

**ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA “CASA DE
SALUD VALDECILLA”**

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA



Trabajo Fin de Grado
**SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS CUIDADOS
DE ENFERMERÍA**
(NURSING CARE IN PATIENT SAFETY)

Para acceder al título de:
GRADUADO EN ENFERMERÍA

Autor: Lucía Solar Ruiz

Director: Silvia González Gómez

05-2014

ÍNDICE.

	<u>Página</u>
• Resumen	3
• Introducción	4
• Objetivos	10
• Material y método	11
• Capítulo 1. Eventos adversos en los cuidados de enfermería	13
- Eventos adversos (EA) más frecuentes	13
- Causas de la producción de EA	15
- Medidas de prevención de EA	18
• Capítulo 2. Síndrome de Burnout	20
- Definición y características	20
- Influencia de los turnos de trabajo y otras variables	21
• Capítulo 3. Estrategias de mejora en la seguridad (paciente)	28
• Conclusiones	32
• Bibliografía	33

RESUMEN.

La seguridad del paciente es una dimensión de calidad de la atención sanitaria, en concreto la atención de enfermería, sobre la que hay que incidir. Ésta falta de seguridad acarrea problemas fisiológicos, psicológicos e interpersonales en el profesional de enfermería, cometiendo así eventos adversos en el paciente.

Objetivo: Analizar cómo influyen los turnos de trabajo (concretamente el de noche) y la antigüedad del personal de enfermería en el servicio o en profesión en la aparición del Síndrome de Burnout.

Método: Han sido analizadas bases de datos (Google Académico y Pubmed), con descriptores específicos y según criterios de inclusión, se ha obtenido la bibliografía.

Resultados: Se seleccionaron 53 artículos; 31 corresponden a artículos de seguridad clínica, 14 al Síndrome de Burnout y 8 a errores de medicación; en los que parece existir una relación entre la influencia de turnos de trabajo y antigüedad del personal de enfermería en la aparición del Síndrome de “quemado”.

Conclusiones: La identificación de los factores de riesgo fisiológico y psicosocial a los que están expuestas las enfermeras, nos permite adoptar medidas preventivas, útiles para mejorar la salud y calidad de vida tanto del profesional como del paciente.

Palabras clave: seguridad del paciente, agotamiento profesional, trabajo nocturno, atención de enfermería y efectos adversos.

ABSTRACT.

The safety of the patient is a dimension of quality of health care, in particular nursing care, which must have an impact. This lack of security ones physiological, psychological and interpersonal problems in professional nursing, thus committing the patient adverse effects; which is also affected.

Objective: To analyze how influence shift work (specifically the night shift) and the age of nurses in service or in the profession in the emergence of Burnout Syndrome.

Method: Two databases have been reviewed (Google Academic y Pubmed), with specific descriptors and bibliography has been obtained according to the criteria of inclusion.

Results: we selected 53 articles; 31 correspond to articles of clinical safety, 14-Burnout Syndrome and 8 to medication errors; that seems to be a relationship between the influence of work shifts and antiquity of the staff nursing in the emergence of the Burnout professional.

Conclusions: The identification physiological and psychosocial risk factors to which nurses may be exposed will allow us to take useful preventive measures to improve health and quality of life both professional and patient.

Keywords: Patient Safety, Burnout Professional, Night Work, Nursing Care and adverse effects.

INTRODUCCIÓN.

La Seguridad de los pacientes se constituye en una prioridad de la gestión de calidad del cuidado que se brinda. De ahí la importancia de reflexión sobre la magnitud que tiene el problema de efectos adversos en la asistencia sanitaria, para así prevenir su ocurrencia y proteger a los pacientes con acciones que garanticen una práctica segura (1).

La Seguridad del Paciente es un factor esencial de la calidad asistencial y desde la publicación del informe “Error es humano” es objeto de atención general (2).

Existen múltiples definiciones sobre Seguridad del paciente o Seguridad clínica, una de las más usadas es la de Organización Mundial de la Salud (OMS) que la define como “un conjunto de estructuras y/o procesos organizados que reducen la probabilidad de efectos adversos y resultantes de exposición al sistema de atención sanitaria por enfermedades y procedimientos o bien como la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo” (3, 4, 5).

Para que hubiera consenso a nivel mundial, una de las acciones prioritarias planteadas en un principio, fue establecer una nomenclatura común que permitiese el aprendizaje y la mejora de la seguridad del paciente en todos los sistemas organizacionales. El producto fue el **Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP)**. La CISP se compone de 48 conceptos clave distribuidos en torno a diez clases superiores. El incidente relacionado con la seguridad del paciente es el término principal, el resto de términos ayudan a entender qué sucede, por qué sucede y cómo podemos evitar que vuelva a suceder algún incidente (3, 5, 6).

- Incidente relacionado con la seguridad del paciente: evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño a un paciente de forma innecesaria (3, 4, 5).
- Evento adverso (EA): incidente que produce daño a un paciente (3, 4, 5).
- Factor contribuyente: todas aquellas circunstancias que pueden contribuir al desarrollo de un incidente o a que aumenten el riesgo de que se produzca (3, 4, 5).
- Suceso centinela: hechos inesperados que producen o pueden producir muerte o lesión grave física o psíquica (3, 4, 5).
- Medidas adoptadas para reducir el riesgo: todas aquellas acciones empleadas para prevenir, evitar o minimizar cualquier daño asociado a futuros incidentes o la probabilidad de que se produzcan (3, 4, 5).

La CISP propone trece tipos de incidentes, según su naturaleza (3, 4, 5):

- Recursos y gestión de la organización.
- Dispositivos y equipos médicos.
- Infraestructuras, locales e instalaciones.
- Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.
- Medicación y líquidos para la administración intravenosa.
- Sangre y productos sanguíneos.
- Oxígeno, gases y vapores.
- Nutrición.
- Accidentes de los pacientes.
- Procesos y procedimientos clínicos.

- Documentación.
- Administración clínica.
- Comportamiento del profesional o del paciente.

Los principales estudios realizados sobre la tasa de efectos adversos (EE.UU, Australia, Nueva Zelanda, Reino Unido, Dinamarca, Canadá, Francia, Holanda, España, Brasil y Suecia), muestran que entre un 3,8% y un 16,6 % de los pacientes ingresados en hospitales sufre algún daño relacionado con la asistencia sanitaria. En España, los estudios realizados hasta el momento revelan que “uno de cada diez pacientes que ingresa en un hospital y uno de cada mil pacientes que acuden a un centro de atención primaria sufre un daño como consecuencia de la atención prestada”(10, 11).

Las causas por las que se pueden producir los eventos adversos pueden estar relacionadas con errores humanos, cometidos por parte de profesionales (la fatiga, la presión asistencial, turnos de trabajo prolongados, sobrecarga de trabajo, estrés y años de antigüedad en un mismo servicio), o de pacientes (falta de interés, error del medicamento a tomar...), o con fallos en el sistema (falta de protocolos, mala organización en cuanto a la estructura del lugar de trabajo...), provocados por la organización o por agentes externos a la misma (7, 8).

Existen diferentes modelos que explican éstos errores humanos cometidos por los profesionales (9):

- *Modelo individual (centrado en la persona)*, el cual contempla aspectos del trabajo como:
 - Incumplimiento intencionado.
 - Olvidos/ descuidos.
 - Distracciones.
 - Miedo de cometer errores.
 - Ejecución incorrecta de procedimientos.
 - Falta de motivación.
 - Imprudencia.
 - Negligencia.
 - Decisión de cometer un determinado riesgo.
- *Modelo centrado en el sistema*, el cual tiene como premisa básica que los humanos cometen fallos y los errores esperables hasta en las mejores organizaciones. Por lo que los errores se ven como consecuencias y no como causas, siendo el origen del error los factores sistemáticos y no la perseverancia de la naturaleza. Cuando ocurre un EA lo importante no es quién se equivoca sino cómo y por qué las defensas fallaron. Uno de los modelos explicativos de la seguridad del paciente más clásico es el modelo ideado por *Reason* conocido también con el nombre de *queso suizo*, el cual representa el papel que juegan los errores humanos o fallos del sistema y sirve para dar paso luego a los capítulos que a continuación se desarrollaran.

Las claves de este modelo se puede resumir en:

- Los accidentes se originan por múltiples factores.
- Existen defensas para evitar los accidentes.

- Múltiples errores “alineados” permiten que los accidentes o eventos adversos ocurran.
- La revisión del sistema permite identificar cómo los fallos “atravesan” las defensas.

El modelo se representa como lonchas de queso, siendo estas las barreras del sistema sanitario para reducir riesgos o peligros de las actividades sanitarias y evitar la aparición de EA en el paciente y los agujeros representan las imperfecciones (9).

Por tanto éste sistema no pretende cambiar la condición humana sino las condiciones en las que se trabaja (9).

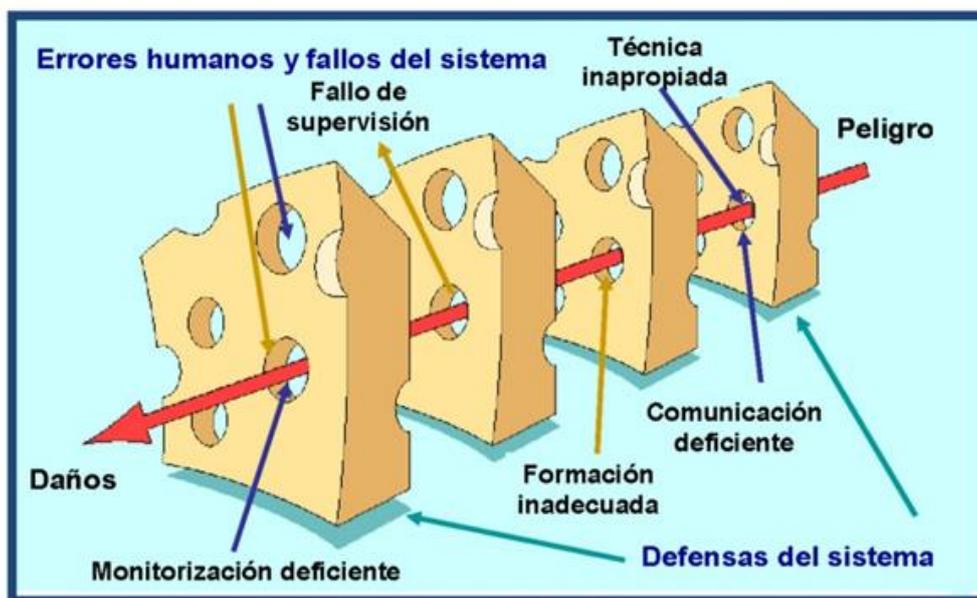


Figura 1. Seguridad clínica en hospitalización de cirugía cardíaca.

Nota: tomada de Comisión de Seguridad del Paciente (2009), (12).

Para entender todo lo anterior es necesario hacer hincapié en la historia y evolución de la seguridad del paciente a lo largo de los años, a nivel mundial, a nivel europeo y a nivel nacional (13).

En primer lugar se realizará una introducción a la historia en cuanto a la evolución del ejercicio de la medicina, donde podemos encontrar 3 eras en el tema de la seguridad del paciente:

- La Primera es la era de la *infallibilidad absoluta*, donde la imagen del médico era la del que cura todo lo que es posible curar y donde no se puede equivocar, aunque en los principios hipocráticos se declaraba que se podían cometer errores en quienes atendían la salud. (13)
- La Segunda es la *infallibilidad relativa* entre los años 1853-1856, aquí el análisis crítico que realizó la enfermera Florence Nighthingale, en los hospitales

británicos, hizo evidente que los pacientes podían ser infectados por aquellas personas por las que eran atendidos. La explosión de la ciencia y tecnología del s.XX condujo a la preservación de una auto imagen profesional que reforzara la convicción de que sí es posible cometer errores, pero que ocurre esporádicamente (13).

- La Tercera era empieza a partir de 1999 cuando el Instituto de Medicina de los EE.UU publicó el libro “Errar es humano construyendo un sistema de salud seguro” donde se reconoce de manera explícita que los errores son mucho más frecuentes de lo que se podría pensar y que incluso llegan a producir muertes evitables (13)

Por otro lado es importante también la evolución histórica sobre las actitudes (“disposiciones de ánimos naturales o adquiridas que se manifiestan exteriormente y responden a estímulos determinados y que inclinan a responder positiva o negativamente”) ante el trabajo, en las que hay diferencias considerables entre el s.XX y el s.XXI (13, 14):

- En el siglo XX había: responsabilidad individual, por un lado se encontraban los pensantes y por otro los ejecutantes, especialización de tareas, control de dirección, salario por trabajo.
- En el siglo XXI hay: responsabilidad compartida, todos piensan y todos deciden, responsabilidad y versatilidad, visión compartida, desarrollo profesional y también personal.

Tras la publicación de los primeros estudios y teniendo en cuenta que en los países en vías de desarrollo la situación podía ser más preocupante, la Asamblea Mundial de la Salud estableció y aprobó en 2002 mediante una resolución, la necesidad de plantear y abordar el problema por parte de todos los países. En respuesta, en el año 2004 se crea la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, con la misión de “coordinar, difundir y acelerar mejoras en seguridad del paciente a nivel mundial y facilitar el desarrollo de políticas y prácticas relacionadas con la seguridad del paciente entre los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS)” (15, 16).

A nivel Europeo en el año 2008, la seguridad del paciente se instauró como punto estratégico al programa legislativo y de trabajo de la Comisión Europea, mediante la presentación de un comunicado y una propuesta de Recomendación del Consejo sobre seguridad del paciente, siendo ésta la actual Recomendación, que data del 2009, y conocida como la Recomendación del Consejo sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, retoma y complementa el trabajo sobre seguridad del paciente realizado por la Organización Mundial de la Salud, el Consejo de Europa y la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) (17, 18).

A nivel Nacional se han llevado a cabo 2 estudios de vital importancia sobre la seguridad de los pacientes en el ámbito hospitalario y en atención primaria, éstos son:

- Estudio ENEAS (Estudio Nacional sobre Efectos Adversos, 2005) (10).

Es el primer estudio de ámbito Nacional de Estudio Nacional de EA de 2005.

El modelo teórico de ENEAS utiliza como referencia el proyecto IDEA (Identificación de Efectos Adversos), trata de ser explicativo, evidencia la tenue barrera que separa los efectos adversos evitables de los que no lo son, por lo que es difícil diferenciar los EA adheridos a la asistencia sanitaria de aquellos que vienen condicionados por características, comorbilidad y/o factores de riesgo intrínseco del paciente.

La frecuencia y tipo de efectos adversos en pacientes hospitalizados fue examinado por La Agencia de Calidad del SNS, lo que tuvo una importante trascendencia, tanto dentro como fuera de nuestro país, por tratarse de uno de los estudios de mayor alcance realizados a nivel mundial.

Este estudio observó que:

- El 42,6% (278/652) de los EA eran evitables, mientras que el 57,4% (374/652) de los mismos fueron no evitables.
 - Y que la evitabilidad de los EA no se relacionó con su gravedad, de tal forma que los EA leves eran evitables en un 43,8% mientras que un 55,8 eran no evitables, los moderados lo eran en un 42,0% y no evitables en un 58,0 y los graves en un 41,9% si eran evitables pero no lo eran en un 58,1%.
- Estudio APEAS (Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria, 2008) (11).

Éste estudio observa y analiza la frecuencia y el tipo de efecto adverso en atención primaria. Se debe destacar que se trata de uno de los primeros estudios que se ocupa de éste problema en centros de salud, lo que conlleva una amplia muestra de consultas médicas y enfermeras.

Dicho estudio confirma que:

- El 70% de los EA son evitables pudiendo afectar a 7 de cada 100 personas al año.
- La evitabilidad del EA se relacionó con su gravedad, de tal forma que los EA leves eran evitables en un 65,3%, los moderados lo eran en un 75,3% y los graves en un 80,2%.

Los resultados que se observan en éste informe sugieren que la práctica sanitaria en atención primaria es razonablemente segura. La frecuencia de efectos adversos es baja, y predominando los de carácter leve. La etiología es multicausal, en su origen están comprometidos factores relacionados con el uso de fármacos, con la comunicación, la gestión y con los cuidados.

Podemos concluir diciendo que la seguridad del paciente *es un problema que, con diferentes matices, afecta a todos los países; que cuantifica el problema y entiende los factores que determinan su magnitud y gravedad ; es una prioridad de salud pública; que es necesaria una taxonomía común para que todos hablemos de lo mismo; que el método epidemiológico y el análisis individual de incidentes y eventos adversos son imprescindibles para mejorar y que muchos problemas pueden prevenirse y algunos remediarse.*

OBJETIVOS.

- Definir el concepto de seguridad clínica y su terminología.
- Enumerar las consecuencias sobre la salud de los turnos de trabajo en el personal de enfermería.
- Describir como las variables socio-demográficas influyen en el personal de enfermería en la aperción del Síndrome de Burnout.
- Enumerar los factores que influyen en la ocurrencia de efectos adversos.
- Describir las estrategias adecuadas en función del problema de salud detectado.

MATERIAL Y MÉTODO.

Para desarrollar ésta monografía, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de literatura muy diversa: libros, artículos de revistas científicas, normativa legal, diccionarios, etc.

Se basó en elegir artículos de investigación científica que cumplan los criterios de inclusión, siendo estos criterios: artículos que traten sobre el desarrollo del Síndrome Burnout, los turnos de trabajo en enfermería, efectos en la salud del profesional de enfermería en turnos nocturnos y sobre errores humanos, haciendo especial hincapié en los errores de medicación.

La búsqueda se llevó a cabo en las bases de datos de IBECS (Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud) y el Google Académico combinado con los siguientes términos DESC (en español e inglés):

- **Relaciones enfermera-paciente:** Nurse-patient Relations.
- **Desgaste profesional/enfermería:** Burnout profesional/nursing.
- **Estrés psicológico:** Stress Psychological.
- **Estrés fisiológico:** Stress Physiological.
- **Satisfacción en el empleo:** Job Satisfaction.
- **Carga de trabajo:** Workload.
- **Trabajo por turnos:** Shift Work.
- **Tolerancia al trabajo programado:** Work Schedule Tolerance.
- **Asistencia de enfermería:** Nursing Care.
- **Enfermedades profesionales:** Occupational Diseases.
- **Seguridad del paciente:** Patient Safety.
- **Actitudes laborales:** Job Attitudes.
- **Medicamentos:** Drugs.
- **Eventos adversos:** Adverse Effects.
- **Errores de medicación:** Medication Errors.
- **Unidades hospitalarias:** Hospitals Units.
- **Calidad de la atención de la salud:** Quality of Health Care

Los límites fueron desde el año 1996 hasta el 2013, siendo la mayoría artículos de actualidad por pertenecer a los últimos 7 años.

La clasificación de los artículos se puede dividir en 3 partes:

- La primera parte relacionada con la historia y evolución de la seguridad del paciente a lo largo de los años, en los que aparecen 1051 artículos, de éstos se escogen 31, ya que se encuentran a texto completo, tratan el tema que nos incumbe y se encuentran en inglés o español.
- La segunda relacionados con la aparición del síndrome de Burnout, efectos en la salud de los profesionales de enfermería y sobre los turnos de trabajo en los que se encuentran 86 artículos, de los cuales se escogen 14, puesto que estaban a texto completo, sin restricción de idioma y se centra en el tema que nos ocupa, y a su vez, de éstos 14 se descarta uno más, debido a que trata de los Hospitales de Costa Rica cuyo modelo sanitario es muy diferente al Europeo, por lo que nos quedamos con 13 artículos.
- La tercera se centra en los errores de medicación en los que aparecen 78 artículos, donde se seleccionan 8 debido a los mismos criterios de exclusión

que los anteriores pero descartando también, aquellos que no se centran en el profesional de enfermería.

Por tanto se seleccionan un total de 1215 artículos, eligiéndose un total de 53, puesto que son los que se centran en el tema a estudiar.

Éste tema ha sido elegido puesto que es de vital interés e importancia para los profesionales sanitarios, en este caso los profesionales de enfermería, conocer como determinadas variables como pueden ser la edad, el sexo, antigüedad en el servicio o en la profesión y los turnos de trabajo influyen en su salud, siendo por tanto importante conocer cómo actuar para evitar alteraciones fisiológicas y psicológicas en éstos profesionales y en consecuencia mejorar la seguridad del paciente cumpliendo así con el término “Ante todo no hacer daño”.

A continuación se van a desarrollar 3 capítulos en los que conoceremos los eventos adversos más frecuentes en el ámbito hospitalario, cómo se producen y que medidas preventivas debemos adoptar; por otro lado conoceremos la definición y características del desgaste profesional o Síndrome de Burnout y cómo influye éste en el profesional de enfermería y en el propio paciente al que éste profesional presta cuidados y por último aprenderemos estrategias de mejora para las seguridad del paciente propuestas a nivel mundial, europeo y nacional por las principales organizaciones para reducir riesgos.

CAPÍTULO 1. EVENTOS ADVERSOS EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

La enfermería es una profesión que plantea situaciones donde existen diversos factores, unos no controlables y otros que alteran situaciones puntuales; por lo que la enfermera no está exenta de cometer errores (19).

“El alma de la práctica enfermera está en atender necesidades del paciente y su familia, teniendo como praxis el cuidado integral e individual del ser humano”. Lo que permite a la enfermera y al equipo multidisciplinar conocer e identificar los factores de riesgo y así establecer medidas preventivas y tratamientos eficaces (20).

1.1 EA más frecuentes.

Se define evento adverso (EA) como “accidente imprevisto e inesperado, que causa lesión y/o incapacidad y/o muerte y/o aumento de la estancia hospitalaria, que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad del paciente”. El más frecuentemente detectado en diversos estudios, es la infección nosocomial (muchas infecciones son inevitables y algunas pueden ser prevenidas); el error de medicación siendo los más frecuentes el incumplimiento del horario, error en la dosis, administración a paciente erróneo y medicación no autorizada. Siendo también importantes la aparición de úlceras por presión o escaras, producidas por fallos a la hora de cuidar; caídas, debido a no tener al paciente lo suficientemente vigilado sumándose a su vez el propio estado físico del mismo (20, 21).

Diferentes estudios detallan que los EA se producen más frecuentemente en áreas como son (22):

- Cirugía vascular, cardíaca o neurocirugía.
- UCI.
- Salas de cirugía.
- Urgencias

Tabla 1. Efectos adversos durante el ingreso.

	Frecuencia, n (%)
Infección nosocomial	34 (47,2)
Úlcera por presión	25 (34,7)
Reacción adversa a medicamentos	3 (4,1)
Reintervención	2 (2,8)
Dehiscencia de sutura	2 (2,8)
Otros	2 (2,8)
En relación con la técnica quirúrgica	1 (1,4)
Complicación de dispositivo, implante o injerto	1 (1,4)
Complicaciones hemorrágicas y laceraciones	1 (1,4)
Errores de medicación	1 (1,4)
Total	72 (100)

Datos presentados en números absolutos (porcentaje).

Nota: tomada de la Revista de Calidad Asistencial. Efectos adversos detectados durante el ingreso hospitalario (2008), (23).

Como se refleja en la tabla 1 los EA más frecuentes son los siguientes:

La infección nosocomial es toda aquella que “se desarrolla transcurridas 72 horas de la hospitalización o antes de los 15 días del alta hospitalaria, debiendo excluirse aquellas que se encuentren presentes al momento del ingreso”, estando éstas relacionadas con procedimientos asistenciales invasivos y teniendo como factores de riesgo entre otros compromiso inmunitario o terapias de antibioterapia de amplio espectro lo que prolonga el tiempo de hospitalización así como el coste de tratamiento a pagar por la institución. Éstas pueden transmitirse por diferentes medios: por contacto, por gotitas, por vía aérea, por medio de un vehículo común o por vectores (10, 20 ,21).

Las úlceras por presión (UUP) son originadas por una “presión mantenida sobre un plano o prominencia ósea, o por la fricción, cizalla o combinación de las mismas, causando una isquemia y/o pérdida de sustancia en epidermis, dermis o tejido subcutáneo, pudiendo afectar incluso músculo y hueso”. Las causas que desencadenan la aparición de éstas lesiones pueden ser, en la mayoría de los casos, detectadas con antelación por lo que es fundamental identificar los factores de riesgo (edad, estado nutricional, comorbilidad, movilidad...) para aplicar las medidas preventivas entre las que destacamos: cambios posturales, valoración del estado nutricional del paciente, dieta rica en proteínas para la regeneración de tejidos y evitar zonas de presión (10, 20 ,21).

Los errores de medicación que se definen como “aquellos fallos no intencionados durante el proceso de medicación, que tienen el potencial de producir daño en el paciente”. En el ámbito Internacional entre el 10-20 % de los EA corresponde a errores de medicación mientras que en España según el estudio ENEAS corresponde un 4% (21).

Los errores de medicación son una de las principales causas de EA relacionado con la asistencia sanitaria. Según el estudio ENEAS el 37,4 % de los EA en pacientes hospitalizados estaban causados por la medicación de los cuales un 34,8 % eran prevenibles (24).

El proceso de medicación, que ha de llevar a cabo la enfermera, consta de 5 etapas, siendo todas importantes puesto que cada una depende de la anterior (21):

- Prescripción.
- Dispensación.
- Transcripción.
- Preparación.
- Administración.

En la tabla 2, la cual se muestra a continuación, se citan los errores más frecuentes en cada una de las etapas del proceso de medicación. Se consideró error de medicación por horario incorrecto cuando el medicamento fue administrado con una anticipación o retraso superior a 30 minutos de lo programado.

Tabla 2: Los errores de medicación más frecuentes dentro de cada etapa.

Prescripción	Dispensación	Transcripción	Preparación	Administración
- Dosis incorrecta	- Medicamento deteriorado (vencido, mal conservado, mal rotulado)	- Omisión	- Preparación defectuosa (dilución, diluyente o fraccionamiento incorrecto)	- Horario incorrecto*
- Frecuencia de administración incorrecta	- Medicamento diferente al prescrito	- Transcripción diferente a la prescrita	- Manipulación incorrecta (contaminación)	- Omisión
- Vía de administración incorrecta	- Omisión			- Dosis incorrecta
- Omisión (receta incompleta)	- Forma farmacéutica incorrecta			- Vía de administración incorrecta
	- Dosis incorrecta			- Medicamento diferente al prescrito
				- Paciente diferente
				- Velocidad de administración incorrecta

Nota: tomada de Errores de medicación en pacientes críticos adultos de un hospital universitario. Estudio prospectivo y aleatorio (2011), (25).

Las enfermeras tienen un papel importante en todas las etapas del proceso de medicación, pero es en la fase de administración, donde invierten hasta un 40% de su tiempo de trabajo, por lo que deben de ser meticulosas para evitar éste tipo de errores (21).

1.2 Causas de la producción de EA.

“Los expertos de gestión de riesgos apuntan que para reducir la incidencia de errores de medicación (EAM) es imprescindible mejorar los entornos de trabajo” (21).

Dado el elevado coste, tanto humano como económico de la prevención del EAM se ha de establecer como objetivo prioritario mejorar el entorno de trabajo para gestores y ejecutivos de dichas instituciones (21).

Las principales causas o factores del entorno de trabajo hospitalario por las que se cometen los EA y sobre las que hay que incidir, ya que como se ha comentado, es donde más errores se comenten son:

- **Interrupciones y distracciones:** siendo los principales factores que las producen los reclamos del paciente, las llamadas telefónicas y ausencia de material y medicamentos en el momento de utilizarlos. Éstas no se pueden eliminar al 100%, pero si se pueden reducir mediante determinadas estrategias como (21):
 - Establecer áreas de silencio para la preparación y administración de la medicación.
 - La utilización de carteles en las unidades con mensajes dirigidos a evitar las distracciones e interrupciones.
 - ...
- **Sobrecarga de trabajo:** la cual influye de forma directa (por fallos activos como olvidos o imprecisiones a la hora de llevar a cabo un procedimiento) o indirecta

(estrés, cansancio del profesional) en la ocurrencia de EAM. La sobrecarga genera otro EAM que es la violación de protocolos de administración segura de medicación; y para reducirlo (20):

- Se estandarizarán los horarios de administración.
- Se individualizarán la preparación y administración de medicación.
- Se ha de hacer al paciente partícipe en la administración.

Por ello, en el proceso de administración segura se ha de seguir la norma de las 5C (paciente, hora, medicamento, dosis, vía de administración correcto) y hacer una "doble revisión".

- La profesión como barrera corporativa siendo los principales factores determinantes: la actitud pasiva del colectivo, el escaso porcentaje de profesionales sanitarios y la falta de identificación de responsabilidades profesionales (26).
- La organización e infraestructura de la asistencia sanitaria que incluye (26):
 - *Escasa protocolización y ausencia de liderazgo* debido a una escasa e insuficiente difusión de planes de calidad, y encontrando como factores limitadores: rutina, falta de apoyo de las Gerencias para establecer intervenciones seguras, discontinuidad de cuidados...
 - *Escasos recursos materiales* manifestado por un ajustado presupuesto económico, por lo que es difícil trabajar con limitaciones de esta clase como la escasez de barandillas, de baños...
 - *Falta de trabajo en equipo y con el paciente.* Existe desconfianza de los pacientes hacia los profesionales y viceversa, lo que se traduce en falta de participación de los pacientes en decisiones clínicas. En cuanto al trabajo en equipo, al llevarse a cabo la organización del trabajo de forma jerárquica en vez de interdisciplinar, hace que las intervenciones sean poco controladas por los profesionales, produciéndose así complicaciones en los pacientes.
 - *Presión asistencial y tiempo:* la elevada demanda asistencial y fuerte carga de trabajo dificultan la seguridad clínica junto con el tiempo. A la escasa disponibilidad de tiempo real para llevar a cabo actividades se le suma el tiempo que se dedican a realizar tareas y no a detectar complicaciones (22, 26).
 - *Falta de incentivos y motivación.*
- Ausencia de indicadores fiables de seguridad (26).

- Comunicación y cultura de seguridad de errores: se pone de manifiesto la falta de comunicación efectiva y cultura de EA, la dificultad de aceptar el error humano por miedo al castigo (22, 26).
- Escasa formación en seguridad. Debido a: la deficiente identificación del paciente, registros deficientes en el expediente del paciente (26).
- Lavado de manos incorrecto, transmitiéndolo las/os enfermeras/os a los pacientes (10).
- Incumplimiento del reglamento hospitalario (10).
- Falta de capacitación del personal de enfermería (10).
- Procedimientos invasivos (10).
- Estar postrado a una cama o a una silla de ruedas (10, 11).
- Piel frágil (11).
- Presentar una afección crónica, como la diabetes (10, 11).
- Incapacidad para mover ciertas partes del cuerpo sin ayuda (11).
- Desnutrición (10, 11).
- Edad avanzada (10, 11).
- Incontinencia urinaria o incontinencia intestinal (11).
- Otros: falta de protocolos, ubicación del almacén, letra poco legible en la prescripción médica, diseño del material... En cuanto al diseño del material se hace referencia a las características de los medicamentos que puedan producir dificultades a la hora de la administración: como el envase, etiquetado, nomenclatura similar... generando así también confusiones en cuanto a la vía, dosis (cantidad y concentración), preparación y método de administración, originando de este modo la ocurrencia de EAM (21).

1.3. Medidas de prevención de EA.

La ocurrencia de EA genera daño tanto al paciente como a la institución, aumentando el tiempo de ingreso, las intervenciones diagnósticas y terapéuticas, el compromiso de la calidad de la atención... siendo por tanto necesario establecer estrategias en seguridad del paciente, las cuales se centran en el desarrollo e implantación de medidas dirigidas a mejorar los sistemas, y para abordarlas los profesionales sanitarios requieren de herramientas que les ayuden a evaluar y comprender los errores, ya que bajo nuestra responsabilidad está el cumplimiento de los procesos terapéuticos a partir de la identificación del paciente, notificación de cambios en el estado de salud, detección precoz de complicaciones, administración del tratamiento pautado y registro de todo lo anterior. Todo esto, conlleva a desarrollar una cultura de seguridad en el ámbito hospitalario para que el EA sea entendido como parte integrante del sistema, asegurando así la calidad asistencial (20, 22, 24).

Éstas normas y medidas preventivas son (20, 26):

- Normas.
 - Lavado de manos.

Los 5 momentos para la higiene de las manos



Imagen 2. Lavado de manos ordinario o clínico.

Nota: tomada de Consejo de Seguridad de la Comunidad Valenciana (OMS 2009) (27).

- Identificación del paciente.
- Orientación al paciente y su familia, para hacerles partícipes.
- Mantener una adecuada iluminación y ventilación del ambiente.
- ...

- Medidas preventivas:
 - *Cambio organizacional.* “Siendo la figura de la enfermera una garantía de la seguridad del paciente”.
 - *Fomento de la cultura de seguridad.* “Trabajar con seguridad disminuye cargas de trabajo y reduce costos”, por lo que los profesionales deben implicarse en el trabajo, debe de estar presente la motivación, el cambio y la mejora, la estimulación de la autocrítica...
 - *Fomento y desarrollo profesional.* Se ha de creer que el cambio y la mejora son posibles, por lo que la capacidad de adaptación de la enfermera harán que se denuncien los EA relacionados con la seguridad, sin castigo para el profesional que los cometa.
 - *Relación con los pacientes.* Se ha de establecer un modelo donde se tenga en cuenta las preferencias de los pacientes.
 - *Investigación.* El aumento de publicaciones hace que los profesionales de diferentes lugares conozcan cómo mejorar la seguridad clínica.
 - *Planificación estratégica.* Se describen oportunidades de mejora como:
 - Crear y desarrollar sinergias con las diferentes instituciones del Sistema Nacional de Salud.
 - Introducir políticas de seguridad en Centros Sanitarios.
 - Instauración desde el gobierno central y autonómico líneas estratégicas.
 - ...

CAPÍTULO 2. SÍNDROME DE BURNOUT.

Como se ha visto en el capítulo anterior, una de las causas que se atribuye a la producción de EA es el Síndrome de Burnout.

2.1 Definición y características.

Debido, entre otros motivos, a los turnos de trabajo, el personal sanitario en general y las enfermeras en particular, experimentan consecuencias negativas, apareciendo efectos no sólo en el propio trabajador sino también en la atención al paciente y productividad, apareciendo así el llamado Síndrome de Burnout, conocido también como Desgaste Profesional o Síndrome de “quemado”(28). Éste fue introducido por Freudberguer en los años 70 y desarrollado por Maslach en los 80 (29).

Existen múltiples definiciones del Síndrome de “quemado” siendo la más conocida la de Maslach y Jackson que lo caracteriza como “la presencia de altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización y una reducida realización personal”, apareciendo como consecuencia de un estrés laboral crónico excesivo (29, 30).

Es un síndrome que debido a las cargas de trabajo y privación de sueño, aparece en profesionales sanitarios “cuando los mecanismos de adaptación fracasan ante situaciones laborales de estrés mantenido” (28).

Diversos autores documentan que el Síndrome afecta a “a aquellas profesiones que requieren contacto directo con las personas y con una filosofía humanística de trabajo, es decir aquellas que necesitan altas dosis de entrega e implicación”. Consta de 3 componentes o elementos (31):

- *Cansancio emocional (CE)*: tanto físico, mental o ambos y se puede definir como desgaste, falta de energía...
- *Despersonalización (DP)*: se define como el cambio negativo en actitudes hacia otras personas como insensibilidad.
- *Realización personal (RP)*: moral baja, irritabilidad...

La enfermería es un grupo de alto riesgo al Burnout debido a la confrontación diaria con el drama humano, enfermedad, invalidez, muerte; además de hacer de intermediaria entre el médico y el paciente y el médico y familiares; siendo todo lo anterior la principal causa generadora de estrés, pudiendo generar así situaciones de insatisfacción. Si a lo anterior le sumamos pacientes conflictivos, fuertes críticas y duras condiciones de trabajo la vulnerabilidad aumenta (31).

La prevalencia del Síndrome, entre las profesiones de riesgo, afecta a los médicos y enfermeras y va desde un 15% hasta 50% de afectados; según recientes estudios epidemiológicos realizados en el personal de enfermería hasta un 25% estaría afectado por el Síndrome de Burnout (30, 31).

Existen situaciones comúnmente percibidas como estresantes de enfermería (32):

- Carga de trabajo y problemas de tiempo, lo que genera comunicación pobre e infectiva, disminución de apoyo, conflictos entre el personal.
- Preparación inadecuada para el rol, lo que genera relación con la atención al moribundo y la muerte.

Las limitaciones físicas y los cuidados a los pacientes, suponen un aumento de la carga de trabajo para las enfermeras, factor que se tendrá que tener en cuenta para garantizar la calidad asistencial (33).

Los turnos nocturnos acarrear consecuencias en el ámbito laboral, familiar y social transformándose en factores de riesgo tanto para el propio trabajador como para sus pacientes, a los que presta cuidados (34).

Se hace necesario e imprescindible un plan de acción en la gestión hospitalaria para controlar la alta prevalencia de Burnout, incrementando la comunicación efectiva entre los trabajadores y considerando de vital importancia formar a los profesionales en técnicas de autocontrol y gestión del estrés para reforzar el optimismo y autoestima (26).

El trabajo a turnos es un factor desencadenante de estrés al profesional, para minimizarlo se siguen estrategias como la **Teoría de la Personalidad Resistente**, formada por 3 componentes: compromiso, control y desafío (35).

- “El compromiso se expresa por la capacidad de comprometerse con lo que se hace o lo que es relevante, identificando eventos, cosas y personas que son significativas dentro de su entorno”.
- El control aumenta la resistencia al estrés añadiendo la percepción de que los eventos experimentados son un resultado natural.
- El desafío se expresa como una creencia de que la inestabilidad es algo normal en la vida del individuo, no representando una amenaza para la seguridad vivenciada.

2.2 Influencia de los turnos de trabajo y otras variables en la aparición del Síndrome de Burnout.

Los problemas de trabajo asociado a turnos nocturnos se enfoca de manera dual: desde la organización y según los intereses del trabajador (desde ámbitos biológicos, médicos y socio-familiar).” La primera se centra en los aspectos laborales más relevantes, interesándose por la satisfacción laboral, el rendimiento y el absentismo. Según los intereses del trabajador, se aborda medidas de salud y bienestar general, desde los ámbitos biológico, médico y socio-familiar. A nivel biológico se toma en cuenta las perturbaciones ocasionadas en los ritmos fisiológicos. El componente médico es estudiado desde un punto de vista estrictamente laboral. Y el nivel socio-familiar “se centra en los inconvenientes y las perturbaciones sufridas por el trabajador en el entorno social y familiar ocasionados por el desempeño laboral en sistemas de rotación de turnos y nocturnidad permanente” (34).

Existen unos factores asociados al Síndrome de “quemado” que influyen en los profesionales que lo padecen, estos son (32):

- Relacionados con el ambiente físico y laboral. Como la comodidad, espacio donde se lleva a cabo el trabajo, iluminación, temperatura, higiene, toxicidad...
- Relacionado con el desempeño de roles. El cual consta de 3 componentes: conflicto de rol, ambigüedad de rol y sobrecarga de rol. La ambigüedad o conflicto del rol con el ambiente laboral “deberían de someterse a estudio donde la profundización en las características del entorno domestico, tiempo libre y las interferencias entre diferentes ámbitos podría ser central” (36).
- Relacionado con variables personales. Como son las relaciones con los compañeros, apoyo por parte de su equipo de trabajo... Éstas no sólo tienen que ver con la personalidad del trabajador sino también con variables socio-demográficas como (género, edad, estado civil, antigüedad en el puesto y antigüedad en la profesión).
- También se pueden incluir otras como: sobrecarga de trabajo, rotación a turnos y turnos de noche, siendo también importante las variables socio-demográficas donde posteriormente observaremos como influyen en los profesionales de enfermería.

Las *variables organizativas* como sobrecarga de trabajo, conflictos de valores, pérdida de cordialidad en el ambiente laboral son consideradas variables desencadenantes en la manifestación del Síndrome de Burnout, mientras que las *variables personales* son tenidas en cuenta como variables facilitadoras del Síndrome, es decir que según estén o no estén presentes aumentan o disminuyen los sentimientos de “sentirse quemado” (31).

La figura, que se muestra a continuación, muestra como éstas variables organizativas y personales influyen en la aparición del Desgaste Profesional generando una serie de consecuencias en el profesional de enfermería y por tanto en los pacientes a los que presta cuidado (32).

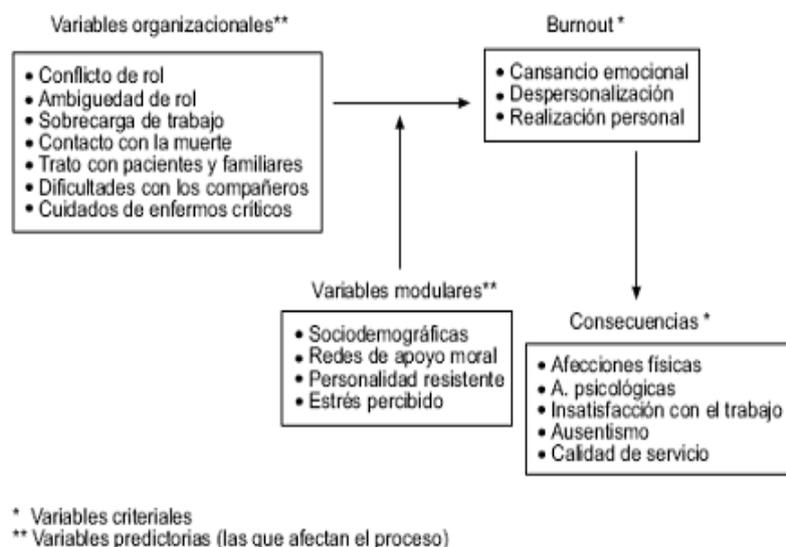


Figura 3. Modelo explicativo de relaciones entre variables causales y mediadoras en enfermeros.

Nota: tomada de Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería, (2005).

El trabajo a turnos como consecuencia genera alteraciones en la salud del trabajador y una disminución de la eficacia en el trabajo. Los principales trastornos que origina al profesional son:

- Trastornos del sueño, por alteraciones del ritmo circadiano (variaciones cíclicas de sueño/vigilia en 24 horas), que se producen como consecuencia de los turnos de trabajo y consisten en síntomas de insomnio y somnolencia excesiva diurna. Un patrón de sueño inadecuado crea ansiedad, letargo, motivación reducida... Por tanto el turno de noche es un factor estresante puesto que es necesario un ajuste del ciclo circadiano y ritmo biológico (28, 35, 37).
- Trastornos psicosomáticos entre los que se encuentran *cefaleas, fatiga crónica, desórdenes gastrointestinales* como dolor, diarrea y estreñimiento debido a los cambios en las horas de las comidas, dificultad para calentar la comida... lo que origina aumento de peso, siendo más frecuente en trabajadores de turno nocturno que diurno; *alteraciones cardiovasculares* siendo las mujeres más propensas a desarrollarlas y a su vez siendo más frecuentes en turnos nocturnos y las principales son: HTA, taquicardia, malestar persistente (28, 33, 35).
- Manifestaciones emocionales como distanciamiento afectivo con pacientes, deseo de abandonar el trabajo, irritabilidad, impaciencia, estrés lo que conlleva un descenso de la autoestima (33).
- Síntomas conductuales como conducta violenta, consumo de drogas, incapacidad de relajarse, absentismo laboral... (28, 33).
- Los trabajadores por turnos, según las experiencias demostradas, tienen dificultades para tener una vida social y familiar adecuada, lo que origina aislamiento social, ya que es difícil compaginar la vida laboral con la vida privada (35).
- El ambiente laboral provoca una disminución de la capacidad de trabajo y de la calidad de los servicios (32).
- Como dato de interés se relaciona el Síndrome de “quemado” con alteraciones somáticas graves, incluso en el Burnout crónico se comenta de la existencia de altos niveles de cortisol en saliva durante la jornada de trabajo, asociándolo a la enfermedad cardiovascular (27.)

Las enfermeras que trabajan a turnos diferentes pueden *mejorar la tolerancia al trabajo por turnos*, cuando aprenden a adoptar medidas para reducir las variaciones en el sueño-vigilia. Entre las medidas más efectivas se encuentran (28, 33):

- Dormir y descansar un mínimo de 6 horas diarias.
- Realizar un mismo ritual antes de ir a dormir.
- Siesta previa al turno de noche, puesto que “dormir siesta durante un turno de noche puede beneficiar tanto al profesional de salud como a sus pacientes”.
- Ingerir algo ligero antes de dormir.
- Beber un vaso de agua antes de dormir.
- Practicar algo de deporte.
- Suprimir horas extra en turnos de 12 horas.
- Realizar las tareas difíciles de atención al paciente antes de las 4 a.m.

- Aislarse y desconectar del trabajo antes de dormir, con alguna técnica de relajación.
- Si se convive con familiares, sería adecuado que intentaran respetar las horas de sueño.
- Planificar la vida laboral y personal.
- Mantener una buena hidratación y alimentación durante el turno de noche. No abusar de la cafeína ya que puede prolongar el efecto de vigilia posterior al turno de noche. Lo que se recomienda para saciar el hambre son yogures, frutas, cereales...

Basándonos en las variables socio-demográficas (*sexo, edad, estado civil, tipo de contrato, turno a trabajar, unidad o servicio, horas de trabajo, antigüedad en el puesto y antigüedad en la profesión*) observaremos cómo influyen en los profesionales de enfermería en cuanto a la aparición del Síndrome de Burnout. Se han revisado, diferentes estudios sobre éstas variables y su influencia en la aparición del Síndrome, y aunque no se ha evidenciado consenso en todas, si que se han podido encontrar algunas coincidencias.

- **Edad.** No existe consenso para ésta variable puesto que algunos autores afirman que no interviene en la aparición del Síndrome mientras que otros alegan que si interviene.
 - La adaptación es más lenta por turnos en trabajadores de media edad que jóvenes (35).
 - Los efectos negativos para la salud, con la nocturnidad laboral, ocurren en aumento con la edad (35).
 - A mayor edad menos sentimientos de quemarse, puesto que ya han desarrollado estrategias (32)
- **Sexo.** Para ésta variable si existe consenso.
 - Las mujeres están más afectadas por el mantenimiento de la carga laboral y familiar (30).
 - Ríos Ríquez (2008 en UCI) encontró que son más vulnerables a presentar altos niveles de agotamiento emocional las enfermeras mientras que los enfermeros eran más propensos a la despersonalización (28, 32).
- **Estado civil.** Para ésta variable también existe consenso.
 - Las enfermeras casadas presentan mayor cansancio emocional (al compaginar vida laboral y familiar) (30).
 - La presencia de hijos hace que éstas personas puedan ser más resistentes al Burnout (37).
 - La insatisfacción con el tiempo libre es más frecuente entre los profesionales con hijos (36).

- **Tipo de contrato.** También existe consenso.
 - En cuanto al tipo de contrato presentan menos Burnout los que hacen suplencias, pudiendo ser explicado por ser profesionales jóvenes y con menor tiempo en el puesto y por tanto menos susceptibles al “Desgaste Profesional” (30).
 - Los que realizan suplencias estaban menos despersonalizados, más realizados y menos quemados (30).

- **Turno de trabajo.** Existe consenso.
 - Presentan mayor Burnout los profesionales en turno de tarde o rotatorios, mientras que los que realizan suplencias estaban menos despersonalizadas, más realizadas y menos quemadas (30).
 - Arikan, Köksak y Gökce (2007) sostienen que “las enfermeras que trabajan en sistema de turnos rotatorios (incluidos noches) tenían mayor estrés laboral, agotamiento emocional y despersonalización y menor percepción de éxito personal y satisfacción laboral que las que trabajaban en jornada diurna” (33).
 - Las enfermeras que realizan cambio de turno, trabajan mañana/tarde o son del turno de noche, presenta alerta a altos niveles de estrés, siendo las enfermeras del turno de noche las que presenten los valores mínimos de resistencia y desafío (34).
 - El turno de mañana es considerado el mejor para trabajar según un estudio sobre *Fatiga Mental en Enfermería*, seguido del turno de tarde (34).
 - Las enfermeras que hacen turno de mañana, tarde, noche mostraron niveles medios de estrés y las que trabajan de mañana/tarde y hacen turno rodado presentaron alerta a altos niveles de estrés (34).
 - Las enfermeras que cambian su jornada laboral de diurna a nocturna padecen trastornos en la salud debido a la tensión continua del cuerpo en un intento de adaptarse al nuevo cambio (35).

- **Unidad o servicio.** Existe consenso entre los autores.
 - Según los niveles asistenciales existe mayor Síndrome de “Desgaste Profesional” en atención especializada que en atención primaria (38).
 - Payne y Cols “observan alta prevalencia de síntomas relacionados con el estrés entre enfermeras de unidades asistenciales” (36).
 - La mayor incidencia de Burnout en cuanto al servicio se encuentra en UCI, urgencias y oncología (puesto que se enfrentan a pacientes terminales y a la muerte) donde se requiere notable experiencia clínica y madurez profesional en la toma de decisiones éticas y morales, todo esto asociado a factores como la edad y años de experiencia... (28, 30, 32, 33).
 - El agotamiento emocional es mayor en oncología y urgencias.
 - La despersonalización es mayor en urgencias.
 - En la realización personal no hay diferencias.
 - Burnout es mayor en oncología y urgencias.

- El promedio más alto de ansiedad se encuentra en el personal de oncología al igual que el neuroticismo.
- Las enfermeras tienden a abandonar aquellos servicios que presenten altos niveles de estrés percibido (39).
- **Horas de trabajo.** Si existe consenso aunque los rangos horarios son diferentes, puesto que la diferencia es mínima.
 - A mayor número de horas semanales en los profesionales sanitarios mayores niveles de Burnout (33).
 - Arikan, Köksak y Gökce (2007) sostienen “que mas de 49 horas semanales, producen en las enfermeras la percepción de disminución de éxito personal y satisfacción laboral que aquellas que trabajan entre 40-48 horas semanales” (33).
 - Para Gustavo Calabrese “hay un riesgo significativo cuando se trabaja entre 50-70 horas semanales, 14 horas consecutivas al día, 1 ó 2 turnos nocturnos a la semana, extensión del turno en la noche, menos de 10 horas de descanso entre periodos de trabajo ó 1 día libre de trabajo a la semana” (35).
- **Antigüedad en el puesto y en la profesión.** No existe consenso entre los autores, ya que algunos autores y estudios establecen diferentes años en la profesión, para dar lugar a la aparición de Burnout.
 - “Después de 10 años puede existir un periodo de sensibilización a partir del cual, el profesional seria especialmente vulnerable” (30).
 - “El Síndrome afecta al personal de enfermería con una antigüedad en el servicio de 15 años de media, y por tanto experimentado, que manifiesta un escaso grado de reconocimiento de su labor, así como un elevado grado de insatisfacción con la gestión del centro de trabajo” (30).
 - Diversos autores sostienen que los primeros años de carrera profesional son los más vulnerables, puesto que las expectativas no son las prometidas ni deseadas (38).
 - Es interesante señalar que la influencia en la antigüedad del servicio tiene carácter negativo sobre la implicación (39).
 - Los trabajadores se sienten más satisfechos a medida que aumenta la estabilidad y el número de años dedicados al servicio actual y disminuye con los años de experiencia laboral (39).

El trabajador sanitario, frecuentemente vocacional, necesita sentirse integrado e involucrado en el ámbito laboral, y que su trabajo sea reconocido y valorado por la sociedad, ya que un bajo apoyo emocional genera estrés laboral que puede conducir al “Desgaste Profesional” (29). Las enfermeras que pensaban que los pacientes tenían una visión negativa de la profesión, tenían elevados niveles de estrés laboral y Burnout y bajos niveles de satisfacción (suponiendo así un rol en tensión y amenaza laboral); lo que refleja la importancia que tiene para las enfermeras su interacción con los pacientes. Diversos estudios corroboran que si las enfermeras recibían críticas positivas de sus compañeros (médicos, enfermeras, auxiliares...) disminuían los niveles de estrés, agotamiento y despersonalización, así como el reconocimiento del trabajo puede disminuir la despersonalización en los profesionales sanitarios (29, 33).

Tabla 3. Dimensiones de Maslach Burnout Inventory de los trabajadores sanitarios según categorías profesionales (29).

	Media \pm DE	Mediana	Valores bajos ^a (%)	Valores medios ^a (%)	Valores altos ^a (%)
Cansancio emocional					
Total	22,4 \pm 11,5	21,0	27,5	30,9	41,6
Médicos	23,6 \pm 10,9	22,0	20,8	32,7	46,5
Enfermeras	22,8 \pm 11,7	22,0	28,6	27,7	43,7
Auxiliares	20,4 \pm 11,0	18,0	32,0	34,4	33,6
Otros	22,8 \pm 12,7	21,0	29,9	29,9	40,2
Despersonalización					
Total	6,2 \pm 5,2	5,0	35,9	41,0	23,0
Médicos	7,8 \pm 5,5	7,0	22,4	45,9	31,7
Enfermeras	5,7 \pm 4,9	5,0	39,2	40,5	20,3
Auxiliares	5,4 \pm 4,7	4,0	42,3	39,4	18,3
Otros	6,3 \pm 5,6	5,0	39,8	34,1	26,1
Realización personal					
Total	36,3 \pm 8,6	38,0	42,4	29,7	27,9
Médicos	35,3 \pm 8,3	37,0	36,3	31,1	32,7
Enfermeras	36,6 \pm 8,2	38,0	42,7	32,6	24,7
Auxiliares	37,4 \pm 9,2	40,0	52,0	22,5	25,6
Otros	34,5 \pm 9,5	36,0	33,7	27,7	38,6

Nota: tomada de Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales (2005), (29).

En cuanto a las profesiones sanitarias los médicos y los profesionales de enfermería presentaron los porcentajes más altos de cansancio emocional. Los médicos expresaron más despersonalización mientras que las enfermeras están más despersonalizadas y menos realizadas que las auxiliares (28, 30).

CAPÍTULO 3. ESTRATEGIAS DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Con todo lo visto en los capítulos anteriores, surge la necesidad de instaurar estrategias para reducir los riesgos y por tanto la seguridad del paciente, destacándose las siguientes propuestas a nivel mundial, europeo y nacional por las principales organizaciones. En todas ellas se incluyen diferentes actuaciones que han demostrado a lo largo de estos años una sólida evidencia, una amplia aplicabilidad y una alta factibilidad (40, 41, 42, 43).

En la **55 Asamblea Mundial de la Salud de la OMS**, que tuvo lugar en Ginebra el 18 de Mayo de 2002, se aprobó la resolución *WHA55.18* que instó a los Estados Miembros a prestar la mayor atención posible a la problemática de la seguridad del paciente y a consolidar sistemas científicos necesarios para mejorar la seguridad y la calidad de la atención en salud, especialmente la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología. Además se pedía a la dirección de la OMS definir, puntualizar y concretar normas mundiales, confortar la investigación y apoyar y favorecer el trabajo de los países para poner en práctica una actuación concreta (40,41, 42, 43).

El 27 de Octubre de 2004 se comenzó a elaborar el proyecto de la Alianza Mundial para la Seguridad del paciente de la OMS con el tema “Ante todo no hacer daño (40, 41, 42, 43).

La labor y misión de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, o Programa para la Seguridad del Paciente (PSP), como se le conoce actualmente, “es coordinar, facilitar y acelerar las mejoras en seguridad del paciente en todo el mundo” (16).

Los objetivos estratégicos planteados por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente son (16):

- Establecer un liderazgo mundial para la seguridad del paciente que promueva el cambio.
- Ayudar y amparar a los Estados miembros, sistemas de salud, organizaciones, profesionales y sociedad en la aplicación de las medidas de seguridad del paciente para mejorar la atención sanitaria y reducir los riesgos derivados de ella.
- Emplear los conocimientos, la experiencia y la innovación para mejorar la seguridad de los pacientes atendidos.

La Alianza Mundial para la Seguridad del paciente trabaja en diferentes áreas de acción, con el fin de conseguir una segura atención sanitaria:

- Reconocer problemas de gran riesgo para los pacientes que reciben asistencia sanitaria a nivel mundial: Desafíos globales para la seguridad del paciente.
- Definir y detallar los conceptos para la seguridad del paciente: Clasificación Internacional para la seguridad del paciente (3, 5, 6).

- Promover la colaboración y el compromiso de los pacientes: Pacientes por la seguridad del paciente (Declaración de Londres) (44).
- Explorar en la seguridad del paciente con el objetivo de medir daños, entender las causas, identificar soluciones, evaluar el impacto y trasladar la evidencia a la práctica (45, 46).
- Desarrollar y mejorar los sistemas de notificación y aprendizaje en seguridad del paciente (46).
- Concienciar de los problemas prioritarios sobre seguridad del paciente, estableciendo así soluciones como: *medicamentos de aspecto o nombre similar, identificación de pacientes, comunicación en el traspaso de pacientes...* (47).
- Permitir y facilitar la aplicación y evaluación de soluciones estandarizadas de seguridad: Proyecto High 5s. *Procedimiento correcto en el lugar correcto, infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria e higiene de manos* (48).
- Prevenir y evitar las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéteres venosos centrales (49).
- Orientar y enseñar para una atención más segura (50, 51).
- Realizar listas de verificación para detectar posibles errores: lista de verificación de seguridad quirúrgica, lista de verificación para parto seguro, lista de verificación para atención traumatológica, lista de verificación de la atención al paciente ante la pandemia de gripe A (H1N1) (52).
- Emplear y aprovechar las nuevas tecnologías para mejorar la seguridad del paciente.
- Reunir y compartir el conocimiento sobre la evolución de la seguridad del paciente a nivel mundial.
- Diferenciar y distinguir internacionalmente a organizaciones excelentes en el campo de la seguridad del paciente. Premio Seguridad.

A nivel **Europeo** se establece la actual Recomendación, que data del 2009, en la que se reflejan las principales actuaciones, que se deberían establecer para la mejora de la seguridad del paciente (18):

- Promover el establecimiento y desarrollo de políticas y programas nacionales sobre seguridad del paciente.
- Organizar y evaluar la seguridad del paciente a escala comunitaria, colaborando entre sí y con la Comisión Europea.

- Documentar e informar a los ciudadanos y a los pacientes.
- Proporcionar apoyo al establecimiento, o reforzar los existentes, de sistemas de información y aprendizaje de eventos adversos sin sanciones.
- Fomentar la educación y la formación de los profesionales sanitarios en materia de seguridad del paciente.
- Favorecer y aplicar al nivel adecuado una estrategia de prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.
- “Compartir conocimientos, experiencias y buenas prácticas”.
- Fomentar e impulsar la investigación en materia de seguridad del paciente.

A nivel **Nacional** desde el año 2005, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España, junto con las comunidades autónomas, desarrollan una estrategia para la seguridad del paciente, como elemento indispensable para mejorar la calidad asistencial. Así, la estrategia número 8 del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud plantea y sugiere como objetivo principal “mejorar la atención de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud” (53).

Por ello, fue necesario establecer objetivos específicos, los cuales se dirigen a trabajar sobre determinadas áreas, siendo propuestos en la Estrategia y estando en consonancia con el Programa de Seguridad del Paciente de la OMS y con la Recomendación del Consejo de Europa. A continuación, se citan los seis objetivos para mejorar la seguridad del paciente (17, 53):

- Impulsar y fomentar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y los pacientes en cualquier nivel de atención sanitaria.
- Plantear e instaurar sistemas de información y notificación de eventos adversos para el aprendizaje.
- Instaurar prácticas seguras en los centros del Sistema Nacional de Salud. Éstas prácticas seguras propuestas son recomendadas por organismos como la National Quality Forum (NQF), Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) o la Joint Commission.
- Promocionar la investigación en seguridad del paciente.
- Colaboración de los pacientes y ciudadanos en las políticas que se lleven a cabo en seguridad del paciente.
- Fortalecer y asegurar la participación de España, incrementando su presencia y participación en foros internacionales sobre la seguridad del paciente. “Colaboraciones con la OMS (Programa de Seguridad del Paciente), con la Organización Panamericana de la Salud (proyecto IBEAS, con la OCDE (Indicadores de seguridad) y la Comisión Europea (grupo de trabajo de seguridad del paciente, Proyecto EUNetPaS, PaSQ)”.

CONCLUSIONES.

- “La seguridad clínica es una prioridad de la gestión de calidad del cuidado que se brinda”.
- El turno de noche es un factor estresante, ya que supone cambios a nivel fisiológico, psicológico y en las relaciones personales.
- El perfil de sujeto que padece Burnout “corresponde con el personal con experiencia laboral que sin embargo manifiesta un escaso grado de reconocimiento a su labor asistencial y un elevado nivel de insatisfacción con la gestión de su centro de trabajo”. Existen personas más vulnerables que otras a desarrollar el síndrome de desgaste profesional :
 - Personas con altas expectativas sobre ellas mismas.
 - Baja tolerancia al fracaso.
 - Personas empáticas, sensibles, idealistas, altruistas...
 - Excesivo sentimiento de preocupación por el enfermo.
 - Las principales causas de ocurrencia de EA son: la sobrecarga de trabajo y la falta de tiempo para la realización de procedimientos.
- Se hace necesario establecer medidas preventivas para minimizar los efectos en los profesionales de salud debido a la turnicidad laboral.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Elisabeth Villareal Cortillo. Seguridad de los pacientes: Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Revista Científica Salud Uninorte, Vol 23, No1.
- (2) A.Muiño Miguez, A.B.Jiménez Muñoz, B.Pinilla Llorente, M.E.Durán García. Seguridad del paciente. An.Med.Interna (Madrid), Vol 24,Nº12; pp. 602-606, 2007.
- (3) World Health Organization, World Alliance for Patient Safety. More than words. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, Version 1.1. Technical Report. January 2009. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009. Report No.: WHO/IER/ PSP/2010.2.
- (4) Sherman H, Castro G, Fletcher M, Hatlie M, Hibbert P, Jakob R, et al. Towards an International Classification for Patient Safety: the conceptual framework. Int J Qual Health Care. 2009 Feb;21(1):2–8.
- (5) Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. International Journal for Quality in Health Care. 2009 Feb 1;21(1):18–26.
- (6) Donaldson SL. An international language for patient safety: Global progress in patient safety requires classification of key concepts. International Journal for Quality in Health Care. 2009 Feb 1;21(1):1–1.
- (7) Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000 Mar 18;320(7237):768–70.
- (8) Reason J. Safety in the operating theatre - Part 2: human error and organisational failure. Qual Saf Health Care. 2005 Feb;14(1):56–60.
- (9) Donabedian FA, Bañeres J. Conceptos básicos sobre seguridad clínica. Mapfre Medicina 2003;14(4):265-269.
- (10) Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Informe. Febrero 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
- (11) Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- (12) Comisión de Seguridad del Paciente de la Cooperativa Médica de Rocha. Taxonomía en Seguridad del paciente [internet]. [consultado 2014 Abr 19]. Disponible en: <http://www.cosepa-comero.com/datos-de-interes/>
- (13) Ruelas E, Sarabia O, Tovar W. Seguridad del paciente hospitalizado, México: Editorial Médica Panamericana; 2007.
- (14) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.
- (15) Resolution WHA 55.18. Quality of care: patient safety. 55th World Health Assembly, Geneva, May 13–18, 2002. Volume 1: resolutions and decisions. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002. Report No.: WHA55/202/ REC/1

- (16) World Health Organization. World alliance for patient safety: forward programme, 2005. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2004.
- (17) Comisión de las Comunidades Europeas. Propuesta de Recomendación del Consejo sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria [Internet]. 2009. [cited 2014 Feb 2]. Available from: http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_rec2008_es.pdf.
- (18) Consejo de la Unión Europea. Recomendación del Consejo sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria [Internet]. 2009. [cited 2014 Feb 2]. Available from: http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_rec2009_es.pdf
- (19) Ferrera Picado JA. La enfermera de Rayan. Index de Enfermería 2010;19(2-3):214-214.
- (20) Queiroz Bezerra AL, Queiroz EdS, Weber J, Tanferri de Brito Paranaguá, T. Reacciones adversas: indicadores de resultados según la percepción de las enfermeras de un hospital centinela. Enfermería Global 2012;11(27):186-197.
- (21) Ambrosio L, Pumar-Méndez MJ. Factores del entorno de trabajo que influyen en la ocurrencia de errores de administración de medicación. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2013;36(1):77-85.
- (22) Urbina Laza O. Competencias de Enfermería para la seguridad del paciente. Revista Cubana de Enfermería 2011;27(3):239-247.
- (23) Ignacio Hernández-García, Rafael González- Celador y María del Carmen Sáenz-González. Características de los efectos adversos detectados en una unidad de cuidados intensivos de adultos. REV Calidad Asistencial. 2008;23:150-7.
- (24) Otero López M, Martín Muñoz M, Castaño Rodríguez B, Palomo Cobos L, Cajaraville Ordoñana G, Codina Jané C, et al. Evaluación de las prácticas de seguridad de los sistemas de utilización de medicamentos en los hospitales españoles (2007). Medicina Clínica 2008;131:39-47.
- (25) Salazar L N, Jirón A M, Escobar O L, Tobar E, Romero C. Errores de medicación en pacientes críticos adultos de un hospital universitario: Estudio prospectivo y aleatorio. Revista médica de Chile 2011;139(11):1458-1464.
- (26) Ques A, Montoro CH, González MG. Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería. Rev Latino-Am Enfermagem 2010;18(3):339-345.
- (27) Consejo de Seguridad de la Comunidad Valenciana. Guía: Salva vidas, limpia tus manos [internet]. [consultado 2014 May 7]. Disponible en : <http://www.enfermeriayriesgobiologico.org/2011/06/guia-salva-vidas-limpia-tus-manos.html>.
- (28) Deschamps Perdomo A, Olivares Román SB, Rosa Zabala, Kelman Luis De la, Asunsolo del Barco Á. Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras. Medicina y Seguridad del Trabajo 2011;57(224):224-241.

- (29) Grau A, Suñer R, García MM. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria* 2005;19(6):463-470.
- (30) Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle M, Domínguez V. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública* 2004;78(4):505-516.
- (31) Gómez Sánchez MC, Álamo Santos MC, Amador Bohórquez M, Ceacero Molina F, Mayor Pascual A, Muñoz González A, et al. Estudio de seguimiento del desgaste profesional en relación con factores organizativos en el personal de enfermería de medicina interna. *Medicina y Seguridad del Trabajo* 2009;55(215):52-62.
- (32) Novoa Gómez MM, Nieto Dodino C, Forero Aponte C, Caycedo CE, Palma Riveros M, Montealegre Martínez, Ma. Del Pilar, et al. Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. *Universitas Psychologica* 2005;4(1):63-76.
- (33) Barrios Araya S, Arechabala Mantuliz MC, Valenzuela Parada V. Relación entre carga laboral y burnout en enfermeras de unidades de diálisis. *Enfermería Nefrológica* 2012;15(1):46-55.
- (34) Ramírez-Elizondo N, Paravic-Klijn T, Valenzuela-Suazo S. Riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional de enfermería. *Index de Enfermería* 2013;22(3):152-155.
- (35) De Melo Batista K, Ferraz Bianchi ER. La relación estrés, resistencia y turno de trabajo en enfermeros de un hospital de enseñanza. *Enfermería Global* 2013;12(29):274-280.
- (36) Artazcoz Lazcano L, Cruz i Cubells J, Moneada i Liuis S, Sánchez Miguel A. Estrés y tensión laboral en enfermeras y auxiliares de clínica de hospital. *Gaceta Sanitaria* 1996;10(57):282-292.
- (37) Herrera Sánchez R, Cassals Villa M. Algunos factores influyentes en la calidad de vida laboral de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería* 2005;21(1):1-1.
- (38) Martínez JCA. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev. española Salud pública* 1997;71(3):293-303.
- (39) Montalbán FM, Bonilla J, Iglesias C. Actitudes laborales y estrés asistencial: un modelo de relación secuencial. : Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; 1996.
- (40) García-Barbero M. La alianza mundial para la seguridad del paciente. Consejo de enfermería de la comunidad valenciana 2007. [cited 2014 Feb 2]. En [URL:http://www.portalcnova.es/es/grupos/biologicos/pacientes/alianza_mundial_seguridad_paciente.pdf](http://www.portalcnova.es/es/grupos/biologicos/pacientes/alianza_mundial_seguridad_paciente.pdf)
- (41) Organización mundial de la Salud. 57ª Asamblea Mundial de la Salud. Aplicación de las resoluciones (informe sobre los progresos realizados). Punto 12.15 del orden del día provisional. A 57/18. Abril de 2004; 7-9. [cited 2014 Feb 4] En URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57_18-sp.pdf

- (42) Organización Mundial de la Salud. 59ª Asamblea Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. Punto 11:16 del orden del día provisional. A 59/22. Mayo de 2006. [cited 2014, Feb 4] En URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59_22-sp.pdf.
- (43) Organización Mundial de la Salud. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente. Punto 13.9 del orden del día provisional. WHA 55.18. Mayo de 2002. [cited 2014 Feb 5]. En URL: <http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/blood-4ta-resolucion.pdf>
- (44) World Health Organization. London Declaration. Patients for Patient Safety. WHO Patient Safety. [Internet]. 2006. [cited 2014 Feb 5]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/Final_London_Declaration_Feb_06.pdf.
- (45) World Health Organization. WHO Patient Safety Research. Better Knowledge for Safer Care. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009. Report No.: WHO/IER/PSP/2009.10.
- (46) World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems. From information to action. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2005. Report No.: WHO/EIP/SPO/QPS/05.3.
- (47) The Joint Commission, Joint Commission International, World Health Organization. Soluciones para la seguridad del paciente [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2007. [cited 2014 Feb 6]. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>
- (48) World Health Organization. WHO | Action on Patient Safety - High 5s [Internet]. World Health Organization. [cited 2013 Dic 12]. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/en/index.html>.
- (49) Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. N. Engl. J. Med. 2006 Dec 28;355(26):2725–32.
- (50) World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. WHO patient safety curriculum guide for medical schools. A summary. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009. Report No.: WHO/IER/PSP/2009.3S.
- (51) Organización Mundial de la Salud. OMS | Curso virtual de introducción a la Investigación en Seguridad del Paciente [Internet]. WHO. [cited 2014 Feb 6]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/research/curso_virtual/es/index.html .
- (52) World Health Organization. WHO | Patient safety checklists [Internet]. WHO. [cited 2013 Dic 12]. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/en/index.html>.
- (53) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Tutoriales en línea / Seguridad del paciente [Internet]. [cited 2013 Dic 15]. Available from: <http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/formacion/tutoriales.html>.