procesos de atención (16, 17).

La atención de los pacientes depende de equipos multidisciplinarios, en los cuales la comunicación pierde su continuidad y se fragmenta, en este sentido la enfermera juega un papel fundamental debido a que la posición que ocupa le permite obtener y compartir información con el paciente y los distintos profesionales de la salud. El evento adverso puede originarse en la información que no está debidamente actualizada (por

ejemplo, signos vitales en una condición aguda), se pierde por falta de registro, y no es debidamente priorizada para ser compartida con otros miembros del equipo de cuidado (signos de alarma en determinadas patologías). Los elementos asociados a problemas en la comunicación que generan error son: la falta de cohesión y liderazgo en el equipo de enfermería, una alta proporción de recurso humano temporal, y debilidades en los procesos de orientación de este tipo de recurso (18).

Son causas de los errores asociados con el cuidado de enfermería (19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26):

- Sobrecarga de pacientes bajo la responsabilidad de una enfermera (que limitan el alcance y la calidad del trabajo, dilatando la realización de procesos terapéuticos, causando problemas en la identificación de los pacientes, monitorización en los cambios del estado de salud, detección oportuna de complicaciones y registro de éstos), en Estados Unidos se han planteado estándares como el de contar con una enfermera titulada por cada 32 pacientes y una auxiliar de enfermería para cada 8-5 pacientes, se debe mencionar que este tipo de estándares desaparecieron de la reglamentación colombiana.
- Fatiga laboral: en Estados Unidos la relación de sobrecarga laboral semanal y evento adverso se ha documentando, por lo cual algunos han propugnado por limitar el trabajo de cada enfermera a no más de 12 horas al día y 60 horas a la semana, aunque algunos estudios reportan que el límite se debe fijar en 40 horas a la semana.

Se debe resaltar que el cuidado de enfermería es la primera barrera de seguridad de los pacientes, se consideran los centinelas primarios del cuidado del paciente.

- Inadecuada orientación y entrenamiento, ausencia de monitoreo de la capacidad de atención.
- La complejidad del trabajo en equipo.
- El fracaso en crear una cultura organizacional que fomente la responsabilidad compartida y la comunicación abierta entre las personas de distintas disciplinas.
- El miedo al castigo.
- La falta de análisis sistemático de los errores.

Vale la pena mencionar que la intervención sobre este tipo de factores requiere de la concurrencia de distintas instancias como son los responsables en el diseño de políticas y reglamentación del sector, administradores y otros profesionales de la salud.

En los últimos años, debido al impacto de la medicina gestionada, el trabajo de las enfermeras ha sufrido sustanciales modificaciones; algunos estudios demuestran que el tiempo disponible para el cuidado directo del paciente ha disminuido y han aumentado las cargas asistenciales (27, 28). Vale la pena anotar que la Ley 911 de 2004, en el artículo 7 del capítulo II del título II, menciona:

El profesional de enfermería solamente podrá responder por el cuidado directo de enfermería o por la administración del cuidado de enfermería, cuando la relación del número de personas asignadas para que sean cuidadas por el profesional de enfermería, con la participación de personal auxiliar, tenga en cuenta la complejidad de la situación de salud de las personas, y sea

tal, que disminuya posibles riesgos, permita cumplir con los estándares de calidad y la oportunidad del cuidado.

Es un deber ético de las enfermeras alertar a las instancias pertinentes acerca de las situaciones de estructura, proceso o resultado que vulneren la seguridad de los pacientes, no sólo por su deber de cuidado con éstos y sus familias, sino por las responsabilidades éticas y legales que se generan del ejercicio profesional en el caso del evento adverso prevenible. Esto incluye ser reflexivo y responsable frente al tipo de procedimientos que se realizan o se delegan acordes con la experticia o nivel de formación, así como estar pendiente de los signos de alarma para su reporte inmediato (29, 30). La Ley 911 de 2004, en el parágrafo al artículo 9, del capítulo I del título III, permite la objeción de conciencia “en los casos en que la ley o las normas de las instituciones permiten procedimientos que vulneren el respeto a la vida, la dignidad y derechos de los seres humanos”.

Los procedimientos de enfermería frecuentemente involucran el uso de equipos, como bombas de infusión, ventiladores y monitores, los errores en el cuidado se pueden dar por la falla en el uso de estos equipos o por no oír de forma oportuna las alarmas. El deber de cuidado incluye entonces inspeccionar su estado y mantenimiento previo a su empleo, seguir las instrucciones de uso y solamente con los propósitos previstos, notificar los daños, recibir entrenamiento en el uso instrumentos de mayor complejidad y responder de forma oportuna a las alarmas de monitoreo (31, 32).

Los servicios donde más frecuentemente se presenta el evento adverso son las áreas hospitalarias de mayor tecnolo-

Los procedimientos de enfermería frecuentemente involucran el uso de equipos, como bombas de infusión, ventiladores y monitores, los errores en el cuidado se pueden dar por la falla en el uso de estos equipos o por no oír de forma oportuna las alarmas.

El evento adverso en la administración de medicamentos es definido como “cualquier evento previsible que puede ser causado por el uso inconveniente o la falta de una medicación y que puede causar perjuicio al paciente, mientras que la medicación está bajo el control de los profesionales de la salud, el paciente o el consumidor”.

gía, como son: cirugía vascular, cardíaca o neurocirugía, unidades de cuidado intensivo, salas de cirugía y servicios de urgencia. Las personas más frecuentemente involucradas son: los mayores de 65 años, con patologías como infarto de miocardio, accidentes cerebrovasculares, paro cardiorrespiratorio, y los niños.

Evento adverso en enfermería

Los eventos adversos más frecuentemente relacionados con el cuidado de enfermería son: errores transfusionales, eventos adversos asociados a medicamentos, suicidio prevenible, infecciones nosocomiales, caídas, quemaduras, úlceras de presión, errores en identificación e inadecuada interpretación de signos y síntomas (33). A continuación se describirán, a manera de caso, algunas recomendaciones que permitan ejemplificar la gestión del riesgo de un evento adverso: el relacionado con la administración de medicamentos.

Evento adverso asociado a la administración de medicamentos

Caso

Un niño de dos años de edad muere después de recibir una sobredosis mortal de un sedante administrado por una enfermera responsable de un servicio de pediatría con sobrecarga de pacientes, quien interpretó de manera equivocada la prescripción médica registrada en historia clínica y la cual tenía problemas de legibilidad.

El evento adverso en la administración de medicamentos es definido como “cualquier evento previsible que puede ser causado por el uso inconveniente o la falta de una medicación y que puede causar perjuicio al paciente, mientras que la medicación está bajo el control de los profesionales de la salud, el paciente o el consumidor”. Existen distintas series de estudios respecto a la relevancia epidemiológica de este tipo de evento, aunque en el proceso de atención de enfermería sin lugar a dudas representa uno de los principales riesgos en la atención del paciente (4).

El error se puede presentar en las fases de prescripción, transcripción, administración y monitoreo; la mayor frecuencia de presentación se asocia a la administración de medicamentos equivocados o de inadecuadas dosis (que se conoce como la “muerte por decimal”), vías, preparaciones, periodicidad e interacciones medicamentosas. Las lesiones asociadas a la administración de medicamentos son diversas como: daño del sistema nervioso central, reacciones de hipersensibilidad, amputación de miembros, disminución de la agudeza visual y auditiva, aumento de dolor y hasta la muerte (34).

Son factores asociados a la presentación de eventos adversos en la administración de medicamentos las fallas en el cumplimiento de políticas y procedimientos, en el sistema de distribución y preparación de los medicamentos, en la comunicación (oral o escrita) y en el conocimiento.

Pensar es cuidar, es así como la administración de medicamentos debe ser un acto reflexivo, en donde a pesar de existir una prescripción médica, ésta debe estar

sujeta al análisis por parte de la enfermera que permita advertir dosis, vías, frecuencia o interacciones que coloquen en peligro la integridad del paciente. Estos procesos de interacción entre miembros del equipo de cuidado deben estar soportados en adecuados procesos de comunicación que permitan proteger al paciente a pesar de los llamados “gradientes de autoridad”, soportados en el respeto independiente del nivel jerárquico.

En la Ley 911 de 2004 se precisa al respecto en el artículo 22: “Cuando el profesional de enfermería considere que como consecuencia de una prescripción se puede llegar a causar daño, someter a riesgos o tratamientos injustificados al sujeto de cuidado, contactará a quien emitió la prescripción, a fin de discutir las dudas y los fundamentos de su preocupación. Si el profesional tratante mantiene su posición invariable, el profesional de enfermería actuará de acuerdo con su criterio: bien sea de conformidad con el profesional o haciendo uso de la objeción de conciencia, dejando siempre constancia escrita de su actuación (1).

De otra parte, en los servicios hospitalarios persisten, aunque de manera cada vez menos frecuente, las prescripciones verbales por parte de los médicos, sin el soporte de éstas en la historia clínica, siendo una fuente importante de error en la administración de los medicamentos; la ejecución de toda prescripción médica debe estar precedida de la anotación de ésta en los registros del paciente, de forma legible, correcta y actualizada, exceptuando los casos de emergencia (1, 35, 36).

A pesar de que siguen vigentes los cinco principios que rigen la administración de medicamentos: el paciente correcto, el

medicamento y la dosis correcta, la vía correcta, el tiempo correcto y el registro correcto, a continuación se enumerarán otras recomendaciones para prevenir la aparición de este tipo de evento adverso y que podrían hacer parte de la gestión del riesgo de este proceso (37).

- Evite distracciones durante el proceso de preparación y administración de medicamentos.
- Evite la sobrecarga de información con el recurso humano a su cargo, utilice listados de verificación en la administración de medicamentos, no confíe en la memoria.
- Use registros preimpresos de fácil legibilidad.
- Cuando se coloquen medicamentos por catéteres de doble vía, se debe: administrar uno a la vez, para no confundir las vías, hacer seguimiento gota a gota para verificar que efectivamente el medicamento está en la vía correcta, si se trata de un medicamento de alto riesgo (opiáceos, inotrópicos, anticoagulantes, heparina) buscar el apoyo de otra enfermera para realizar un doble chequeo del tipo, vía y dosis (se corrigen los errores en un 95% de los casos) e identificar cada canal de manera distinta (38).
- Evite el uso de jeringas parenterales sin aguja para la administración de medicamentos orales.
- Evite almacenar de manera cercana medicamentos con presentaciones o cualidades físicas similares, que propicien la confusión al momento del envase para su administración (39).

Pensar es cuidar, es así como la administración de medicamentos debe ser un acto reflexivo, en donde a pesar de existir una prescripción médica, ésta debe estar sujeta al análisis por parte de la enfermera que permita advertir dosis, vías, frecuencia o interacciones que coloquen en peligro la integridad del paciente.

- Evite “prestar medicamentos de un paciente a otro” por fuera del control de farmacia.
- Antes de administrar un tratamiento verifique la identidad del paciente en el brazalete de identificación y por el nombre (cuando sea posible), y cerciórese de las alergias del paciente y de los medicamentos que está recibiendo.
- La tecnología no sustituye “el ojo atento de una enfermera bien entrenada”.
- Evite el uso de abreviaturas o siglas en los registros del paciente.
- Evite retirar la dosis del embalaje original antes de estar frente al paciente para evitar confusiones.
- Registre la administración del medicamento inmediatamente después de colocado, nunca antes.
- Por más que usted sea experta, realice los procedimientos con la atención propia del principiante.

Deberes éticos de la enfermera frente a la seguridad del paciente

Una vez se produce el evento adverso, respecto a los procesos de comunicación se presentan tres tipos de conductas: ocultar la información, manejar la información con grupos de pares o revelarla de manera responsable al paciente, su familia y al Estado (40).

Frecuentemente, la conducta que se toma es la de no informar al paciente u otras instancias de calidad sobre la ocurrencia

de eventos adversos, debido al temor de ser reprendido o incluso ser despedido, a dañar la historia laboral, a perder el respeto de los pares o porque consideran que son de carácter menor y no merecen ser reportados (41). Esta manera de proceder vulnera los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad (expresados en el capítulo I artículo 2 de la Ley 911 de 2004), daña la confianza en la relación profesional de la salud-sujeto de cuidado, y sugiere que los intereses del primero priman sobre los del segundo; de otra parte generan desconfianza, se asocian a un mayor índice de demandas y se podría considerar como un antecedente grave en el establecimiento de responsabilidad legal, ética o administrativa.

El revelar la información en el ámbito de comités de calidad (de infecciones, mortalidad, medicamentos), propicia el mejoramiento de los servicios de salud pero vulnera la autonomía del paciente.

La tercera conducta, en la cual se revela al paciente la información sobre el evento adverso, respeta los principios éticos antes enunciados así como el principio específico de la práctica de enfermería denominado dialogicidad, el cual busca asegurar “una comunicación efectiva, respetuosa basada en relaciones interpersonales simétricas conducentes al diálogo participativo” (1), y es la aconsejada por las distintas instancias internacionales que trabajan por la seguridad de los pacientes. Se debe señalar que no existe relación entre la competencia profesional y la presentación de un evento adverso, a no ser que se trate de una conducta negligente. Lamentablemente, la mayoría de los hospitales no cuentan con políticas que orienten en la forma como se debe revelar esta información, la cual de manera ideal debería incluir (42, 43):

El revelar la información en el ámbito de comités de calidad (de infecciones, mortalidad, medicamentos), propicia el mejoramiento de los servicios de salud pero vulnera la autonomía del paciente.

- Quién debe ser responsable de hablar con el paciente, su familia o representante legal.
- Qué información se debe entregar.
- Qué otras instancias deben ser informadas de la ocurrencia del error.
- Cómo se debe documentar el evento. Los profesionales de la salud en general, y dentro de ellos las enfermeras, tienen los siguientes deberes éticos con el paciente y la sociedad respecto a la seguridad en el cuidado de la salud:
- No exponer al paciente o minimizar los riesgos previsibles, con la provisión de cuidado a los mismos, que incluye la garantía de calidad de los servicios en los aspectos de estructura, proceso y seguimiento a los resultados negativos de la atención (complicaciones, infección, comorbilidad, reacciones adversas, incapacidad, o inhabilidad permanente o temporal, parcial o total o incluso la muerte).
- Una vez se produce el evento adverso mitigar las consecuencias de éste.
- Reportar los eventos adversos a las instancias pertinentes para iniciar procesos de mejoramiento.
- Informar al paciente de la ocurrencia de los eventos adversos.
- Garantizar los ciclos de mejoramiento que impidan la repetición de eventos adversos.
- Realizar búsqueda activa de los errores latentes.
- Favorecer culturas organizacionales que garanticen la seguridad del paciente y la gestión del riesgo en cada puesto de trabajo. Esto incluye que las organizaciones de salud entiendan que la ocurrencia de los eventos adversos es factible, y que parte del deber ético de todos los miembros de éstas, consiste en su reporte al paciente o su representante legal, así como a las instancias de gestión de la calidad de los servicios, sin que esto signifique el castigo o represalias al prestador(es) responsable de éste. Respecto a esto el profesional de enfermería se debe abstener de censurar o descalificar las actuaciones de sus colegas o profesionales de la salud en presencia de terceros (1, 44, 45).
- Cuidar es pensar; cuando se diseña un plan de cuidado de enfermería se debe evaluar el riesgo específico del paciente en razón de su edad, sexo, patologías, antecedentes, así como el riesgo inherente al ámbito y los procesos de atención en el que éste se encuentra, para garantizar las barreras de seguridad que requiera. Implica decidir cuáles actividades de cuidado son delegables y cuáles no.

En el 2004, en un artículo del *American Journal of Nursing* en donde se estudió durante tres años la cultura organizacional, las actitudes y la asignación de la responsabilidad en hospitales respecto a la seguridad del paciente, se evidenció que la mayoría de los errores caían dentro de la esfera de la práctica de enfermería, y que los médicos, los administradores y las enfermeras veían, en gran parte, la seguridad del paciente como una responsabilidad de enfermería; solamente el 22%

Se debe señalar que no existe relación entre la competencia profesional y la presentación de un evento adverso, a no ser que se trate de una conducta negligente.

de los encuestados creyeron que médicos, enfermeras, farmacéuticos y administradores compartían esta responsabilidad de manera equitativa, paradójicamente no se identificaba a las enfermeras como parte del equipo de toma de decisiones para prevenir el error (46).

Recomendaciones

Una vez se presenta el evento adverso se debe pensar y actuar orientados por la premisa de que el paciente está primero, instaurar las medidas que minimicen el daño, registrar en la historia clínica los hechos, informar inmediatamente al paciente (idealmente en presencia de testigos) y a las autoridades competentes, y revisar el estado del arte del problema en cuestión (47).

Los profesionales de la salud deben trabajar en el diseño de sistemas que reduzcan o eliminen los errores y que garanticen la mayor seguridad de los pacientes. A continuación se mencionan algunas estrategias en este sentido (48).

- Proveer a las enfermeras durante su formación, y en la vida laboral, de información sobre la seguridad del paciente, así como el análisis de casos sobre evento adverso con los pacientes (aprender del error de otros) (49).
- Participar en los espacios que propicien la reflexión ética sobre las situaciones cotidianas de la práctica y los problemas que inciden en las relaciones (1).
- Generar culturas organizacionales que permitan revelar el error y trabajar en procesos de mejoramiento continuo de

la calidad en un ambiente que propicie la crítica constructiva a favor del paciente.

- Crear mecanismos para analizar y aprender de los errores.
- Desarrollar planes estratégicos en las instituciones prestadoras de servicios de salud que estén alineados con los objetivos de garantía de la seguridad de los pacientes, los cuales deben estar desarrollados y acordados por todos los niveles de la organización y favorecer el trabajo sinérgico.
- Garantizar los recursos en calidad y cantidad para la atención, así como mejorar los ambientes de trabajo de las enfermeras (50).
- Rediseñar y comunicar los procesos de atención que aseguren desde el primer momento que se hace lo correcto de manera correcta.
- Reducir el número de personas responsables de los procesos y procedimientos, así como la necesidad de cálculo y la dependencia de la memoria o la vigilancia.
- Proveer el entrenamiento intensivo en las operaciones de rutina (incluye procesos de educación continua a lo largo de la vida).
- Desarrollar sistemas de información que permitan el seguimiento de los resultados de la atención.

Para finalizar, citando a Max Thorek, aunque es humano errar, es inhumano no tratar, en lo posible, de prever las fallas evitables y los peligros a aquellos que confían sus vidas en nuestras manos.

Los profesionales de la salud deben trabajar en el diseño de sistemas que reduzcan o eliminen los errores y que garanticen la mayor seguridad de los pacientes.

REFERENCIAS

1. Tribunal Nacional Ético de enfermería. Ley 911 de 2004.
2. Donabedian A. La calidad de la atención médica. México DF: Prensa Médica Mexicana; 1984: 95-151.
3. Congreso de Colombia. Ley 266, Diario Oficial número 42710 del 5 de febrero de 1996.
4. Four elements of a successful quality program: Alignment, collaboration, evidence-based practice, and excellence <http://proquest.umi.com/pqdweb?RQT=318&pmid=36020&TS=1154532273&clientId=65930&VType=PQD&VName=PQD&VInst=PROD> <http://proquest.umi.com/pqdweb?RQT=572&VType=PQD&VName=PQD&VInst=PROD&pmid=36020&pcid=7225931&SrchMode=3> Tomo27, N° 4; p. 336
5. Fraile CG. Ciencia, ética y enfermería. Science, ethics and nursing *cienc. Enferm.* 2002; 8 (1).
6. Suárez M y cols. La bioética en el desempeño de la enfermera. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 1999; 7(1-4): 46-48.
7. Moraima WD, Leiva D, Bujardón A, Bandera T, Vera JE. Bioética. Una mirada hacia la enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*. ISSN 0864-0319 versión impresa.
8. Institute of Medicine, To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
9. Goekner B, Gladu M, Bradley J, Garmon SCb, Hicks RW. Differences in Perioperative Medication Errors With Regard to Organization Characteristics *Association of Operating Room Nurses. AORN Journal* 2006; 83(2): 351.
10. Wu AW. Medical error: the second victim. *West J Med* 2000; 172(6): 358-9.
11. Christensen JF, Levinson W, Dunn PM. The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians. *J Gen Intern Med* 1992; 7(4): 424-31.
12. Shapiro D. Beyond the Blame: A No-Fault Approach to Malpractice, *New York Times*, 23 September 2003.
13. <http://www.who.int/patientsafety/>
14. Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente. Informe de la Secretaría. Consejo Ejecutivo 109ª reunión, 5 de diciembre de 2001. EB109-9; Ginebra.
15. Beyea SC. Ensuring correct site surgery *Association of Operating Room Nurses. AORN Journal* 2006; 76(5): 880.
16. Anonymous. One-Third of Hospital Nurses Made an Error Or Near Error Over a 1-Month Period *Nursing Economics. Pitman* 2005; 23(5): 274.
17. Sentinel events statistics, June 30, 2005, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, <http://www.jca.org/accredited+organizations/ambulatory+care/sentinel+events/mot+causes+of+sentinel+event.htm> [accessed 21 Nov. 2005].
18. Anthony MK, Preuss G. Models of care: The influence of nurse communication on patient safety *Nursing Economics. Pitman* 2005; 20(5): 209.
19. Clarke SP. Patient safety series: Balancing staffing and safety. *Nursing Management* 2003; 34(6): 44.
20. Anonymous. Nurses say understaffing causes deaths. *Australian Nursing Journal* 2003; 11(2): 19.
21. Kalisch BJ, Aebersold M. Overcoming Barriers to Patient Safety *Nursing Economics. Pitman* 2006; 24(3):143.
22. Anonymous. Poor communication key to clinical errors. *Australian Nursing Journal* 2002; 10(1): 18.
23. Oransky I. Shorter hours for nurses may help reduce errors. *Lancet* 2003; 362(9396): 1635.
24. Hughes RG, Clancy CM. Working Conditions That Support Patient Safety. *Journal of Nursing Care Quality* 2005; 20(4): 289.
25. Anonymous. Nursing. Study links long hours with clinical errors. *Horsham* 2004; 34(9): 33.
26. Rogers AE, Hwang W-T, Scott LD, Aiken LH, Dinges DF. The Working Hours of Hospital Staff Nurses And Patient. *Safety Health Affairs* 2004; 23(4): 202.
27. Huston CJ. Quality health care in an era of limited resources: Challenges and opportunities. *Journal of Nursing Care Quality* 2003; 18(4): 295.
28. Williams M. Rebuilding a Professional Practice Model *Nursing. Administration Quarterly* 2003; 27(2): 95.

29. Blair PD. Continuous assessment and regular communication foster patient safety. *Nursing Management* 2003; 34(8): 22.
30. Needleman J et al. Nurse-staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals. *New England Journal of Medicine* 2002;346(22): 1715-1722.
31. Sheehan JP. Defeating malpractice risk, part 1. *Nursing Management* 2000; 31(4): 12.
32. Rodríguez N, Herrera J. Iatrogenia relacionada con el acto de enfermería: diagnóstico en las unidades de cuidado intensivo de adultos. *Enfermera. Actual. Enferm.* 2003; 7(1): 8-14.
33. Simpson P. Misinterpreting the signs *Nursing*. Horsham 2004; 34 (1): 65.
34. Bates DW, Cullen DJ, Laird N. Incidents of adverse drugs events and potential adverse drug events: implications for prevention. *JAMA* 1995; 274: 29-34.
35. Cohen MR. 15 or 50? *Nursing*. Horsham 2004; 34(8): 14.
36. Simpson P. Who's giving orders here? *Nursing* 2001; 31(12): 18.
37. Pape TM, Guerra DM, Muzquiz M, Bryant JB et al. Innovative Approaches to Reducing Nurses' Distractions During Medication Administration. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 2005; 36(3): 108.
38. Cohens MR. Doubling the risk. *Nursing* 2003; 33(7): 14.
39. Curran CR. First, do no harm. *Nursing Economics* 2002; 20(1): 5.
40. Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *JAMA* 2003; 289(8): 1001-7.
41. Anonymous. How nurses perceive mistakes *Nursing* 2004; 34(11): 34.
42. Cohen H, Robinson ES, Mandrack M. Getting to the root of medication errors: Survey results *Nursing* 2003; 33(9): 36.
43. Liebman CB, Stern C. Mediation skills model to manage disclosure of errors and adverse events to patients. *Health Affairs*. 23(4): 22.
44. Hebert PC, Levin AV, Robertson G. Bioethics for clinicians: 23. Disclosure of medical error. *CMAJ*. 2001; 164(4): 509-13.
45. Lawton R, Parker D. Barriers to incident reporting in a health care system. *Qual Saf Health Care* 2002; 11: 15-8.
46. Ramsey G. Nurses, Medical Errors, and the Culture of Blame. *The Hastings Center Report* 2005; 35(2): 20.
47. Guzmán F, Franco E. Derecho médico colombiano. Responsabilidad civil médica, Volumen 1
48. Beyea SC. Creating a just safety culture *Association of Operating Room Nurses*. *AORN Journal* 2004; 79(2): 412.
49. Beyea SC, Killen A, Knox GE. Learning from stories-A pathway to patient safety *Association of Operating Room Nurses*. *AORN Journal* 2004; 79(1): 224.
50. Beyea SC. Patient safety first: A critical partnership-Safety for nurses and patients *Association of Operating Room Nurses*. *AORN Journal* 2004; 79(6): 1.299.