



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

USO DE PAQUETE DE MEDIDAS PARA LA TRANSFERENCIA COMUNICACIONAL DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

PRESTADOR PÚBLICO- MONTEVIDEO-2015

Autores:

Br. Lima, Nadia
Br. Peraza, Braulio
Br. Pereira, Romina
Br. Pérez, Valeria
Br. Toledo, Matilde

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Tutores:

Prof. Adj. Lourdes Balado
Prof. Adj. Marisa Machado

Montevideo, 2015

ÍNDICE

Resumen.....	pág. 3
Agradecimientos.....	pág. 5
Glosario.....	pág. 6
Introducción.....	pág. 7
Planteamiento del problema.....	pág. 8
Justificación.....	pág. 13
Fundamento teórico.....	pág. 17
Objetivos.....	pág. 29
Diseño metodológico	pág. 30
Resultados.....	pág. 39
Discusión.....	pág. 41
Conclusión.....	pág. 44
Bibliografía.....	pág. 47
Anexo.....	pág. 54

Resumen

Este estudio fue realizado por estudiantes pertenecientes a la Facultad de Enfermería, Universidad de la República, cursando el trabajo final de investigación, Plan de estudio 1993, en la Cátedra de Salud Adulto y Anciano.

El tema elegido pertenece al área de la Seguridad del Paciente, principio esencial de la atención sanitaria y programa clave en la mejora de la calidad de los sistemas de salud.

El **objetivo** fue identificar las prácticas seguras que se utilizan en la transferencia comunicacional de usuarios hospitalizados en una unidad de cuidados quirúrgicos moderados desde/hacia Block Quirúrgico en un prestador público de Montevideo, setiembre- octubre de 2015.

Material y métodos: Estudio descriptivo, método cuantitativo- cualitativo de corte transversal. Universo (N=143), “Todo el personal de Enfermería que se desempeña en el área hospitalaria.”. Muestreo (n= 47) no probabilístico, a conveniencia según criterios de inclusión.: “Todo el personal de Enfermería (LE y AE) involucrado en la transferencia del paciente quirúrgico desde/hacia Block Quirúrgico en cirugía programada.”, “que otorgó y firmó consentimiento informado.”. Para la recolección de la información se realizó una entrevista estructurada, cerrada y dirigida. El instrumento se construyó siguiendo las Recomendaciones OPS, se aplicó consentimiento informado según Resolución 379/08 del MSP-Poder Ejecutivo-Uruguay Declaración de Helsinki.

De los **resultados** se destaca que 25% de los AE no otorgó consentimiento informado. Las recomendaciones internacionales, nacionales e institucionales son ampliamente conocidas por el personal de Enfermería, no siendo así el nivel de aplicación de los diferentes paquetes de medidas dirigidos a la transferencia comunicacional. Relacionan este hecho al déficit de recursos humanos y los

sistemas de información utilizados por la institución. En su gran mayoría el personal de Enfermería tiene la percepción de que los resultados del uso de estos paquetes son regulares y malos.

Se concluye que las líneas estratégicas para la implementación de cambios orientados a mejorar la aplicación de prácticas seguras en la transferencia comunicacional del paciente quirúrgico deberían estar dirigidas a fortalecer la cultura de la seguridad institucional: capacitación continua, rondas de seguridad, adecuación de las herramientas, comunicación efectiva, reportes y difusión de los resultados.

Palabras Claves: Seguridad del Paciente, Transferencia, Comunicación, Paciente Quirúrgico.

Agradecimientos

Consideramos fundamental agradecer y destacar a quienes de una u otra manera han sido participes en este proceso de elaboración científica. En primer lugar agradecemos a nuestra casa de estudios, la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, por contribuir en nuestra formación profesional a lo largo de todos estos años.

Un agradecimiento especial a nuestras tutoras Prof. Lic. Enf. Adj. Lourdes Balado y Prof. Lic. Enf. Adj. Marisa Machado que nos han brindado su cuerpo de conocimientos en el área de investigación científica y su apoyo incondicional desde el inicio, orientándonos en cada una de las etapas transcurridas.

A la institución y sus autoridades que permitieron la implementación de la tesis final de grado en el área clínica.

Al personal de Enfermería que se desempeña en el área de cuidados quirúrgicos moderados, por su disposición al momento de la aplicación de las encuestas y su colaboración para con el equipo investigador.

A nuestras familias por el apoyo brindado durante esta experiencia formadora y enriquecedora.

Glosario

- AE: Auxiliares de Enfermería.
- APEAs: Estudio de Eventos Adversos en Atención Primaria.
- COSEPA: Comisiones Institucionales de Seguridad del Paciente.
- DIGESA: Dirección General de Salud.
- EA: Evento Adverso.
- EANOR: Asociación Española de Normalización y Certificación.
- ENEAs: Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización.
- FR: Frecuencia Relativa.
- IBEAs: Estudio de prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica.
- INCC: Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca.
- IOM: Instituto de Medicina.
- JC: Joint Commission.
- LE: Licenciado en Enfermería.
- MSP: Ministerio de Salud Pública.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- OPS: Organización Panamericana de la Salud.
- RRHH/ RRMM: Recursos Humanos / Recursos Materiales.
- SBAR/ SAER: Situación, Antecedentes, Evaluación, Recomendaciones.
- SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- SIGN: Red Mundial en Pro de la Seguridad de las Inyecciones.
- SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud.
- TI: Traslado Intrahospitalario.
- UTI: Unidad de Terapia Intensiva.
- VHB: Virus de la Hepatitis B.
- VHC: Virus de la Hepatitis C.
- VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Introducción

El siguiente estudio fue realizado por cinco estudiantes pertenecientes a la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, cursando el trabajo final de investigación, Plan de estudio 1993, en la Cátedra de Adulto y Anciano.

Tiene como propósito conocer prácticas relacionadas a la Seguridad del Paciente, que promueven la mejora de la calidad de la atención a la salud y que deben ser consideradas como principio para asegurar la continuidad de los cuidados.

Los paquetes de medidas son estrategias diseñadas para evitar la ocurrencia de errores en la atención y/o mitigar sus consecuencias, a través de la estandarización y sistematización del uso de herramientas dirigidas a los procesos asistenciales. Aquellos que están dirigidos a la comunicación pretenden disminuir la variabilidad y diversidad de los mensajes a la hora de transmitir la información.

Consideramos que resulta imprescindible continuar promoviendo la construcción de herramientas estandarizadas y facilitadoras de la comunicación para unificar los criterios de seguridad en la transferencia de pacientes, dirigiendo en esta instancia la atención al paciente quirúrgico y que además pueda contribuir a futuro a otros servicios asistenciales.

Planteamiento del problema

Antecedentes

La Seguridad del Paciente como concepto estuvo implícito desde su origen, pero comenzó a tomar relevancia en el año 1999, cuando el Instituto de Medicina (IOM) de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos publicó el informe “To Err is Human”, en el que según las estadísticas, cada año los errores médicos ocasionaban la muerte de hasta 98.000 pacientes, cifra superior a la de las muertes por accidentes de tráfico, cáncer de mama o Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).¹

En el año 2007, un estudio en Canadá y Nueva Zelanda identificó que el 10% de los pacientes hospitalizados sufren las consecuencias de errores médicos. A esto se suman los aspectos económicos: aumento de días de hospitalización, demandas judiciales, infecciones intrahospitalarias, discapacidades y gastos médicos, causando pérdidas tanto para los establecimientos como para las familias de los pacientes, traducidos en costos directos e indirectos de las intervenciones.²

Los grandes adelantos en la tecnología y el conocimiento desarrollado en las últimas décadas han generado un sistema de salud de enorme complejidad. Esta complejidad entraña numerosos riesgos potenciales inherentes al sistema que, al combinarse con la variabilidad de procedimientos y la actuación humana, pueden provocar que los pacientes finalmente se vean afectados a pesar de los cuidados y dedicación de los profesionales.

Por ello, la Seguridad del Paciente se considera un aspecto clave de las políticas de calidad de los sistemas de salud y por tanto, debe ser tratado como un principio esencial. Esta recomendación ha sido avalada por diferentes organismos, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Joint Commission (JC), la

Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Comité Europeo de Sanidad del Consejo de Europa.³

Estas organizaciones en el año 2005 comenzaron a implementar medidas para disminuir las muertes ocasionadas y lesiones prevenibles.

Las Soluciones para la Seguridad del Paciente se centran en los siguientes aspectos:

Medicamentos de aspecto o nombre parecidos, identificación de pacientes, comunicación durante el traspaso de pacientes, realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto, control de las soluciones concentradas de electrolitos, asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales, evitar los errores de conexión de catéteres y tubos, usar una sola vez los dispositivos de inyección, mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud.⁴

A nivel internacional, en España, al igual que en el resto de los países, la preocupación por la Seguridad del Paciente se pone claramente de manifiesto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Allí se realizaron dos grandes estudios que evidencian el impacto que los eventos adversos (EA) tienen sobre la morbilidad y la mortalidad:

-El "Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización" (ENEAs, 2005), arrojó que el 9,3% de los EA se podrían haber evitado.

-El Estudio de "Eventos Adversos en Atención Primaria (APEAs, 2007), concluye que 10,1 mil de los pacientes que acuden a consulta sufre un EA".⁵

En Latinoamérica; se realizó el estudio "Estudio de prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica" (IBEAs, 2010) Este proyecto (Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú) con colaboración de OPS/OMS resaltó que alrededor de un 60% de los EA se consideraron evitables. Siendo los EA

identificados en servicios quirúrgicos y Unidad de Terapia Intensiva (UTI) más graves que los identificados en servicios médicos, pediatría u obstetricia. La evitabilidad del EA es independiente de su gravedad, siendo evitables 67,2% de los EA moderados, el 60% de los EA leves, y el 55,2% de los graves. ⁶

Según la JC en el 70% de los eventos centinela notificados en el año 2005, están relacionados con la transferencia comunicacional y aspectos que involucran tratamientos inadecuados, aumento de los periodos de hospitalización, interrupción de la calidad asistencial, insatisfacción del usuario, incremento del gasto sanitario e incluso muertes.

En Colombia en el año 2013, se realizó un estudio en relación a la temática abordada que evidenció que el uso de paquete de medidas depende de la responsabilidad de cada trabajador de la salud. Señaló que las causas de la baja utilización de prácticas seguras fueron: olvido (27%), exceso de confianza (23%), desconocimiento del estándar (1%), entre otras razones. ⁷

En el Uruguay, en octubre de 2006 se crea por ordenanza ministerial en el ámbito de la Dirección General de Salud (DIGESA), la Comisión Nacional Asesora de Seguridad del Paciente a la que se le otorgó la responsabilidad de diseñar y crear políticas y actividades para la seguridad de los pacientes y prevención del error en medicina. En el marco de la actual reforma Sanitaria, desde el año 2008 se establece en forma obligatoria la creación y funcionamiento de Comisiones Institucionales de Seguridad del Paciente (COSEPA), en las Instituciones públicas y privadas de todo el país; las cuales deberán desarrollar programas que promuevan prácticas seguras y gestionen los riesgos asistenciales, incluyendo la participación activa de los usuarios en su propia seguridad. ⁸

La gran mayoría de los estudios realizados sobre EA son relacionados a tratamientos farmacológicos y el manejo por los usuarios y profesionales sanitarios que los asisten.

Se han desarrollado prácticas asociadas a la transferencia de pacientes que realizan recomendaciones orientadas a minimizar los riesgos que entraña la comunicación⁹, pero existe escasez de estudios que evalúen el comportamiento del personal de Enfermería frente al uso de los mismos.

Otro aspecto dentro de la temática abordada es la sistematización de los paquetes de medidas mediante normas diseñadas acordes a las características del servicio y a la población asistida. Es por ello que a nivel país, los prestadores de salud promueven la aplicación de los retos mundiales por parte de los profesionales:

1- Una atención limpia una atención segura (2007), Uruguay resultó ser uno de los países de América con mayor número de hospitales adheridos a dicha iniciativa; se reportaron 2042 infecciones hospitalarias y 69 bacteriemias secundarias en el periodo comprendido entre enero 2012 a diciembre 2013 en todos los hospitales de Uruguay. ¹⁰

2- Cirugía segura salva vidas (2009), que sistematizó el control perioperatorio a través de un Listado de Verificación o “Checklist” quirúrgico.

3- Comunicación efectiva durante el traspaso de pacientes utilizando herramienta Situación, Antecedentes, Evaluación, Resultados (SAER/ SBAR) (2012), que tiene como objetivo implementar un sistema nacional de Seguridad del Paciente y control de procesos asistenciales.¹¹ La herramienta es aplicada por dos instituciones médicas en Uruguay. ¹²En relación al uso de la herramienta SAER en 2013 se realizó un estudio que investigó la “Opinión de los profesionales de Enfermería en relación al pase de guardia como herramienta relacionada a la Seguridad del Paciente”. Destacó que la totalidad de los encuestados consideraron que la comunicación es una herramienta fundamental en ésta área. El mismo identificó que dentro de los problemas causados por mala comunicación, el 80 % corresponde a la desorganización, el 53 % al retardo en los procedimientos y un 46 % a la falla en la priorización de los cuidados. ¹³

Las barreras en la atención médica, los numerosos cuidadores y los vacíos de la comunicación, pueden producir daños potenciales y eventos adversos, ya que la “fuente más habitual del error médico está relacionado con la comunicación”.¹⁴

4- En nuestro país se desarrollaron además otras herramientas y dispositivos de vigilancia de la calidad de la atención en salud para las Infecciones Intrahospitalarias, Farmacovigilancia, Tecnovigilancia y Hemovigilancia.¹⁵

Pregunta Problema

¿Cuáles son las prácticas seguras que se utilizan en la transferencia comunicacional de usuarios hospitalizados en unidad de cuidados quirúrgicos moderados desde/hacia Block Quirúrgico en un prestador público del departamento de Montevideo, en setiembre- octubre de 2015?

Justificación

Los Sistemas de Salud apuntan a la protección y mejoramiento sanitario de la comunidad. Requiere que todo el personal de la salud se involucre con las acciones destinadas a mejorar la calidad de los servicios en los diversos ámbitos.

La calidad en la atención de Enfermería es un concepto complejo que comprende la asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de implantar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y asegurar su continuidad. ¹⁶Sumado a esto, la ética profesional debe estar íntimamente ligada con el quehacer del personal, ya que las conductas o comportamientos dependen del conocimiento, la experiencia y el poder de decisión que cada uno tenga en su quehacer; a través del cumplimiento de normas, el uso de las guías clínicas y protocolos estandarizados que permitan minimizar riesgos y errores. ¹⁷

Dado que la Enfermería enfrenta nuevos retos en el cuidado de la salud debemos de utilizar protocolos de seguridad más rigurosos en el accionar basados en la taxonomía, el uso de la cual ha comprobado científicamente que contribuye a disminuir errores.

El uso de criterios estandarizados y de manejo universal, no desprecia la condición humana, es decir las características individuales o personales que condicionan el accionar del trabajador. Esto implica que la cultura de seguridad condiciona el estilo de la gestión de la calidad asistencial. La cultura organizacional es clave para el desarrollo de la mejora continua centrada en la Seguridad del Paciente. ¹⁸

Uruguay ha conformado un SNIS que apostó a la integración de las Instituciones y la complementación de los usuarios. El cambio en el modelo de atención implica modificaciones en la cultura de los profesionales de la salud y de los ciudadanos; como toda transición social es lento ¹⁹.

Los paquetes de medidas como estrategia, están diseñados para minimizar y evitar la ocurrencia de eventos adversos, y estandarizar prácticas que conlleven a procesos asistenciales seguros. Aquellos dirigidos a la comunicación pretenden disminuir la variabilidad y diversidad de los mensajes a la hora de transmitir la información. De estas medidas podemos destacar aquellas que hacen a la identificación correcta de los usuarios, las prácticas de Enfermería dirigidas a administración de medicamentos, flebotomía, transfusiones de sangre e intervenciones quirúrgicas, etc.

En los procesos asistenciales que atraviesa el usuario es abordado por diversos profesionales, lo que puede generar problemas en la transferencia y comunicación de información. Se ha demostrado que la ausencia de un sistema de codificación estandarizado ha tenido como resultado errores por parte del personal que presta atención. Destacamos que independientemente de la tecnología o el enfoque empleado lo relevante es la planificación cuidadosa de los procesos de atención.²⁰

Otro elemento clave es la formación continua a través de capacitaciones profesionales para prevenir el error.²¹

En lo que tiene que ver con las estrategias comunicacionales entre los profesionales en el momento del traspaso del paciente, se deben implementar herramientas estandarizadas en los diferentes ámbitos de actuación, los cambios de turno, las distintas unidades, etc. Desarrollar y aplicar sistemas (listas) de verificación de los componentes imprescindibles para la transferencia del paciente aseguran que su paso a otro ámbito sea efectivo para garantizar la continuidad asistencial. En relación a este aspecto se promueve el uso de la herramienta SAER, medida comunicacional fundamental para la transferencia del usuario.²²

La comunicación entre las unidades y entre los equipos de atención en el momento del traspaso de un paciente podría no incluir toda la información esencial, o generar interpretaciones erróneas que impidan una adecuada continuidad asistencial y originen daños al paciente.²³ Por ello en el contexto actual

de interés internacional por promover la Seguridad del Paciente, la transferencia se ha identificado como un proceso de alto riesgo al que se somete el paciente en múltiples ocasiones en el continuo de la asistencia sanitaria que el sistema le presta.

La aplicación de la lista de verificación quirúrgica es un claro ejemplo de una herramienta comunicacional efectiva.²⁴

Por naturaleza, el hombre comete y seguirá cometiendo errores, por lo tanto la implementación de sistemas más seguros que puedan impedir que el error ocurra o que llegue al paciente es un elemento indispensable en todas las acciones a tomar y debe ser tenido en cuenta en la organización del cuidado de la salud en todos sus niveles.²⁵

Enfermería aumenta el valor profesional cuando utiliza el conocimiento teórico como una guía sistemática para el pensamiento crítico y la toma de decisiones. Por lo tanto la investigación de Enfermería a nivel de la Seguridad del Paciente orienta sobre lineamientos claves para la mejora continua en los procesos asistenciales.

En el accionar que apunta a brindar calidad en la atención de los usuarios es imprescindible implementar las estrategias anteriormente mencionadas; ya que las causas de los errores en el ámbito de la medicina son múltiples, pero en su gran mayoría (90%) se deben a fallas del sistema de salud, como la falta de comunicación entre los profesionales del área o entre el médico y el paciente.²⁶

Es necesario ser consciente del problema que ocasionan los errores en la atención, contribuir a generar un cambio de cultura y motivar que las instituciones sanitarias desarrollen sistemas más seguros para la prevención de errores.

La base del mejoramiento de la gestión clínica se desarrolla mediante la implementación de estrategias o modelos relacionadas con los procesos institucionales, basados en las prácticas de cada área del conocimiento.²⁷

Por lo mencionado anteriormente reafirmamos que la Seguridad del Paciente es una dimensión básica para que un servicio pueda alcanzar un nivel de calidad óptimo a través de la intervención de modelos, protocolos y prácticas clínicas estandarizadas.

Por tanto, resulta imprescindible continuar promoviendo la construcción de herramientas facilitadoras de la comunicación estandarizada para unificar los criterios de seguridad en la transferencia de pacientes, dirigiendo en esta instancia la atención al paciente quirúrgico y que contribuya a futuro a otros servicios.

Fundamento Teórico

Salud

Hugo Villar en 1946 define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La considera “una categoría biológica y social, en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interrelación armónica y dinámica entre el individuo y su medio, que se expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológica y social, permite al individuo el cumplimiento de su rol social, está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico del desarrollo de la sociedad y constituye un inestimable bien social”.²⁸

Calidad en servicios de salud

Calidad de la Atención Médica es para A. Donabedian, “la obtención de los mayores beneficios posibles con los menores riesgos para el paciente, en función de lo alcanzable, de acuerdo a los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes”.

Los servicios de atención a la salud, en cualquier nivel de atención, deben brindar a los usuarios una atención de calidad, entendida como el grado en que mediante ella se mejoran los niveles esperados de salud, de manera congruente con las normas profesionales vigentes y con los valores de los usuarios.

Los profesionales aportan habitualmente una perspectiva individual de la calidad a su práctica clínica; su pretensión legítima no es otra que hacer lo correcto de manera correcta. También los usuarios aportan una perspectiva individual, al plantear como atributos de la asistencia de calidad la adecuada comunicación

interpersonal con los profesionales, a los que exigen competencia técnica, a la vez que desean una accesibilidad conveniente a los servicios y un trato digno.

Las organizaciones sanitarias exigen prestación de los cuidados con un adecuado rendimiento técnico, que sea satisfactorio para los pacientes y que su consecuencia sea la mejora del nivel de salud.

La calidad beneficia al que recibe el servicio tanto como a quien lo brinda; la atención humanizada dignifica a uno y a otro. Al fin y al cabo, la problemática de la calidad, no trata sino de esto: de la percepción de la excelencia por el usuario. Y la calidad es nuestra respuesta a esa percepción. La calidad, es lo que el usuario necesita.

Por lo tanto la calidad de la asistencia sanitaria se puede definir como el nivel de utilización de los medios más adecuados para conseguir las mayores mejoras en salud. Sin embargo, las consecuencias en la asistencia suceden en el futuro, porque lo que estamos juzgando son las presunciones de los resultados.²⁹

Deming plantó la calidad como cero defectos o menos variaciones, y se basa en el control estadístico del proceso como la técnica esencial para la resolución de problemas, con el fin de distinguir las causas sistémicas y las causas especiales. La búsqueda de la calidad se traduce en costos más bajos, mayor productividad y el éxito en el plano competitivo. El enfoque general se centra en el mejoramiento del proceso, considerando que la causa de las variaciones en el proceso radica en el sistema, más que en el trabajador.

Por ello, Deming define que "la administración de la calidad total requiere de un proceso constante, que será llamado Mejoramiento Continuo, donde la perfección nunca se logra pero siempre se busca".³⁰

Seguridad del Paciente

La atención sanitaria es una actividad cada vez más compleja y que entraña numerosos riesgos potenciales, al interaccionar en ella los factores inherentes al sistema con actuaciones humanas, ha llevado a la reflexión acerca de la absoluta necesidad de adoptar medidas eficaces y probadas que permitan reducir el creciente número de sucesos adversos derivados de la atención sanitaria y sus repercusiones en la vida de los pacientes.

Para aumentar la Seguridad del Paciente es necesario poner los riesgos de manifiesto, prevenir los sucesos adversos y amortiguar o eliminar sus efectos cuando se producen. Para conseguirlo se requiere más capacidad para aprender de los errores. Esta capacidad se adquiere disponiendo de información previa y veraz sobre los riesgos y problemas ocurridos.

La OMS en 2002, instó a los estados miembros a prestar “la mayor atención posible al problema de la Seguridad del Paciente” y a establecer y consolidar “sistemas de base científica, necesarias para mejorar la Seguridad del Paciente y la calidad de la atención de la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología”. Los estados miembros solicitaron que se tomara la iniciativa para definir normas y patrones mundiales, alentar la investigación y apoyar el trabajo de los países.

Se destaca que en el año 2004 la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente propone diez programas: el reto global por la Seguridad del Paciente, pacientes por la Seguridad del Paciente, sistemas de notificación y aprendizaje, taxonomía, investigación, soluciones de seguridad, seguridad en acción, tecnología y formación, Seguridad del Pacientes y cuidados de pacientes críticos, hospitales ejemplares.

En 2005 el Consejo de Europa recomendó desarrollar una cultura de la Seguridad del Paciente con enfoque sistémico y sistemático, implantando sistemas de

información que apoyen el aprendizaje y la toma de decisiones e implicando a pacientes y ciudadanos en el proceso.

Cabe destacar, por último que las principales instituciones en el ámbito de la acreditación y certificación son las que también han adoptado esta cultura y han incorporado elementos de Seguridad del Paciente a sus estándares de actuación. Como ejemplo se mencionan las siguientes:

- La JC on Accreditation of Healthcare Organizations y la JC International a nivel internacional como centro colaborador de la OMS, que conjuntamente con esta elaboraron y aprobaron en 2007 el documento “ Nueve soluciones para la Seguridad del Paciente”. Estas nueve soluciones se basan en intervenciones y acciones que han reducido los problemas relacionados con la Seguridad del Paciente en algunos países, y se difunden ahora de manera accesible para que los estados miembros de la OMS puedan usarlas y adaptarlas a fin de reformular los procedimientos de asistencia al enfermo y hacerlos más seguros.
- La Asociación Española de Normalización y Certificación (EANOR) incorpora los elementos de la seguridad en un programa de certificación por sí solo y no dentro de un sistema de calidad.

Trabajar con cultura de Seguridad del Paciente implica un cambio en la manera de proceder de la práctica diaria, mostrando una visión más sistémica de la atención sanitaria. La Seguridad del Paciente entraña un enfoque marcadamente preventivo en el que se contempla cada uno de los riesgos de los diferentes pasos del proceso asistencial y su posible repercusión en el paciente.³¹

Para lograrlo la cultura de seguridad es preciso formular una clasificación internacional normalizada y consensuada de los principales conceptos en el campo de la Seguridad del Paciente, lo que es denominado taxonomía.

El objetivo de la taxonomía es definir, armonizar y agrupar los conceptos en una clasificación internacionalmente acordada. Esto ayudará a recolectar, agregar y analizar factores relevantes para la Seguridad del Paciente de un modo que permita el aprendizaje y el mejoramiento del sistema. La clasificación debe ser adaptable pero compatible con todo el espectro de la atención sanitaria, diferentes culturas e idiomas.³²

La taxonomía de Seguridad del Paciente implica los siguientes conceptos:

- Atención Sanitaria: servicios que reciben las personas para promover, mantener, vigilar o restablecer su salud.
- Seguridad: reducción de riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable. Minimización o ausencia de peligro.
- Riesgo: Probabilidad de que se produzca un incidente.
- Daño relacionado con atención sanitaria: alteraciones estructural o funcional del organismo y cualquier efecto perjudicial derivado de esta que se deriva de los planes o acciones durante la presentación de asistencia sanitaria o que se asocia con ellos, y no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.
- Incidente: circunstancia o cualquier desvío de la asistencia que podría haber ocasionado o ha ocasionado un daño innecesario a un paciente. Este puede alcanzar o no al paciente y si lo alcanza puede o no causarle daño.
- Evento adverso: incidente con daño. Acontecimiento que produce una lesión o daño al paciente como resultado de una intervención sanitaria.
- Prevenible: evitable en las circunstancias particulares del caso.
- Error: hecho de no llevar a cabo una acción como se ha planificado o acción desarrollado con una planificación equivocada para la consecución de un

objetivo. Sobre esta base pueden encontrar errores activos y condiciones latentes.

- Fallo del sistema: defecto, interrupción o disfunción en los métodos operativos, procesos o procedimiento o en las infraestructuras de la organización.
- Seguridad del Paciente: ausencia o reducción, para un paciente, de daño innecesario o potencial asociado con atención sanitaria, hasta un mínimo aceptable. Asegurar la seguridad de los pacientes supone un proceso por el cual una organización proporciona cuidados seguros a los pacientes e involucra el establecimiento de sistemas operativos, elementos estructurales y procesos que reduzcan el riesgo de daño innecesario asociado con la atención sanitaria a un mínimo aceptable.³³

Los sistemas de atención en salud se deben concebir de forma que permitan reducir a un mínimo los riesgos a los que están expuestos los pacientes; en este orden de ideas es fundamental el cambio de la organización hacia una cultura de seguridad para el paciente que incluye tener funcionarios competentes y preocupados por el tema, la disminución de barreras estructurales, la formación en el liderazgo, la evaluación constructiva y no punitiva y la inclusión de todo el personal. Esa cultura lleva a tener instituciones inteligentes, que identifican problemas, definen estrategias de prevención y adquieren habilidades para aprender de los errores. Esto se traduce en un cambio hacia prácticas adecuadas y reevaluación constante que resulta en organizaciones que trabajan con calidad.³⁴

La implantación de prácticas que proporcionen seguridad a los pacientes ante las intervenciones sanitarias requiere cambios tanto en las conductas relacionadas con la práctica clínica que posee cada profesional de Enfermería, y por otra parte las características del servicio.³⁵

Se define práctica segura como la intervención tecnológica, científica o administrativa en el proceso asistencial con resultado clínico exitoso, que minimiza la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.³⁶

Tal es así que, la OMS ha lanzado "Nueve soluciones para la Seguridad del Paciente" a fin de ayudar a reducir el tributo de daños relacionados con la atención sanitaria.

Las Soluciones para la Seguridad del Paciente se centran en los siguientes aspectos:

- Medicamentos de aspecto o nombre parecidos.
- Identificación de pacientes.
- Comunicación durante el traspaso de pacientes.
- Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto.
- Control de las soluciones concentradas de electrolitos.
- Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales.
- Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos.
- Usar una sola vez los dispositivos de inyección.
- Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud.³⁷

Enfermería

La Enfermería es una profesión con profundas raíces humanistas, genuinamente preocupada por las personas que confían en su cuidado, en especial de los

pacientes, se remonta a tiempos pasados, como se puede apreciar en el postulado de Florence Nightingale que experimenta una situación de enfermedad y sufrimiento. Sus fundamentos dan sustento a una práctica profundamente humanista, que ha evolucionado con el avance científico-técnico. Acorde con su propósito de superación, se acoge a la corriente que tiende a garantizar la calidad en los sistemas de los servicios de salud, que busca satisfacer las necesidades de la sociedad. Así, la calidad se ha convertido en un elemento esencial de los servicios de salud.³⁸

Nightingale planteó la teoría que se centró en el entorno, aunque ella nunca utilizó el término entorno en sus escritos definió y describió con detalle los conceptos de ventilación, temperatura, iluminación, dieta, higiene y ruidos. Definió los conceptos con exactitud, no separó aspectos del entorno del paciente en aspectos físicos, emocionales, o sociales. Su preocupación por el entorno saludable incluyó ámbitos hospitalarios como también se extendió a los hogares y condiciones físicas de vida de los pobres. Creía que los entornos saludables eran necesarios para aplicar unos cuidados de Enfermería adecuados.

Definió salud como la sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo las facultades de vivir. Contemplaba la enfermedad como un proceso reparador que la naturaleza imponía, debido a una falta de atención.

Las enfermeras que utilizan la teoría para estructurar su práctica mejoran la calidad de los cuidados porque organizan más rápidamente los datos del paciente, deciden la acción enfermera necesaria y suministran el cuidado con una expectativa de resultado. Además, son capaces de discutir con otros profesionales de la salud el marco utilizado para estructurar su práctica. La teoría contribuye a aumentar la autonomía profesional de la enfermera guiando la práctica, formación e investigación dentro de la profesión.³⁹

Según el Plan de Estudios 1993 perteneciente a la Facultad de Enfermería, Universidad de la República, define el concepto de Enfermería como "una

disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano (persona-familia, grupo poblacional). La capacidad reaccional del Hombre está dada por la lucha continua del mismo por mantener su equilibrio con el medio; es una respuesta individual o grupal frente a alteraciones bio-psico-sociales. Enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria".⁴⁰

Comunicación

Cualquier interrelación humana trae implícito el fenómeno de comunicación. La comunicación es el intercambio de ideas, por medio de un lenguaje verbal y no verbal entre dos o más individuos, que implica comprensión mutua. Tradicionalmente, el proceso de comunicación ha sido concebido con un esquema donde tendremos, por un lado, una fuente o emisor, que será el lugar de donde parte el mensaje y por otro un receptor hacia donde llega el mismo. Concomitantemente, el mensaje tiene un contenido y una forma que será decodificada por el receptor, lo que remite a la idea de que el código debe ser conocido por éste. El receptor, al recibir la información, emitirá una respuesta que retroalimente el proceso.

Tomando en cuenta dichas consideraciones, podemos decir que el ser humano tiene una singular forma de percibir y reaccionar, pero siempre en un contexto que lo condiciona y que en definitiva marca una forma de ser.

El mensaje configura una forma y un contenido sujetos a distorsiones por causas derivadas de actitudes, gestos, entre otros.

El objetivo de la comunicación es comunicar, y aun cuando esto pareciera ser obvio, muchas veces en ese intento se fracasa por múltiples factores. En organizaciones complejas se crean canales de comunicación paralelos, fenómeno derivado de la naturaleza misma del proceso de comunicación y del volumen de

información. Esto origina que a nivel operativo la información llegue tergiversada, o bien tardíamente. El mensaje contiene, por un lado, algo que todo el mundo conoce o cree conocer, y, por otro, se han agregado a él sentimientos o interpretaciones que reflejan los puntos de vista que el contenido les merece a los integrantes del grupo, y tal vez lo más relevante es el carácter individualista del emisor o el receptor.⁴¹

Transferencia

Durante un episodio de enfermedad o un período de atención, un paciente podría potencialmente, ser tratado por una serie de facultativos médicos y especialistas en múltiples entornos, incluyendo atención primaria, atención ambulatoria especializada, atención de emergencia, atención quirúrgica, cuidados intensivos y rehabilitación. En forma adicional, los pacientes se moverán a menudo entre áreas de diagnóstico, tratamiento y atención en forma regular, suponiendo esto un riesgo en la continuidad de la atención y en la Seguridad del Paciente en cada intervalo.

Se define como transferencia, la comunicación entre profesionales sanitarios en la que se transmite información clínica de un paciente, y se traspa la responsabilidad del cuidado a otro profesional sanitario o grupo de profesionales, bien de forma temporal (relevo, cambio de turno), o definitiva (cambio de unidad o de nivel asistencial).

Durante una transferencia influyen otros factores, se destacan los siguientes:

- Situación clínica del paciente, que puede hacer necesaria la priorización de la información.
- Entorno de la transferencia.
- Carga asistencial.
- Tiempo empleado en el proceso de la transferencia.

- Formación y nivel de competencia y experiencia del personal que realiza la transferencia.
- Utilización de lenguaje normalizado.
- Sistema de comunicación utilizado (verbal, documental soporte papel, soporte informático o combinación).

Profesionales expertos en el campo de la Seguridad del Paciente concuerdan en que las soluciones que implican el rediseño de los sistemas de prestación de atención sanitaria serían las más efectivas para mejorar la comunicación en la transferencia del paciente. El diseño mejorado del sistema aumentará la capacidad de los prestadores de atención de comunicarse efectivamente, aprovechando las ventajas del conocimiento de los factores humanos (cómo los seres humanos se equivocan), procurando reiteraciones en los procesos de atención, creando funciones obligatorias y reduciendo los pasos en los procesos para disminuir, por ende, las posibilidades de error. En parte, los problemas que surgen en el momento de la transferencia se originan en la forma en que están educados (o no) los prestadores de atención sanitaria (en cuanto al trabajo en equipo y las destrezas de comunicación), en la falta de buenos modelos de conducta y en un sistema de atención sanitaria que promueve y recompensa la autonomía y el desempeño individual.⁴²

En el año 2006 JC promueve la adopción de medidas orientadas a reforzar la eficacia de la comunicación entre profesionales; y crea un objetivo específico en que recomienda la aplicación de un sistema estandarizado para la transferencia de pacientes adaptado a cada contexto y organización, que incluya la oportunidad de preguntar y responder a las cuestiones que surjan.

La estandarización de la transferencia minimiza la variabilidad de su desarrollo, favorece la eficacia de la comunicación y por tanto, incide sobre la Seguridad del

Paciente al contribuir a que todos los profesionales implicados en la transferencia tomen conciencia del conjunto de la situación del paciente.

El fin último de la transferencia es la transmisión de información crítica del paciente y asegurar el cumplimiento de los objetivos terapéuticos en el contexto de una atención segura en la que no se vea interrumpida la continuidad asistencial. En esta línea y con el propósito de estandarizar la transmisión de la información, se creó un modelo de comunicación estructurada con la pretensión de minimizar o eliminar los déficits de la comunicación y las ocasiones de error provocadas por éstos, la técnica SBAR o SAER.⁴³

Desde el punto de vista de la transferencia física intrahospitalaria del usuario, podemos definirlo como el traslado de un paciente a otra unidad hospitalaria, de manera puntual o momentánea, para realizar una prueba diagnóstica o de intervención, siempre que se realice en el interior de las instalaciones del hospital donde se encuentra ingresado el paciente. Este traslado intrahospitalario requerirá de unas u otras condiciones dependiendo de las necesidades y del estado del paciente.⁴⁴

Objetivos

Objetivo general

- Identificar las prácticas seguras que se utilizan en la transferencia comunicacional de usuarios hospitalizados en unidad de cuidados quirúrgicos moderados desde/hacia Block Quirúrgico

Objetivos específicos

- Determinar el conocimiento de Enfermería respecto a los paquetes de medidas protocolizados para uso en el servicio.
- Orientar lineamientos en prácticas seguras de acuerdo a los resultados obtenidos por el estudio.

Diseño metodológico

Tipo de estudio: descriptivo, método cuantitativo y cualitativo, de corte transversal.

Operacionalización de variables:

	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	ESCALA
1	Nivel de formación de Enfermería	Nivel académico alcanzado para el desempeño del rol laboral.	Licenciado en Enfermería	Cualitativa	Nominal
			Auxiliar de Enfermería		
2	Conoce las estrategias, medidas y/o herramientas que promueve la OMS/MSP para contribuir a la Seguridad del Paciente	Conocimiento del personal de salud sobre medidas que promueve la OMS/MSP en relación con la Seguridad del Paciente	Si	Cualitativa	Dicotómica
			No		

3	Conoce las estrategias, medidas y/o herramientas que aplica la institución para contribuir a la Seguridad del Paciente quirúrgico	Conocimiento del personal de salud sobre medidas que promueve la institución en relación con la Seguridad del Paciente quirúrgico.	Si	Cualitativa	Dicotómica
			No		
4	Paquete de medidas conocidas por el personal de Enfermería	Conocimiento del personal de Enfermería acerca de herramientas que permiten estandarizar prácticas asistenciales seguras y minimizar eventos adversos	Identificación	Cualitativa	Nominal
			SAER		
			Prevención de caídas		
			Checklist		
			Formulario de reporte de medicamentos		

5	Paquete de medidas que aplica el personal de Enfermería	Uso por parte del personal de Enfermería de herramientas que permiten estandarizar prácticas asistenciales seguras y minimizar eventos adversos	Identificación Medicamentos Formulario de reporte de medicamentos SAER Prevención de caídas Checklist	Cualitativa	Nominal
6	Existencia de protocolos de prácticas seguras para cada uno de los paquetes	Presencia de normas y pautas de actuación sanitaria diseñadas para garantizar la Seguridad del Paciente	Si No	Cualitativa	Dicotómica

7	Disponibilidad de protocolo en la Enfermería	Normas y pautas de actuación sanitaria que se disponen en forma física para ser utilizadas en el sector de Enfermería	Si	Cualitativa	Dicotómica
			No		
8	Educación continua en el servicio referida al uso de paquete de medidas en prácticas seguras de transferencia comunicacional	Realización de actividades que impliquen la capacitación del personal en el uso de herramientas que promuevan la Seguridad del Paciente	Si	Cualitativa	Dicotómica
			No		

9	Evaluación del uso de herramientas referida al uso de paquetes de medidas en prácticas seguras de transferencia comunicacional	Método o mecanismo que se aplica para valorar el uso de herramientas que contribuyen a la Seguridad del Paciente	Si	Cualitativa	Dicotómica
			No		
10	Implementación de medidas correctivas relacionadas al uso de paquete de medidas en prácticas seguras de transferencia comunicacional	Puesta en práctica de una serie de mecanismos destinados a disminuir o eliminar errores y fallas	Si	Cualitativa	Dicotómica
			No		
11	Importancia de la aplicación de las guías para el cuidado seguro del paciente	Adhesión por parte del personal de Enfermería sobre la importancia de la aplicación de guías para el cuidado seguro del paciente	Si	Cualitativa	Dicotómica
			No		

1 2	Aplicabilidad de las guías de paquetes de medidas en relación a los recursos institucionales disponibles	Opinión respecto a la aplicabilidad de las guías de prácticas seguras en función de los recursos institucionales	Recursos Humanos	Si	Cualitativa	Nominal
				No		
			Sistemas de información	Si		
				No		
		Recursos Materiales	Si			
				No		
1 3	Opinión del personal de Enfermería en cuanto a los resultados de utilizar herramientas para la Seguridad del Paciente	Grado de percepción por parte del personal de Enfermería en cuanto a los resultados de utilizar herramientas para la Seguridad del Paciente	Bueno		Cualitativa	Ordinal
			Regular			
			Malo			

1 4	Opinión del personal de Enfermería referido a aspectos que deberían incluirse en las guías	Paquete de medidas que el personal entiende necesarios a incorporar en los servicios para la transferencia comunicacional segura	Recomendaciones que el personal de Enfermería considera necesario incorporar en el servicio para contribuir en la transferencia comunicacional	Cualitativa	Unidades dialécticas de análisis por saturación de concepto
--------	--	--	--	-------------	---

Área de estudio: Cuidados Quirúrgicos Moderados

Elemento del estudio: Personal de Enfermería.

Unidad de estudio: Paquetes de medidas aplicados a la transferencia comunicacional.

Universo: (N=143): Personal de Enfermería que se desempeña en el área hospitalaria en estudio.

Muestra: (n=47): Personal de Enfermería que se desempeña en el servicio de cirugía.

Tipo de muestreo: Muestreo no probabilístico a conveniencia según criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

1. Personal de Enfermería involucrado en la transferencia del paciente quirúrgico en situación de cirugía programada.

2. Personal de Enfermería que autoriza y firma su participación mediante consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

1. Personal de Enfermería en proceso de orientación.

El procedimiento utilizado para la recolección de la información:

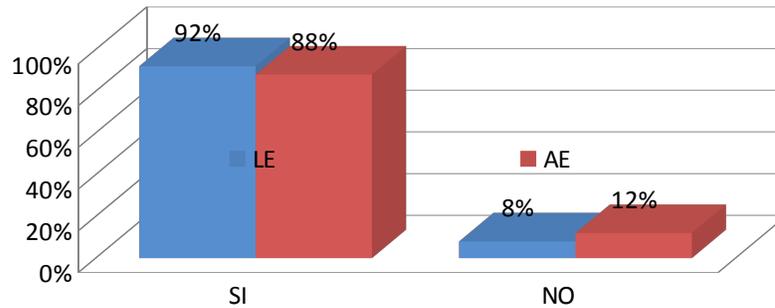
1. Solicitud de autorización a la institución mediante entrevista a Licenciada Directora del Departamento de Enfermería, presentación de nota escrita (Ver anexo Nro.2) y Protocolo de Investigación.
2. Relevamiento del universo y muestra mediante entrevista a Licenciada Enfermería a cargo de RRHH del Hospital.
3. Organización del equipo investigador mediante la conformación de dos subgrupos para realizar el reclutamiento de la información, distribuidos en los turnos de la mañana, tarde y vespertino.
4. Solicitud de Consentimiento Informado y aplicación de la encuesta (Ver anexo Nro.1).

Aspectos éticos y legales: Mediante aplicación del consentimiento informado a los individuos entrevistados, según Resolución 379/08, MSP-Poder Ejecutivo-Uruguay). Se garantiza la confidencialidad de acuerdo con la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, en cuanto a los principios éticos para las investigaciones en seres humanos. (Ver anexo Nro. 2: Consentimiento informado)

Plan de tabulación y análisis: Se utilizó el sistema Excel de procesamiento de datos.

1-Las variables cuantitativas se analizaron mediante estadística descriptiva univariada con medidas de tendencia central (Media, FR%). (Ver anexo Nro. 4: Tablas y gráficos).

2-Para la variable cualitativa se utilizó el análisis por “saturación según unidad de conformación o dialéctica”.



Nº de veces

que aparece

Unidades dialécticas

Fuente: Vallué Claudia. Cuestión de Método. 1era ed. España. Diciembre 2014 [Internet]. ISDN 978132618784

Resultados

De acuerdo a los datos obtenidos el servicio quirúrgico cuenta con 47 trabajadores de Enfermería. De los cuales 14 son LE y 33 AE. Se logró entrevistar al 86% LE y 73% AE. El 25% de los AE no autorizaron la realización del estudio.

En relación al conocimiento del personal de salud sobre medidas que promueve la OMS/MSP en relación con la Seguridad del Paciente el 92% de los LE y el 88% de los AE conocen las mismas.

En cuanto al conocimiento que posee el personal de salud sobre medidas que promueve la institución respecto a la seguridad de los usuarios el 92% de LE y AE las conocen.

Referido a los paquetes de medidas conocidos por el personal de Enfermería, la identificación del usuario es conocida por el 100% de LE y aplicada por el 92%; el 92% de AE la conoce y el 83% la aplica. La herramienta SAER el 25% de LE la conoce y el 17% la aplica, el 8% de AE la conocen y la aplican.

El paquete de prevención de caídas el 92% de LE lo conoce y el 83% la aplica, el 88% de AE la conoce y el 83% la aplica.

La herramienta checklist es conocida por el 67% LE y el 50% dice se utiliza; 38% de AE la conoce y el 21% dice se utiliza. El formulario de reporte de reacciones adversas de medicamentos es conocido por el 58% de LE y la utiliza el 50% y el 42% AE la conocen y la aplican el 33%.

Respecto a la variable existencia de protocolos escritos en la institución, el 67% de los LE y el 54% de AE afirman que la institución cuenta con estos; de los cuales el 63% de los LE y la totalidad de los AE refirieron que se encuentran disponibles en la Enfermería.

En relación a la educación continua que posee el personal referida al uso de las herramientas, el 33% de LE y el 25% de AE manifiestan haber participado en instancias educativas. El 75% LE y 50% AE tuvieron instancias evaluativas en el proceso del uso de las mismas. El 67% de LE y 100% de AE refieren que se implementaron las medidas correctivas correspondientes al uso de las mismas.

De acuerdo a la variable importancia de la aplicación de las guías para el cuidado seguro del paciente el 92% de los LE y la totalidad de los AE afirman la importancia.

En cuanto a la aplicabilidad de las guías de paquetes de medidas en relación a los recursos institucionales disponibles, se destaca que el 50% de los LE y el 58% de los AE refirieron déficit de recursos humanos. El 58% de los LE y AE refirieron déficit en los sistemas de información.

El 25% LE y 50% AE percibió como "bueno" los resultados de la utilización de herramientas de prácticas seguras; "regular" el 58% de LE y el 46% AE; malo el 17% de los LE y 4% de los AE.

Cuando el personal de Enfermería opinó acerca de aspectos que deberían incluirse en las guías hizo referencia a: "Comunicación en el traslado" y "Crear nuevos protocolos de Seguridad del Paciente".

Discusión

De acuerdo a la población en estudio se evidencia que los profesionales tuvieron mayor participación. Se observó que un número considerable de Auxiliares no consintió participar. En este sentido, importa plantearse posibles causas; la cultura punitiva entorno al error, el temor a expresarse, la desmotivación laboral, el desinterés para aportar opinión a la mejora y la falta de conocimiento entorno a la importancia de la temática. Este resultado va en acuerdo con los antecedentes del estudio que demostraron que los trabajadores no desprecian la condición humana, es decir las características individuales o personales que guían el accionar. Esto implica que la cultura de seguridad dirige el estilo de la gestión de la calidad asistencial.

La población estudiada mostró mayoritariamente tener conocimiento acerca de las estrategias de Seguridad del Paciente que promueven los organismos internacionales, nacionales e institucionales; existe una minoría que desconoce las mismas, por lo que se infiere hay un grupo que supone mayor exposición a los riesgos en la atención dirigida al usuario. Refirieron conocer más herramientas de las que aplican; se desprende que podría estar relacionado con las siguientes causas: desmotivación del personal, falta de iniciativa por parte de la institución que promueva la aplicación de dichas herramientas, RRHH insuficientes para la demanda del servicio.

Se identificó que hay déficit de conocimiento de la herramienta Checklist quirúrgico; el propio servicio elaboró una herramienta que corresponde a la transferencia comunicacional del usuario en preoperatorio, denominada también "Checklist" y que puede dar lugar a confusión. Lo que sí está acorde con la bibliografía internacional que sugiere interceptar el error mediante la creación de herramientas propias de acuerdo al contexto institucional. En este punto, el equipo investigador presentó dificultad en la interpretación de los datos recabados debido

a la existencia de esta herramienta institucional que posee la misma denominación que la proporcionada por la OMS, utilizada intrablock quirúrgico.

La herramienta menos conocida y aplicada por el personal de Enfermería fue el SAER, lo que puede generar problemas en la transferencia y comunicación de información, ya que la ausencia de un sistema de codificación estandarizado podría tener como resultado errores por parte del personal. El SAER a pesar de haber surgido en el ámbito internacional y haber sido impulsado por el MSP; es apenas conocida por los trabajadores de Enfermería. No es aplicada por los profesionales en el pase de guardia. Suponemos que este hecho se podría vincular a los siguientes motivos: escaso énfasis y difusión por parte del MSP y a nivel institucional, desinterés por parte del personal.

Si bien en relación a la identificación del paciente se constató que la mayoría del personal conoce dicha herramienta, se evidenció que un porcentaje mayor tanto de LE como de AE no la aplica. Este elemento se debe tener presente debido a que constituye el primer error quirúrgico más grave y más frecuente.

Otro elemento que podría poner en riesgo la Seguridad del Paciente durante la transferencia, es el déficit de conocimiento tanto de LE como AE en lo referente al reporte de reacciones adversas medicamentosas.

En relación a los protocolos escritos que posee la institución, conocen que la misma cuenta con ellos pero hay un desconocimiento por parte del personal de Enfermería si los mismos se encuentran disponibles para ser utilizados en la Enfermería. Podemos sugerir que dicha situación puede estar relacionada con: escasa difusión por parte de la institución de los protocolos existentes, falta de interés del personal.

Un elemento clave es la formación continua a través de la capacitación profesional para prevenir el error, hay un déficit en la educación continua del personal de Enfermería en relación al uso de las herramientas de prácticas seguras que se

implementaron. Sin embargo el personal que participó en dichas instancias tuvo en su mayoría la oportunidad de que las mismas fueran evaluadas, y por lo tanto se implementaron las medidas correctivas pertinentes.

Se observa buen nivel de concientización respecto de la Seguridad del Paciente ya que la aplicación de las guías se destacó de gran importancia. Este aspecto se relaciona directamente con las bases teóricas del estudio; la ética profesional debe estar íntimamente ligada con el quehacer del personal que se enmarca a través del cumplimiento de normas, el uso de las guías clínicas y protocolos estandarizados. Deberá seguir trabajando en una gran fortaleza

Para la aplicabilidad de la guías es necesario contar con recursos que garanticen su utilidad. Según la opinión del personal la dificultad en la aplicación de dichas guías está relacionada con déficit de RRHH y carencias en sistemas de información, siendo éste comportamiento similar en los diferentes servicios del sistema de salud nacional.

Sobre la percepción de los resultados en la utilización de los paquetes de medidas tantos profesionales como AE refieren que es regular y malo, lo que suponemos que podría estar vinculado con el desconocimiento de las herramientas y su aplicabilidad.

Los paquetes de medidas como estrategia, están diseñados para minimizar y evitar la ocurrencia de eventos adversos en los procesos asistenciales seguros, a esto puede estar asociada la opinión de los profesionales de Enfermería en cuanto a los aspectos a incluir en las guías de prácticas seguras mencionadas en los resultados.

Para finalizar, se debe destacar que los profesionales de Enfermería son los que poseen mayor conocimiento acerca de los paquetes de medidas de transferencia comunicacional, elemento que podría estar relacionado con su formación académica.

Conclusión

La seguridad de los pacientes es fundamental en la gestión de calidad del cuidado que se brinda. Es importante reflexionar sobre los procesos que ocurren en el sistema para prevenir la ocurrencia de errores y progresar en acciones sustentadas en prácticas seguras.

Por lo tanto debe ser un compromiso de todas las instituciones formadoras del talento humano, profesionales, prestadoras de servicios de salud; y de la ética profesional que está íntimamente ligada con el quehacer.

Se desprende de los resultados obtenidos la importancia de que la institución indague en la población acerca de las posibles causas que llevaron a no aceptar la participación en el estudio.

Dado que la Enfermería enfrenta nuevos retos en el cuidado de la salud se deben de conocer y utilizar protocolos de seguridad rigurosos en el accionar, ya que garantizan una atención de calidad.

Los procesos asistenciales que atraviesa el usuario están determinados por diversos paquetes de medidas; la COSEPA institucional podría diseñar estrategias que contribuyan al conocimiento e implementación de estos paquetes por parte del personal de Enfermería.

En el entendido de que el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) constituye un instrumento ampliamente conocido por el personal de enfermería y es fundamental en lo que respecta a la planificación y evaluación de los cuidados de enfermería, se sugiere por parte del equipo investigador que la institución utilice sistematizadamente dicha herramienta comunicacional ya que la misma facilita la unificación de criterios en lo que respecta al cuidado de los usuarios, y el seguimiento del proceso de atención.

De acuerdo a la herramienta creada por la institución que se dirige a la atención del usuario en etapa preoperatoria, se evidenció adhesión a las buenas prácticas de seguridad que se encuentran implícitas en la misma.

Se sugiere el cambio de denominación ya que puede generar confusión con otra herramienta promovida por la OPS/OMS.

La transferencia comunicacional es un punto crítico de aparición de evento adverso; es imprescindible que la institución ponga en práctica un sistema de codificación universal para dar respuesta oportuna de acuerdo a las necesidades y a la realidad institucional.

En relación a las líneas estratégicas sobre seguridad definidas por la OPS/OMS, el prestador de salud en cuestión es quien debería garantizar la accesibilidad rápida a las herramientas a través de diferentes vías comunicacionales: formal, escrita, digital.

Se destaca como fortaleza institucional la educación continua brindada al personal en cuanto a los paquetes de medidas de seguridad; se sugiere que la institución continúe con dicha práctica ya que es un elemento primario que podría garantizar la excelencia en la seguridad y que adopte como segunda medida la enseñanza incidental en las rondas de seguridad.

No se puede dejar de mencionar lo expresado acerca de la percepción de los resultados de aplicabilidad de las guías; se propone mantener una entrevista con el Departamento de Enfermería para hacerle conocer los resultados del estudio ya que el equipo investigador tiene una visión del personal no sesgada y sin contaminación. En este sentido, le puede resultar interesante indagar la satisfacción y motivación del personal.

Por todo lo mencionado, se infiere que facilitar la formación de los profesionales podría ser el pilar inicial que genere el conocimiento, uso y adhesión a los paquetes de medidas; realizando énfasis en la transferencia comunicacional debido al escaso conocimiento de este paquete fundamental y a la alta probabilidad de ocurrencia de eventos adversos.

Como grupo de trabajo destacamos que más allá que dicha investigación constituya parte fundamental de nuestra formación académica, consideramos el área de investigación como elemento clave en relación del quehacer de Enfermería y su estrecho vínculo con el cuidado al usuario; donde el mismo no se puede perder de vista ya que constituye nuestro fin último y por lo tanto el eje de nuestro accionar.

Bibliografía

1. Moreno Campoy EE, Mérida de la Torre FJ, Buño Soto A, Caballero Ruiz M, Cuadrado Cenzual MA, Fernández Nogueira AM, et al. Seguridad de paciente. [Internet]. 2011. Disponible en: <https://www.google.com/search?q=http%3A%2F%2Fwww.seguridad-seguridad+del+paciente.xn--+documento+bsico-revisin+%282011%29+%284%29.pdf&ie=utf-8&oe=utf-8> [consulta: 23 feb 2015].
2. Chile. Ministerio de Salud. Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente. Revisión de estrategias efectivas para la seguridad de la atención del paciente. [Internet]. 2008. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/71a8aa81f28d41ece04001011f010aa1.pdf> [consulta: 23 feb 2015].
3. Moreno Campoy EE, Mérida de la Torre FJ, Buño Soto A, Caballero Ruiz M, Cuadrado Cenzual MA, Fernández Nogueira AM, et al. Seguridad de paciente. Op. Cit. p. 16.
4. Organización Mundial de la Salud. La OMS lanza nueve soluciones para la Seguridad del Paciente a fin de salvar vidas y evitar daños. [Internet]. 2007. Disponible en: http://bausano.org/src/9_soluciones_para_la_seguridad_al_paciente_joint_commission.pdf [consulta: 23 feb 2015].
5. España. Servicio de Salud Catillo La Mancha. Área de Seguridad del Paciente y Calidad Percibida. Plan estratégico de seguridad de paciente 2009-2012. [Internet]. 2009. Disponible en: <http://www.chospab.es/calidad/archivos/Documentos/PlanSeguridadSESCAM20092012.pdf> [consulta: 24 feb 2015].
6. España. Ministerio de Seguridad y Política Social. Estudios IBEAS prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. [Internet]. 2010. Disponible en: http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/INFORME_IBEAS.pdf [consulta: 12 feb 2015].

7. Acero Moncada JA, Garzon Castro LS, Hoyos Gaviria BA. Adherencia a los elementos de protección Individual (EPI) que tiene el personal de salud que labora en la unidad de cuidado intensivo en un hospital de IV nivel en la ciudad de Bogotá [tesis]. [Internet]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana; 2013. Disponible en: <http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/13772/1/AceroMoncada-JennyAlexandra2013.pdf> [consulta: 15 feb 2015].
8. Red de Enfermería en Seguridad de Pacientes en Uruguay. Historia de la seguridad en Uruguay. [Internet]. 2011. Disponible en: <http://www.fenf.edu.uy/Respu/Ultimos%20agregados/Historia%20de%20Seguridad%20en%20Uruguay.pdf> [consulta: 14 feb 2015].
9. España. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Empresa Pública de Emergencia Sanitaria. Guías de práctica clínica Seguridad del Paciente. [Internet]. [s.d.]. Disponible en: http://www.epes.es/anexos/publicacion/guia_practica/Guxa_Prxctica_Seguridad_del_Paciente-2ed.pdf [consulta: 14 feb 2015].
10. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. División de Epidemiología. Control de infecciones Hospitalarias, indicadores de referencia nacional: unidad de cuidados intensivos adultos: año 2013. [Internet]. 2013. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/INDICADORES%20URU%20UCI%20NAR%202013.pdf [consulta: 14 feb 2015].
11. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Presentaron estrategia para la Seguridad del Paciente con especial énfasis en las unidades de cuidados intensivos. [Internet]. 2012. Novedades. Disponible en: http://www2.msp.gub.uy/uc_6374_1.html [consulta: 14 feb 2015].
12. Uruguay. Asociación de Trasplantado del Uruguay. Plan de Seguridad del Paciente impulsado por MSP tuvo poco eco. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.trasplantados.org.uy/noticias/item/37-plan-de-seguridad-del-paciente-impulsado-por-msp-tuvo-poco-eco> [consulta: 15 feb 2015].

13. Argretti M, Delgado L, Morzillo F, Morales G, Pereira B. Opinión de los Profesionales de Enfermería en relación al pase de guardia como herramienta relacionada a la Seguridad del Paciente- empleo técnico SAER [tesis] [Internet]. Montevideo: Facultad de Enfermería; UdelaR; 2013. Disponible en: <http://www.bvsenf.org.uy/local/tesis/2013/FE-0519TG.pdf> [consulta: 15 feb 2015].
14. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Estrategias de comunicación para avanzar en Seguridad del Paciente. [Internet]. 2011. Disponible en: http://www2.msp.gub.uy/uc_5526_1.html [consulta: 14 feb 2015].
15. Uruguay. Administración de Servicio de Salud del Estado. Fue presentado el Sistema articulado de eventos adversos (SANEA). [Internet]. [2011]. Disponible en: http://www.asse.com.uy/uc_5177_1.html [consulta: 15 feb 2015].
16. León Román CA. La Seguridad del Paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Rev Cubana Enfermería [Internet] 2006; 22(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000300007&lng=es [consulta: 23 feb 2015].
17. Acero Moncada JA, Garzon Castro LS, Hoyos Gaviria BA. Adherencia a los elementos de protección Individual (EPI) que tiene el personal de salud que labora en la unidad de cuidado intensivo en un hospital de IV nivel en la ciudad de Bogotá. Op. Cit. p.1.
18. Camargo Tobías G, Queiroz Bezerra AL, Silvestre Branquinho NC, Bauer de Camargo Silva AE. Cultura de la Seguridad del Paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico. EnfermGlob (España) [Internet] 2014; 13(33): 336-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412014000100017&script=sci_arttext [consulta: 15 feb 2015].
19. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009: MSP; 2009. Disponible en:

http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_la_construccion.pdf

[Consulta: 15 feb. 2015]

20. World Health Organization. Joint Commission International. Preámbulo a las soluciones para la Seguridad del Paciente. [Internet]. 2007. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsS-PANISH.pdf> [consulta: 15 feb 2015].
21. Franco da Silva E, de Faveri F, Lorenzini L. Errores de medicación en el ejercicio de la Enfermería: una revisión integrativa. EnfermGlob [Internet] 2014;13(34):330-7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200016&lng=es [consulta: 15 feb 2015].
22. World Health Organization. Joint Commission International. Preámbulo a las soluciones para la Seguridad del Paciente. Op. Cit. p.17.
23. WorldHealthOrganization. Joint Commission. Comunicación durante el traspaso de pacientes. [Internet]. 2007. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/Solucixn_3_xComunicacixn_durante_el_traspaso_de_pacientesx.pdf [consulta: 14 feb 2014].
24. Red de Enfermería en Seguridad de Pacientes en Uruguay. Historia de la seguridad en Uruguay. Op. cit. p.3.
25. Ceriani J. La OMS y su iniciativa "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente". Arch. Argent. pediatr. 2009; 107(5). Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2009/v107n5a01.pdf> [Consulta 26 feb. 2015]
26. La Red 21. El 90% de los errores médicos se debe al sistema de salud. [Internet]. 2007. Disponible en: <http://www.lr21.com.uy/comunidad/259264-el-90-de-los-errores-medicos-se-debe-al-sistema-de-salud> [consulta: 26 feb 2015].

27. Colombia. Ministerio de Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el sistema obligatorio de garantías de calidad de la atención en salud. 2007. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Seguridad-del-Paciente.aspx> [consulta: 23 feb 2015].
28. Villar H. y et al, "Gestión de Servicios de Salud". Montevideo. Zona Editorial; 2012.
29. Donabedian A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial. Control Calidad Asistencial [Internet] 1991; 6(1): 1-6. Disponible en:
<http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/34.pdf> [consulta: 30 jun 2015].
30. Maldonado JA. El mejoramiento de procesos. [Internet]. [s.d.]. Disponible en:
<http://www.eumed.net/libros-gratis/2011e/1084/mejoramiento.html> [consulta 30 jun 2015].
31. Mérida De la Torre F, Moreno Campoy E. Fundamentos de Seguridad del Paciente: análisis y estrategias en el laboratorio clínico. 4ª ed. Madrid : Médica Panamericana; 2012.
32. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP). [Internet]. 2009. Disponible en:
<http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/es/> [consulta: 23 jun 2015].
33. Mérida De la Torre F, Moreno Campoy E. Fundamentos de Seguridad del Paciente: análisis y estrategias en el laboratorio clínico. Op. Cit. p. 5.

34. Espinal García M, Yepes Gil L, García Gómez. Seguridad del Paciente: aspectos generales y conceptos básicos. [tesis]. [Internet]. Medellín: Facultad de Medicina, Universidad Ces; 2010. Disponible en: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/722/1/seguridad%20del%20paciente.pdf>[consulta: 17 feb 2015].
35. España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Desarrollo de Estrategias Nacionales en Seguridad del Paciente 2005-2011. [Internet]. 2011. Disponible en: http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estrategia_sp_sns_2005_2011.pdf [consulta: 17 feb 2015].
36. Espinal M, Yepes L, García L. Seguridad del Paciente: aspectos generales y conceptos básicos [tesis]. Op. Cit. p. 38.
37. Organización Mundial de la Salud. La OMS lanza "Nueve soluciones para la Seguridad del Paciente" a fin de salvar vidas y evitar daños. [Internet]. 2015. Disponible en:<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/> [consultada: 27 feb 2015].
38. León Román CA. La Seguridad del Paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Rev Cubana de Enfermería [Internet] 2006; 22(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000300007&lng=es[consulta: 23 feb 2015].
39. Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en Enfermería.7ª.e-d.España: El Sevier; 2011.
40. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Enfermería. Plan de Estudios1993.[Internet].Disponible en: <http://www.fenf.edu.uy/index.php/depto-educacion/99-el-plan> [consulta: 16 feb 2015].
41. Ballesteros Bayardo H. Vitancourt M, Sánchez Puñales S. Bases científicas de la administración. México: McGraw-Hill, Interamericana; 1997.

42. World Health Organization. Joint Commission International. Preámbulo a las soluciones para la Seguridad del Paciente.[Internet]. 2007. Op. Cit. p.1.
43. España. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Empresa Pública de Emergencia Sanitaria. Guías de práctica clínica Seguridad del Paciente. [Internet].Op. Cit. p.52.
44. Escalera Franco LF. Protocolo de traslados intrahospitalarios. CiberRev[Internet]. 2012. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/mayo2013/pagina7.html> [consulta: 15 feb 2015].

ANEXOS

Anexo Nro.1: Encuesta "Aplicación de paquetes de medidas para las prácticas seguras en la transferencia comunicacional del paciente quirúrgico por parte del personal de Enfermería"

	Universidad de la República Facultad de Enfermería Cátedra de Adulto y Anciano	
Encuesta: "Aplicación de paquetes de medidas para las prácticas seguras en la transferencia comunicacional del paciente quirúrgico por parte del personal de Enfermería"		
Estimado/a. Esta encuesta es voluntaria y anónima, requerimos de su consentimiento informado. Para el grupo investigador y el hospital es de fundamental importancia para el mejoramiento de la Seguridad del Paciente quirúrgico, en área de cuidados moderados. Agradecemos su colaboración y tiempo.		
1-Marque con una X Si usted se desempeña como:		
Licenciado Enfermería		
Auxiliar de Enfermería		
2-¿Conoce las estrategias, medidas y/o herramientas que promueve la OMS/MSP para contribuir a la Seguridad del Paciente?		
Si		
No		
3-¿Conoce las estrategias, medidas y/o herramientas que aplica la institución para contribuir a la Seguridad del Paciente quirúrgico?		
Si		
No		
4-Si la anterior es afirmativa, marque con una X cuáles conoce:		
Paquete de medidas	Si	No
Identificación		
SAER		
Prevención caídas		
Checklist		
Formulario de reporte de reacciones adversas de medicamentos		
5-¿Cuáles aplica? Marque con X		
Paquete de medidas	Si	No
Identificación		
SAER		
Prevención caídas		
Checklist		
Formulario de reporte de reacciones adversas de medicamentos		

6-¿Cuenta con protocolo escrito?		
SI		
No		
7-Si la anterior es afirmativa ¿el protocolo se encuentra disponible en la Enfermería?		
SI		
No		
8-¿Usted participó en alguna instancia educativa para capacitarse en el uso de las herramientas?		
SI		
No		
9- Si la respuesta anterior fue afirmativa, ¿tuvo luego instancias o encuentros para plantear dudas y evaluar el uso?		
SI		
No		
10-Si la anterior fue afirmativa ¿se implementaron medidas correctivas?		
SI		
No		
11-¿Le parece importante la aplicación de las guías para el cuidado seguro del paciente?		
SI		
No		
12- ¿Le parece que las guías adoptadas son aplicables en relación a los recursos institucionales disponibles?		
Tipo de recursos	Si	No
Recursos Humanos		
Sistemas de información		
Recursos materiales		
13-¿Cómo percibe los resultados de la utilización de las herramientas?		
Bueno		
Regular		
Malo		
14¿Qué aspectos que no están incluidos en las guías de prácticas seguras en transferencia comunicacional considera Ud. que deberían tenerse en cuenta?		

Anexo Nro. 2: Nota de solicitud de aval de la institución

Montevideo, 21 de Julio de 2015

**PARA: LIC. ENF. JEFE
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA**

**ASUNTO: SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA IMPLEMENTACIÓN DE
TESINA FINAL DE GRADO EN EL ÁREA CLÍNICA**

Los abajo firmantes bachilleres de Licenciatura en Enfermería, Facultad de Enfermería- UdelaR, Plan 93', Generación 2011, solicitan a Ud. autorización para la implementación de la etapa de recolección de la información de la tesis final de grado en el área clínica cirugía cuidados moderados. Será a cargo de las tutoras: Prof. Adj. Lourdes Balado y Prof. Adj. (s) Marisa Machado, pertenecientes a la Cátedra de Adulto y Anciano.

Se entrega protocolo finalizado.

Prof. Adj. Lourdes Balado

Prof. Adj.(s) Marisa Machado

Br. Nadia Lima

Br. Braulio Peraza

Br. Romina Pereira

Br. Valeria Pérez

Br. Matilde Toledo

Anexo Nro. 3: Consentimiento libre e informado

En cumplimiento de la Resolución N °379/08 del Ministerio de Salud PODER EJECUTIVO, Uruguay.

Por este consentimiento, declaro que fui informado/a, claramente sobre el objetivo de la investigación, el cual consiste en identificar las prácticas seguras que se utilizan en la transferencia comunicacional de usuarios hospitalizados en unidad de cuidados quirúrgicos moderados desde/hacia Block Quirúrgico.

He recibido información detallada sobre la justificación, los objetivos y los procedimientos que serán utilizados en la investigación para recopilar los datos.

Estoy informado (a) con respecto a lo siguiente:

- La libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento, y que dejar de participar en este estudio no me trae ningún perjuicio;
- La garantía de que no voy a ser identificado (a) y se será confidencial la información relacionada con mi vida y pensamiento;
- Que se mantendrán todos los preceptos éticos y legales durante y después de la búsqueda;
- El compromiso de que tengo acceso a la información en todas las fases del trabajo y los resultados.

Nombre y firma del (a) participante:

Lugar y fecha: _____

Documento con copia para El participante.

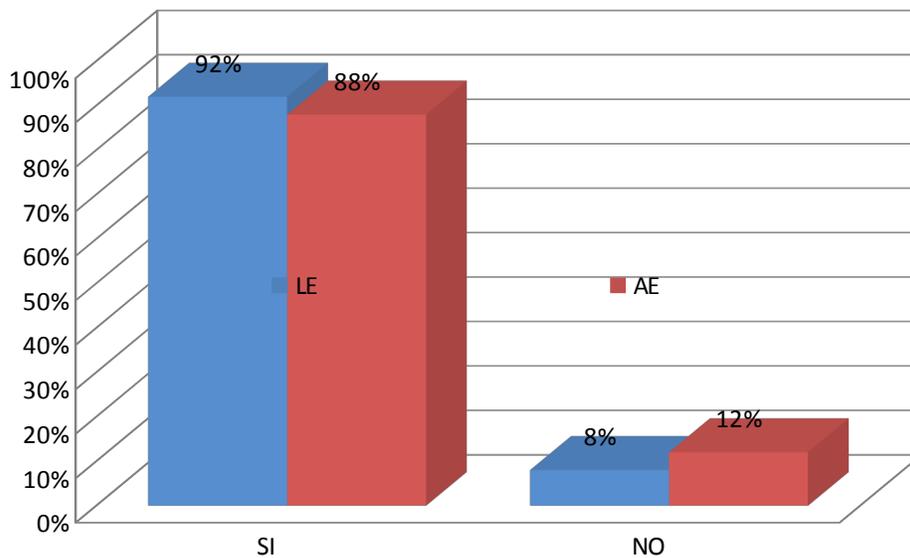
Anexo Nro 4: Resultados

Tabla1: Distribución según nivel de formación de Enfermería

	FA	FR%
LE	12	33%
AE	24	67%
Total	36	100%

Fuente: Instrumento “Aplicación de paquetes de medidas para las prácticas seguras en la transferencia comunicacional del paciente quirúrgico por parte del personal de Enfermería”

Gráfico 1: Distribución según nivel de formación de Enfermería



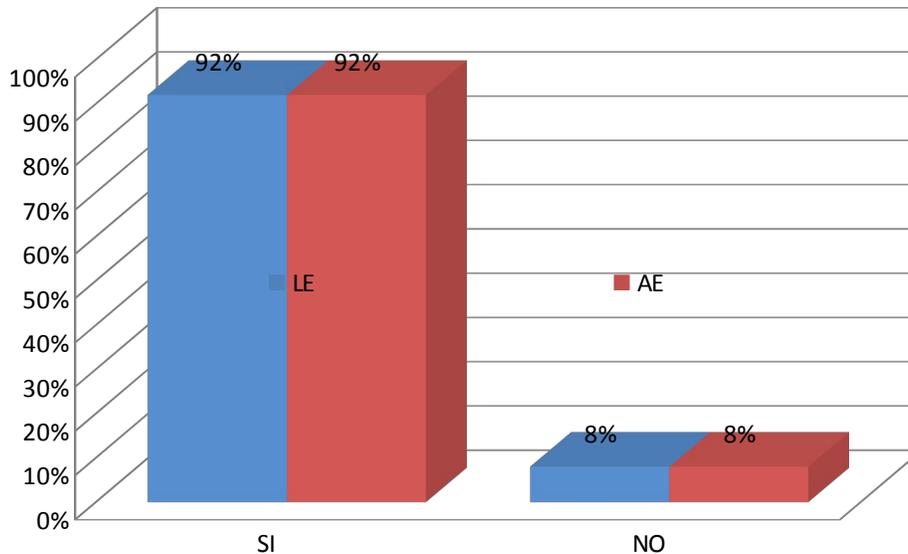
Fuente: Instrumento “Aplicación de paquetes de medidas para las prácticas seguras en la transferencia comunicacional del paciente quirúrgico por parte del personal de Enfermería”

Tabla 2: Conoce las estrategias, medidas y/o herramientas que promueve la OMS/MSP para contribuir a la Seguridad del Paciente

	LE		AE	
	FA	FR%	FA	FR%
Si	11	92%	21	88%
No	1	8%	3	12%
Total	12	100%	24	100%

Fuente: Instrumento “Aplicación de paquetes de medidas para las prácticas seguras en la transferencia comunicacional del paciente quirúrgico por parte del personal de Enfermería”

Gráfico 2: Conoce las estrategias, medidas y/o herramientas que promueve la OMS/MSP para contribuir a la Seguridad del Paciente



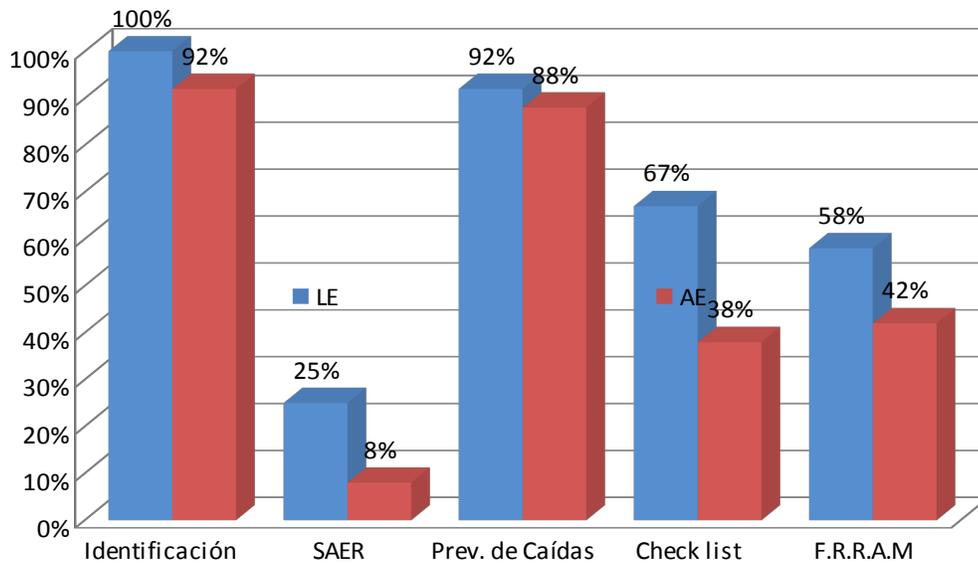
Fuente: Instrumento “Aplicación de paquetes de medidas para las prácticas seguras en la transferencia comunicacional del paciente quirúrgico por parte del personal de Enfermería”

Tabla 3: Conoce las estrategias, medidas y/o herramientas que aplica la institución para contribuir a la Seguridad del Paciente quirúrgico.

	LE		AE	
	FA	FR%	FA	FR%
Si	11	92%	22	92%
No	1	8%	2	8%
Total	12	100%	24	100%

Fuente: Instrumento “Aplicación de paquetes de medidas para las prácticas seguras en la transferencia comunicacional del paciente quirúrgico por parte del personal de Enfermería”

Gráfico 3: Conoce las estrategias, medidas y/o herramientas que aplica la institución para contribuir a la Seguridad del Paciente quirúrgico.



Fuente: Instrumento “Aplicación de paquetes de medidas para las prácticas seguras en la transferencia comunicacional del paciente quirúrgico por parte del personal de Enfermería”

Tabla 4: Paquete de medidas conocidas por el personal de Enfermería

	LE		AE	
	FA	FR%	FA	FR%
Identificación	12	100%	22	92%
SAER	3	25%	2	8%
Prev. de Caídas	11	92%	21	88%
Checklist	8	67%	9	38%
F.R.R.A.M	7	58%	10	42%

F.R.R.M: Formulario de reporte de reacciones adversas de medicamentos.

Fuente: Instrumento “Aplicación de paquetes de medidas para las prácticas seguras en la transferencia comunicacional del paciente quirúrgico por parte del personal de Enfermería”

Tabla 4: Paquete de medidas conocidas por el personal de Enfermería



Fuente: Instrumento “Aplicación de paquetes de medidas para las prácticas seguras en la transferencia comunicacional del paciente quirúrgico por parte del personal de Enfermería”

Tabla 5: Paquete de medidas que aplica el personal de Enfermería

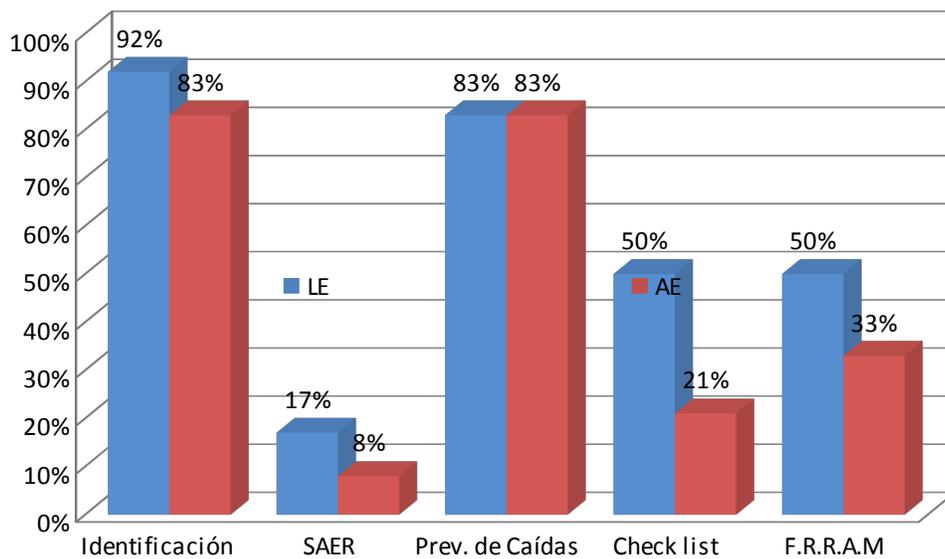
	LE		AE	
	FA	FR%	FA	FR%
Identificación	11	92%	20	83%
SAER	2	17%	2	8%
Prev. de Caídas	10	83%	20	83%
Checklist	6	50%	5	21%
F.R.R.A.M	6	50%	8	33%

*F.R.R.M: Formulario de reporte

de reacciones adversas de medicamentos.

Fuente: Instrumento “Aplicación de paquetes de medidas para las prácticas seguras en la transferencia comunicacional del paciente quirúrgico por parte del personal de Enfermería”

Gráfico 5: Paquete de medidas que aplica el personal de Enfermería



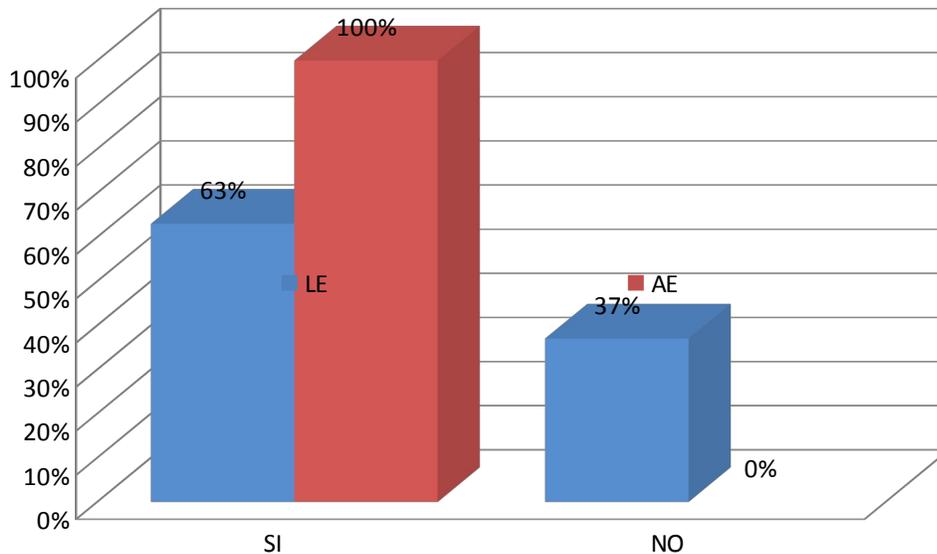
Fuente: Instrumento “Aplicación de paquetes de medidas para las prácticas seguras en la transferencia comunicacional del paciente quirúrgico por parte del personal de Enfermería”

Tabla 6: Existencia de protocolos de prácticas seguras para cada uno de los paquetes.

	LE		AE	
	F A	FR %	F A	FR %
Si	8	67%	1 3	54%
No	4	33%	11	46%
To- tal	1 2	100 %	2 4	100 %

Fuente: Instrumento "Aplicación de paquetes de medidas para las prácticas seguras en la transferencia comunicacional del paciente quirúrgico por parte del personal de Enfermería"

Gráfico 6: Existencia de protocolos de prácticas seguras para cada uno de los paquetes.



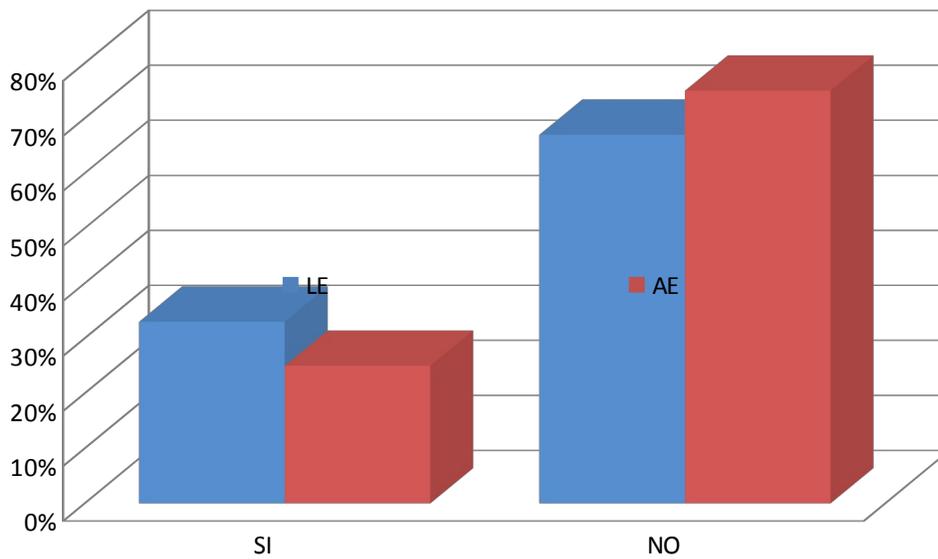
Fuente: Instrumento "Aplicación de paquetes de medidas para las prácticas seguras en la transferencia comunicacional del paciente quirúrgico por parte del personal de Enfermería"

Tabla 7: Disponibilidad de protocolo en la Enfermería

	LE		AE	
	FA	FR%	FA	FR%
Si	5	63%	13	100%
No	3	37%	0	0%
Total	8	100%	13	100%

Fuente: Instrumento “Aplicación de paquetes de medidas para las prácticas seguras en la transferencia comunicacional del paciente quirúrgico por parte del personal de Enfermería”

Gráfico 7: Disponibilidad de protocolo en la Enfermería



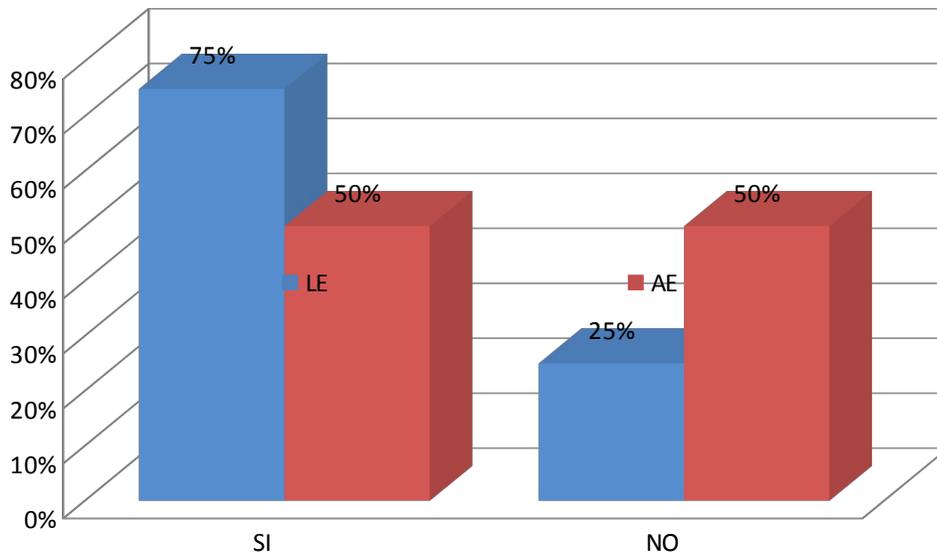
Fuente: Instrumento “Aplicación de paquetes de medidas para las prácticas seguras en la transferencia comunicacional del paciente quirúrgico por parte del personal de Enfermería”

Tabla 8: Educación continua en el servicio referida al uso de paquete de medidas en prácticas seguras de transferencia comunicacional

	LE		AE	
	FA	FR%	FA	FR%
Si	4	33%	6	25%
No	8	67%	18	75%
Total	12	100%	24	100%

Fuente: Instrumento “Aplicación de paquetes de medidas para las prácticas seguras en la transferencia comunicacional del paciente quirúrgico por parte del personal de Enfermería”

Gráfico 8: Educación continua en el servicio referida al uso de paquete de medidas en prácticas seguras de transferencia comunicacional



Fuente: Instrumento “Aplicación de paquetes de medidas para las prácticas seguras en la transferencia comunicacional del paciente quirúrgico por parte del personal de Enfermería”

Tabla 9: Evaluación del uso de herramientas referida al uso de paquetes de medidas en prácticas seguras de transferencia comunicacional

	LE		AE	
	FA	FR%	FA	FR%
Si	3	75%	3	50%
No	1	25%	3	50%
Total	4	100%	6	100%

Fuente: Instrumento “Aplicación de paquetes de medidas para las prácticas seguras en la transferencia comunicacional del paciente quirúrgico por parte del personal de Enfermería”

Gráfico 9: Evaluación del uso de herramientas referida al uso de paquetes de medidas en prácticas seguras de transferencia comunicacional



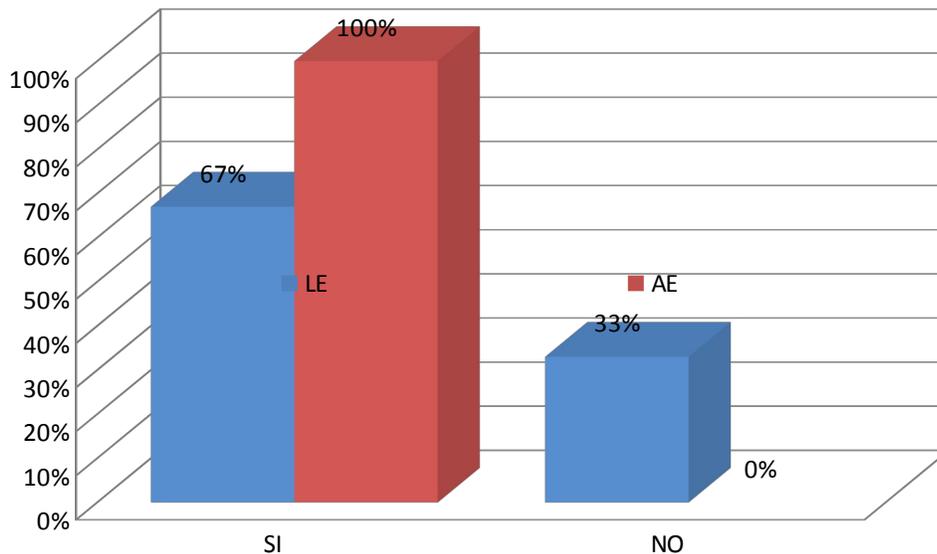
Fuente: Instrumento “Aplicación de paquetes de medidas para las prácticas seguras en la transferencia comunicacional del paciente quirúrgico por parte del personal de Enfermería”

Tabla 10: Implementación de medidas correctivas relacionadas al uso de paquete de medidas en prácticas seguras de transferencia comunicacional

	LE		AE	
	FA	FR%	FA	FR%
Si	2	67%	3	100%
No	1	33%	0	0%
Total	3	100%	3	100%

Fuente: Instrumento “Aplicación de paquetes de medidas para las prácticas seguras en la transferencia comunicacional del paciente quirúrgico por parte del personal de Enfermería”

Gráfico 10: Implementación de medidas correctivas relacionadas al uso de paquete de medidas en prácticas seguras de transferencia comunicacional



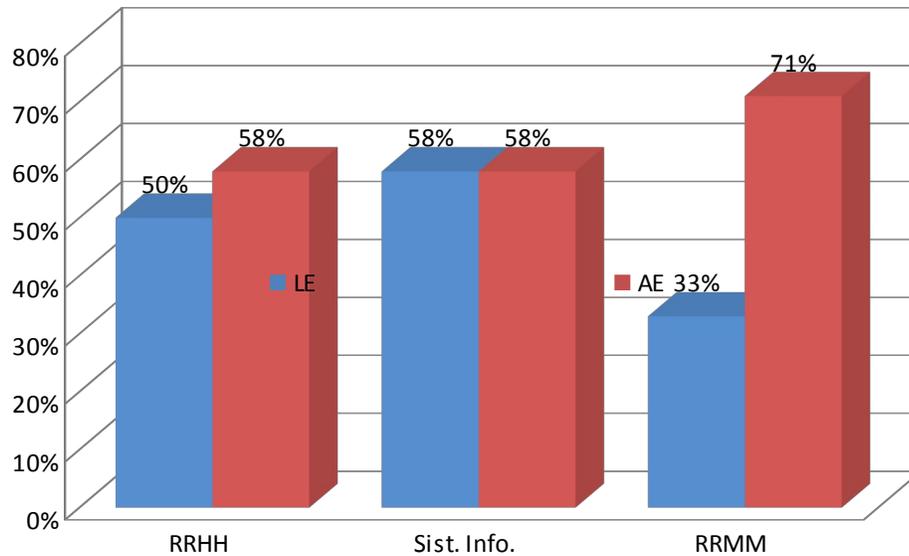
Fuente: Instrumento “Aplicación de paquetes de medidas para las prácticas seguras en la transferencia comunicacional del paciente quirúrgico por parte del personal de Enfermería”

Tabla 11: Importancia de la aplicación de las guías para el cuidado seguro del paciente

	LE		AE	
	FA	FR%	FA	FR%
Si	11	92%	24	100%
No	1	8%	0	0%
Total	12	100%	24	100%

Fuente: Instrumento “Aplicación de paquetes de medidas para las prácticas seguras en la transferencia comunicacional del paciente quirúrgico por parte del personal de Enfermería”

Gráfico 11: Importancia de la aplicación de las guías para el cuidado seguro del paciente



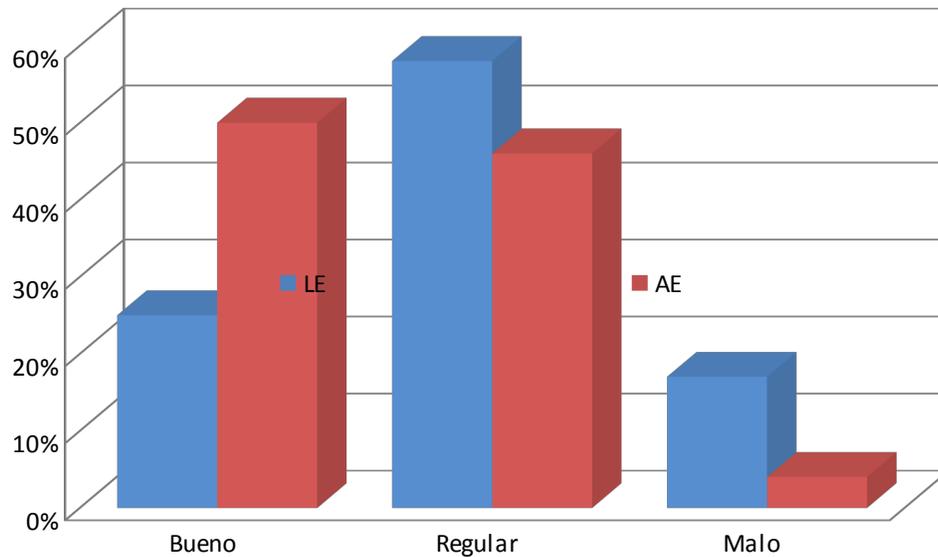
Fuente: Instrumento “Aplicación de paquetes de medidas para las prácticas seguras en la transferencia comunicacional del paciente quirúrgico por parte del personal de Enfermería”

Tabla 12: Aplicabilidad de las guías de paquetes de medidas en relación a los recursos institucionales disponibles

	LE		AE	
	FA	FR%	FA	FR%
RRHH	6	50%	14	58%
Sist. Info.	7	58%	14	58%
RRMM	8	33%	17	71%

Fuente: Instrumento “Aplicación de paquetes de medidas para las prácticas seguras en la transferencia comunicacional del paciente quirúrgico por parte del personal de Enfermería”

Gráfico 12: Aplicabilidad de las guías de paquetes de medidas en relación a los recursos institucionales disponibles



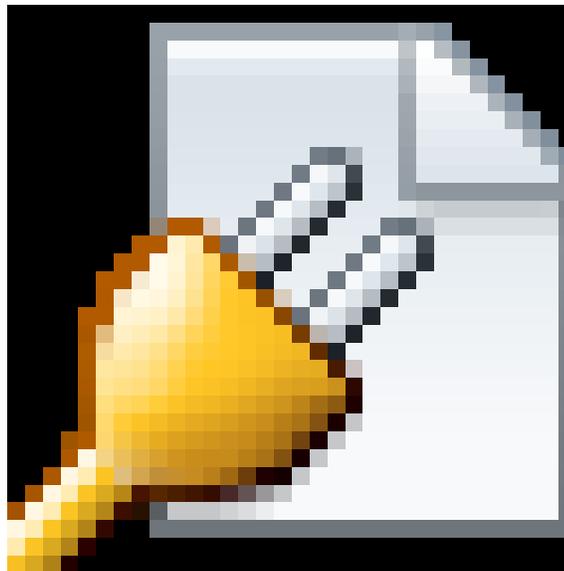
Fuente: Instrumento “Aplicación de paquetes de medidas para las prácticas seguras en la transferencia comunicacional del paciente quirúrgico por parte del personal de Enfermería”

Tabla 13: Opinión del personal de Enfermería en cuanto a los resultados de utilizar herramientas para la Seguridad del Paciente

	LE		AE	
	FA	FR%	FA	FR%
Bueno	3	25%	12	50%
Regular	7	58%	11	46%
Malo	2	17%	1	4%
Total	12	100%	24	100%

Fuente: Instrumento “Aplicación de paquetes de medidas para las prácticas seguras en la transferencia comunicacional del paciente quirúrgico por parte del personal de Enfermería”

Gráfico 13: Opinión del personal de Enfermería en cuanto a los resultados de utilizar herramientas para la Seguridad del Paciente



Fuente: Instrumento “Aplicación de paquetes de medidas para las prácticas seguras en la transferencia comunicacional del paciente quirúrgico por parte del personal de Enfermería”

Anexo Nro 5: Presupuesto y Diagrama de Grantt.

Presupuesto

RRHH

RRHH	HORAS	COSTO
2 Prof. Adj.	36hs	*
5 Estudiantes de Licenciatura en Enfermería	360hs	(sin costo)
Total		\$27.907

*Rubros provenientes de Facultad de Enfermería, Universidad de la República.

RRMM

RRMM	CANTIDAD	COSTO
Papelería	150 hojas	\$300
Laptop	2	S/C
Bolígrafos	10	\$50
Resaltadores	2	\$60
Internet	7	\$1.000
Total		\$1.410

RRFF

RRFF	CANTIDAD	COSTO
Impresión y encuadernación	5	\$2.500
Pasajes	40	\$10.798
Total		\$13.298

TOTALES	\$42.615
----------------	-----------------

