COSEPA Boletín trimestral

Comisión de Seguridad del Paciente y Prevención Del Error en la Asistencia

Boletín Nº 10 / Síndrome Burnout / cosepa.comero.rocha@gmail.com / Diciembre de 2013

BIENVENIDOS

Comisión de Seguridad del Paciente de la Cooperativa Medica de Rocha
Calle Treinta y Tres Esquina Marzol - Rocha - Uruguay
Pagina Web: www.cosepa-comero.com

PONEMOS A SU DISPOSICION NUEVO SISTEMA PARA LA NOTIFICACION DE INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS ONLINE

www.cosepa-comero.com

CONTENIDO

Editorial	2-3
Alerta 5 en Seguridad Sanitaria; Precauciones en e uso de contención física o inmovilización de pacientes.	4-5
Hacer menos es mejor en el mundo del Yaismo /Dr. Sebastián González Dambrauskas.	6-7
Estrés laboral crónico - Síndrome de Burnout /Lic. Noelia Sollmann	8-10
COMERO — FARMACIA Sistema de prescripción crónica	11
Declaración de Rio, sobre prevención de ulceras por presión	12
Clima Seguridad en COMERO/ Resumen de encuesta	12-15
Cierre del Boletín	16

Esta publicación se realiza exclusivamente para distribución interna en la Cooperativa Médica de Rocha.

Diseño y Edición Dr. Fernando Ravera.

Editorial

Nos acercamos al fin de otro año, y creemos que es bueno hacer un balance de lo trabajado en el presente.

Nuestra actividad, es una tarea la cual es relativamente nueva en el país, no así en el mundo desarrollado, en donde existe un trabajo de muchos años en calidad y seguridad asistencial, lo que hace que en la gran mayoría de los países, existan hospitales con certificación de calidad por Joint Commission, o por otras acreditadoras.

No podemos dejar de mirar a nuestros vecinos como Brasil, Chile, Argentina, en donde ya cuentan hoy día con Hospitales certificados, no todos por supuesto, sino una minoría, pero los pacientes tienen una opción electiva de calidad y seguridad certificada.

También podemos ver, que en el caso de Chile, el Ministerio de Salud, ha elaborado estándares mínimos, con los cuales las instituciones deben cumplir, relacionadas a la calidad y seguridad asistencial, y que los han marcado como obligatorios, por lo cual, seguramente en un futuro no muy lejano, algo similar va a suceder en nuestro país., porque estas actitudes y formas de trabajo van a ser obligatorios, tal vez por la vía de metas prestacionales u otras formas de gestión.

En este sentido, COMERO, ha sido, una institución pionera, en aceptar las nuevas directivas en calidad y seguridad, y comenzar a desarrollar institucionalmente estas acciones. Este accionar no es fácil, porque se deben con el tiempo, ir eliminando viejas creencias, e integrar nuevas formas de trabajo, metódicas, controladas, estandarizadas, a las que ninguno de nosotros fuimos formados en nuestras respectivas universidades, y no solo son acciones a las cuales no estamos acostumbrados a llevarlas, sino que nos resistimos, al cambio.

Esta comisión ha visto con gran agrado, que después de tres años de comenzar a identificar a nuestros pacientes, hemos llegado en este fin de año, a una metodología de trabajo de gran calidad en la identificación, con un porcentaje de mas de un 95 % de pacientes ingresados identificados, con el uso de un sistema digital, de gran calidad, y el mas barato que se esta utilizando en el país. Nos falta subir algunos escalones, y mejorar la identificación efectiva, previo a cada acto con el paciente, pero ya estamos viendo, en diferentes técnicos, el cumplimiento de esta acción. Hemos salvado la barrera de poder entregarle al usuario la folleteria necesaria para cerrar el circulo en identificación, y esperamos llegar a que el paciente solicite ser identificado antes de cada acto, por menor que sea, como por ejemplo antes de servirle el alimento.

Se logró, luego de dos años, el marcado de las ampollas de riesgo, con las cuales comenzamos a trabajar, en donde farmacia, entrega las mismas marcadas con punto rojo. Este punto rojo, al cual en general no se le ve la importancia, es una medida de gran impacto, que esta dentro de las normas internacionales de calidad de las instituciones de salud. Se ha disminuido en forma notoria, el almacenamientos de medicación en los sectores de internación, no en el grado ideal, pero es una conducta que esta fijada, que hay que seguirla trabajando, y que en el servicio de emergencia se nota la ausencia de medicación en exceso.

Se logra poner en funcionamiento el protocolo de asistencia de urgencias en salas de internación, con el uso de carros de reanimación, controlados, y cerrados, medida muy resistida, pero que actualmente nadie puede negar que cuando se abre un carro, no faltan ni sobran cosas.

Se ha trabajado, en el desarrollo de este boletín, el cual pensamos que lo lee poca gente, pero es la única institución de salud en el país, que cuenta con el, en el cual se aportan datos de calidad y seguridad, pero también artículos de mucho interés para los pacientes y usuarios del sistema de salud. Se destaca que el boletín, se distribuye no solamente a los usuarios de nuestra institución, y a funcionarios, sino que se distribuye a practicantes internos, médicos y técnicos de otras instituciones, cosepas regionales, tratando de crear conciencia en la importancia de la seguridad asistencial, del riesgo asistencial, y de la colaboración de todos en las acciones.

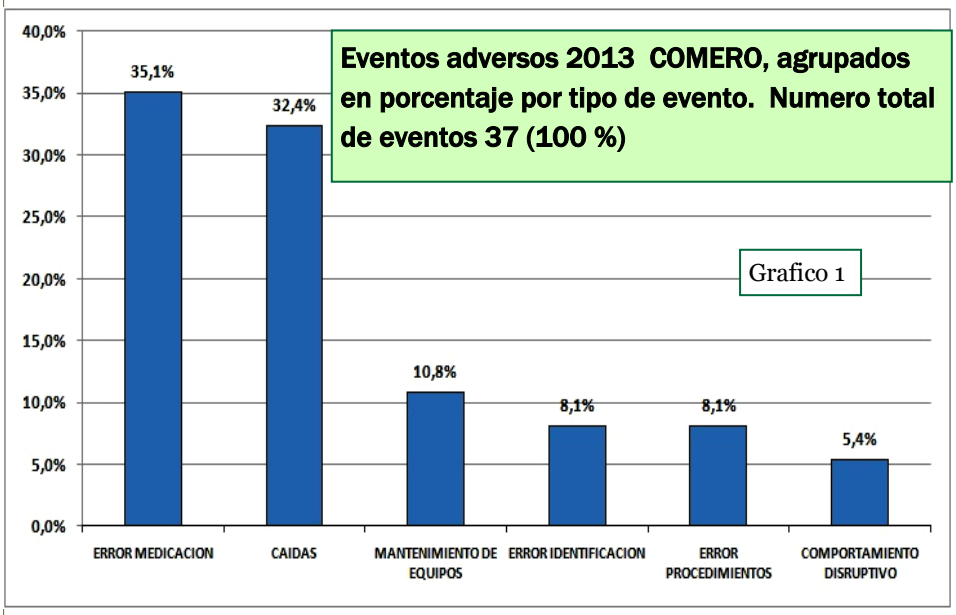
Se ha podido continuar con la Pagina web del COSEPA, que fácilmente puede accederse vía web, en donde difundimos también, artículos y temática de interés para técnicos y pacientes, y también podemos afirmar que es la única institución del país, que cuenta con una pagina web dedicada a esta temática. Difundimos también a través de Facebook, (cosepa comero rocha) artículos y consejos, no con la frecuencia que quisiéramos, pero estamos haciendo lo posible, y tratando de lograr la mayor colaboración de los profesionales.

Este año culminan, las actividades que comenzáramos a desarrollar con el Sanatorio Americano; y que forman parte de una política de integración, interdepartamental, la cual debería ser mas amplia. Se trabajó en forma conjunta en identificación del paciente, medicación de riesgo, y prevención de caídas. En el año próximo, no solamente debemos continuar con lo hecho en éste, sino agregar otras acciones.

No fue posible en el presente, continuar con el desarrollo propuesto por la Auditora Quality Resources Internacional, a través del Dr. David Jaimovich;

pensamos que no hubo la suficiente madurez necesaria para ello, pero seguramente el año próximo retomaremos este trabajo, ya que involucra a varias instituciones, y si todas no estamos de acuerdo no podemos continuar porque por separado no se pueden afrontar los costos de este trabajo.

La Comisión, a través de su política de difusión de temas ha logrado contar en el presente año, con un total de 37 informes de Eventos Adversos, nueve mas que en el año pasado, cifra que pensamos es baja, pero que ha aumentado. En ese sentido vemos la distribución porcentual de los mismos por tipos en el grafico 1. siendo al igual que el año pasado los errores en la medicación y las caídas, los mas frecuentes, pero este año, hubo dos informes de comportamientos disruptivos, que hasta el momento, en general, nadie se animaba a realizar este tipo de informes. Es muy importante saber, que las conductas disruptivas se deben gestionar en forma rápida, de lo contrario las instituciones al aceptar estas conductas se transforman en disruptivas, y de esta forma se transforman en generadoras de altos riesgos para los pacientes.



En relación a la integración de los diferentes sectores institucionales en el trabajo en temas de seguridad, hemos tenido en todo este tiempo, gran colaboración en el sector de admisión, la cual destacamos. Farmacia se ha integrado a desarrollar diferentes temas y formas de trabajo, que redundarán en mayor nivel de seguridad, el servicio de alimentación, sin duda, se está capacitando, en forma notoria, en nuevas técnicas y formatos de seguridad alimentaria, y colabora siempre con nuestras actividades. No queremos dejar de nombrar a los auxiliares de enfermería, departamento de enfermería, auxiliares de servicio, Comité de Infecciones, Block Quirúrgico, y personal médico en general.

A medida que se avanza, vemos como con el tiempo los funcionarios comienzan a entender de que se trata y aumenta la colaboración. Nuestro reconocimiento al personal del Servicio de Emergencia, ya que en general muchas de las acciones que se comienzan a implementar siempre se instalan como forma de prueba en este servicio, y en forma frecuente tienen que adoptar nuevas formas de trabajo.

En este boletín se integra con un articulo el Dr. Sebastián Gonzales Dambrauskas, Pediatra, y residente de CTI pediátrico, aportando algunos aspectos de la medicina desde una óptica diferente, con un agregado que nos ayuda a reflexionar. Esperamos seguir contando con sus aportes para el futuro, y agradecemos permitirnos publicar sus artículos.

Para terminar, quisiera agradecer al equipo del Cosepa, a este grupo que se ha formado, que trabaja, mas por una motivación de tipo personal que económica, que tiene la capacidad de reunirse en forma semanal, en forma extra a su trabajo, de estudiar, preparar temas, informes, análisis de estadísticas, preparar encuestas, revisar procesos, protocolos, analizar eventos, plantear mejoras, controlar acciones. En este sentido el agradecimiento a las Nurses, Graciela Ravera, Noelia Sollmann, Saira Silvera, Fabián Fernández, quienes han desarrollado una tarea excepcional, y a los Dres. Silvia Cardozo, Jorge Domínguez, y Mauricio Moreno. Esperemos que en el año próximo poder seguir contando con vuestra colaboración.

Salud para todos.

Centro de investigacion para la seguridad clínica de los pacientes

ALERTA DE SEGURIDAD EN ATENCIÓN SANITARIA

Alerta Nº5:
Precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes

1- RELEVANCIA DEL PROBLEMA

En las últimas décadas ha existido una considerable preocupación por lograr que en los centros sanitarios disminuya la utilización de las contenciones físicas.1

Sin embargo, aunque sean una práctica común en los servicios sanitarios, debieran considerarse como último recurso para controlar conductas que suponen un alto riesgo tant o para el propio paciente como para otros pacientes y profesionales sanitarios. 2

Las inmovilizaciones son una práctica utilizada diariamente en las organizaciones sanitarias.3 De acuerdo a Strumpf y cols.4, las sujeciones son utilizadas en un 32% de los pacientes en los hospitales terciarios, y el mayor porcentaje se sitúa en los pacientes mayores de 65 años. En residencias de ancianos se ha descrito un porcentaje de utilización entre 31% y 59% de los pacientes y de un 23% en las hospitalizaciones psiquiátricas infantiles5.

Entre las causas más frecuentes descritas en la literatura para la utilización de la contención física, destacan la prevención de caídas y evitar la interrupción del tratamiento por parte del paciente

II. DEFINICIÓN

Se puede definir inmovilización como el uso de una fuerza que tiene el propósito de controlar las acciones de una persona, limitando su libertad de movimiento. 1,2

Algunos ejemplos de inmovilizaciones físicas son:

Cinturones, muñequeras, barandillas de la cama para evitar que la persona caiga, manoplas para evitar que la persona se retire los catéteres, etc.

Algunos artículos 1,2 aseguran que las sujeciones podrían considerarse un fallo terapéutico, ya que directa o indirectamente pueden tener consecuencias perjudiciales. Los daños severos o permanentes pueden implicar la compresión de nervios, contracturas e incluso estrangulación y muerte. También se ha descrito la aparición de úlceras por presión, incontinencia urinaria o intestinal y aumento en la frecuencia de la tasa de infecciones nosocomiales. Su uso puede aumentar la ocurrencia de eventos adversos, aunque no sean una consecuencia directa de las sujeciones. 1,6

La contención de los pacientes es una práctica controvertida que conlleva dilemas éticos, clínicos y sociales. A pesar de ello, existen algunos factores que contribuyen a que se continúe utilizando, como la creencia que no puede ser eliminada si no existe suficiente dotación de personal, la falta de conocimiento de otras alternativas por los profesionales, y el temor a que el paciente sufra algún evento adverso si no se encuentra inmovilizado.1

En la revisión realizada por la Joint Commission, de casos centinelas relacionados con muertes depacientes que fueron inmoviliza dos, la causa de muerte en un 40 % fue por asfixia. El resto de los casos se produjeron por estrangulación, parada cardiorrespiratoria o fuego.7

Se han identificado los siguientes factores en los

eventos ocurridos que pueden contribuir a aumentar el riesgo de muerte: 7

- Inmovilización de pacientes fumadores.
- Inmovilización en posición supina, ya que predispone al riesgo de broncoaspiración.
- Inmovilización en decúbito prono, y que predispone al riesgo de asfixia.
- Inmovilización a pacientes que se encuentran en una habitación en la que no hay observación continua del personal sanitario.
- Inmovilización de pacientes con deformidades.

• Las inmovilizaciones deberían utilizarse tan infrecuentemente como sea posible y con las técnicas menos restrictivas posibles.

• Si se utilizan, deberían aplicarse de forma personalizada, involucrando tanto al paciente como a su familia.

III. ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR EL USO Y RIESGO DE LAS INMOVILIZACIONES

El abordaje para la disminución del uso de lassujeciones requiere que todo el personal se encuentre involucrado.

1. Para fomentar que la utilización de las sujeciones sea limitada y justificada

Para lograr un uso limitado y justificado clínicamente es necesario tener procedimientos y normativas claras, profesionales bien formados y apoyo de los líderes de la organización. Para lo que es necesario:

- Elaborar un protocolo que establezca:
  - Pacientes susceptibles de sujeción
  - Criterios explícitos de indicación
  - Medidas preventivas
  - Profesionales responsables de la indicación
  - Tipos de contenciones que puedan ser utilizadas
  - Sistemas de control y medidas de

Alerta Nº5:
Precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes

seguridad del paciente

• Evaluar las estrategias terapéuticas que pueden
favorecer el uso de las inmovilizaciones y plantear
alternativas de mejora (disminución de horas de hidratación parenteral, acompañamiento del paciente, etc.).

• Asegurar que la técnica de fijación de catéteres
sea segura y disminuya la necesidad de contención.

2. ***Para fomentar un entorno y una aplicación segura cuando un paciente tiene que ser inmovilizado:***

• Identificar factores de riesgo del paciente.

• Verificar la existencia de la indicación médica
de la contención que especifique duración y tipo de la contención.

• Utilizar un sistema de registro específico para la prescripción y seguimiento del paciente.

• Reevaluar la situación del paciente y el tiempo máximo que debe permanecer con la sujeción.

• Asegurar que las técnicas de inmovilización pueden ser retiradas fácilmente por los profesionales.

• Si se utilizan las barandillas laterales en las camas, comprobar que los espacios sean mínimos, para evitar que los pacientes queden atrapados.

• Si se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y puede levantarla de la cama, para minimizar el riesgo de aspiración.

• Si está en decúbito prono, asegurarse que las vías aéreas no se encuentran obstruidas en ningún momento y que la expansión pulmonar no se ve limitada (especial atención en niños, pacientes ancianos y pacientes obesos).

• Utilizar material de contención homologado

• No cubrir la cara del paciente como parte del proceso terapéutico.

• Cambiar de posición las inmovilizaciones cada 2 horas.

• Realizar evaluación de los sitios de contacto con la piel, para que se encuentren bien protegidas y evitar lesiones.

• Asegurar que los pacientes que son fumadores no tengan a su alcance mecheros o cerillas, ya que representan un alto riesgo de incendio.

• Revisar y actualizar periódicamente los protocolos basándose en los resultados clínicos.

• Monitorizar el número de casos que han precisado contención en el centro, e introducir propuestas de mejora.

Estrategias para reducir el riesgo de las inmovilizaciones sugeridas por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

• Redoblar esfuerzos para evitar el uso de las inmovilizaciones, valorando el riesgo existente e interviniendo precozmente con medidas menos restrictivas.

• Estimular la formación y entrenamiento del personal sanitario en alternativas que eviten el uso de las sujeciones.

• Observar continuamente a los pacientes que se encuentran inmovilizados, evaluando la posibilidad de retirada de la contención.

Bibliografía

1. White S. 1999. Helpful Hints on Preventing Injury Related to Restraints. OAHHS. Disponible en: http://www.oahhs.org/issues/safety/restrainstshints.htm [noviembre, 2004].

2. Ramos JA. Contención Mecánica: Manual de uso y protocolos de procedimiento. Psiquiatría Médica. Barcelona: MASSON. 1999.

3. Sabo JA, Halm M. 2001. Restraints: Ritual or Necessity? AACN. Disponible en: http://www.aacn.org/ [noviembre, 2004].

4. Strumpf N, Evans LK, Schwartz D. Restraint-free care: from dream to reality. Geriatr Nurs. 1990; 11:122-24.

5. Tinetti ME, Liu WL, Ginter SF. Mechanical Restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities. Ann Intern Med 1992; 116:369-74.

6. The American Hospital Association (AHA) and the National Association of Psychiatric Health Systems (NAPHS). 1999. Guiding Principles on Restraints and Seclusion for Behavioural Health Services. Disponible en: http://www.naphs.org/News/guidingprinc.html [noviembre, 2004]

7. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Sentinel Event Alert, November 18, 1998. http://www.jcaho.com/about+us/news+letters/sentinel+event+alert/sea_8.ht m [noviembre, 2004].

8. National Guideline Clearinhouse. Guideline of Use of restraints in the acute care setting. Disponible en: http: www.guideline.gov/summary/summary.aspx ss=15&doc_id=3515&nbr=2741 [noviembre, 2004].

Provença 293 pral. E-08037 Barcelona
Tel. 34-932 076 608 / 934 592 908
Fax. 34-934 593 864
e-mail: fad@fadq.org / www.fadq.org

ARTICULO RECOMENDADO

Hacer menos es mejor en el mundo del Yaismo

Dr. Sebastián González Dambrauskas.
Pediatra - Residente CTI pediátrico.

Con el tiempo aprendí que en la práctica clínica hacer menos, la más de las veces, es mejor.

En nuestra curva de aprendizaje, vamos aprendiendo de nuestros errores, muchas veces por atropellados nuestras prisas nos juegan muy malas pasadas.

Primum non nocere dice el olvidado proverbio. Lo primero es no hacer daño.

Todos tenemos en nuestra experiencia clínica (obvio que cuantos más años de práctica más ejemplos acumulados) muchos casos vividos en los que actuamos de más. Un examen pedido sin pregunta clínica, una maniobra invasiva en la que a la mitad del camino nos arrepentimos, un diagnóstico apurado, los famosos "incidentalomas" y la batería de exámenes que lo acompañan, una muerte anunciada que nunca llegó. Lo que yo veo es que cada vez venimos peor...

Los médicos no estamos ajenos de la sociedad en la que vivimos. Esta sociedad de consumo que exige cosas a la medicina que la medicina no puede ni nunca podrá dar. Pululan los reclames de las mutualistas con los médicos sonrientes, facheros de sonrisa perfecta y apurados que salvan vidas a troche y moche a cualquier hora y nunca aparecen los ojerosos, con media almohada marcada en la cara y con mal aliento que despertó de mal humor a atender un parto a las 4 am.... Siempre las móviles publicitan que llegan "ya" a "cualquier hora" y a "cualquier lugar", "estés donde estés"... y nunca aparecen las ambulancias baleadas que no entran en algunos barrios. Obvio que nadie se muere en los reclames...¡faltaba más! Lo que sobran son camas en cti relucientes, enfermeras modélicas (ninguna gorda y acné) que tiran a la cámara un guiño sensual.

El paciente es hoy usuario. Y nadie levanta la voz para ir contra este término. A mi usuario me suena -contrario a los que defienden el término- como alguien que usa un servicio (como puede ser el de un spa)... Como me dijo un jefe de una móvil cuando entré a mi primer trabajo dentro de la salud rentado: -Mirá, acá el paciente es un cliente, siempre tiene la razón y no está bueno que te metan denuncias, así que cuidate- remató estrechándome la mano como si entrara a laburar a una súper-empresa. Mi respuesta fue la renuncia a los pocos meses con un saludo a mi venerable jefe.

¿No era que al hospital iban los enfermos con dolencias a que los curáramos? No no Sebita, hoy vamos a la mutualista para pedir tal o cual examen, a pedir recetas de tal o cual medicamento que te cura todo... La auto receta que le dicen. Y los que suben la apuesta van a sacarse cosas o ponerse. Una lola, la vesícula, se emprolijan la ñata, las caderas....en fin...Para colmo, ese usuario es estafado por la realidad innegable la más de las veces cuando se encuentran que no hay hospitales limpios ni sanatorios 100% puntuales, que muchos de nosotros podemos estar de mal genio y la mayoría no somos lindos sino bastante arrugados y cansados.... Y que muchas veces las cosas tardan porque no hay otra forma que sucedan.

El otro problema es el "yaísmo" la necesidad imperiosa que vende la sociedad de que todo tiene que ser ya y ahora. No puede haber esperas, todo lo quiero ahora y ahora mismo... Somos los malcriados eternos de una sociedad que avasalle al ser humano y lo pone histérico y demandante. Como esa madre que consulta con su hijo que recién empezó a hacer fiebre y le pregunta al de la móvil: -¿Qué tiene el nene que hace fiebre? Y si el médico responde que nadie puede saber sino que hay que esperar y observar la evolución pasa a ser un burro y la señora no dudará en pedir otra consulta... ¡Y no me pidió ningún examen, y no le mandó nada! En medicina, lamento, hay que saber esperar, las enfermedades muestran sus caras la más de las veces de a poquito...

Volviendo al hilo inicial de pensamiento, hoy me topé con un gran artículo (http://pedsinreview.aappublications.org/content/34/10/423.full) que enumera muchas cosas que el médico pediatra podría hacer -o no hacer- para hacer una buena práctica clínica. Enumera una lista de estudios y tratamientos innecesarios tan cotidianos para el pediatra... los antibióticos profilácticos innecesarios y dañinos en enfermedades

Hacer menos es mejor en el mundo del Yaismo (continuación)

comunes, los reactantes de fase aguda e imagenologia inútil, los fármacos para los reflujos (gástrico y urinario), etcéteras.... Se los recomiendo.

Con él, hago un llamado para que repensemos como sociedad médica cómo nos paramos frente a la sociedad que nos impone tiempos que sabemos que no son tiempos reales ni aplicables en nuestra profesión.

Digo no a las diagnósticos "a los ponchazos", digo hagamos menos estudios innecesarios aunque la industria tecnológica los imponga, digo hagamos más semiología y menos sobrediagnóstico. Digo avancemos a lo no invasivo en nuestras unidades de cuidados críticos. Hay que ser agresivos cuando hay que serlo, no siempre. Digo repensemos técnicas de screening innecesarias y que no han demostrado resultados y que terminan siendo dañinas (léase ecografías prenatales rutinarias, digo ecografías de caderas, digo mamografías, digo PSA para las próstatas, etc)... ¿Acaso no vamos a ponernos a discutir de estas cosas? ¿Vamos a acatar pasivos las demandas del mercado y prostituir la más humana de las profesiones?

Les dejo un abrazo de reencuentro un tanto catártico luego de un lapso silencioso. Cuando no hay cosas para decir, mejor callar y escuchar (y eso que lo dice alguien bastante charlatán).

Sebastián.

COMERO

Todos podemos ayudar a salvar una vida

Somos responsables, seamos solidarios.

HAGAMOS UN USO ADECUADO DE LAS GUARDIAS DE EMERGENCIA

LA GUARDIA DE PUERTA ES PARA PERSONAS CON PROBLEMAS GRAVES Y URGENTES

Ayúdenos a mejorar!

Estrés laboral crónico - Sindrome de Burnout

Lic. Noelia Sollmann
Encargada Enfermería Departamento de Emergencia
Nurse integrante COSEPA - COMERO

La Organización Mundial de la Salud define el estrés como *"el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción". Sería un estímulo, una alerta;* pero se convierte en un verdadero problema cuando ciertas circunstancias, tales como la sobrecarga de trabajo, las presiones económicas, el ambiente competitivo, entre muchas otras*, se perciben inconscientemente como amenazas* que provocan reacciones defensivas en la persona, tornándola irritable y sufriendo consecuencias nocivas en su organismo, por períodos prolongados.

Una de las maneras en las que evoluciona el estrés laboral es el síndrome de Burnout.

El Síndrome de Burnout es una enfermedad que se presenta principalmente en el personal sanitario. Su traducción al español es: "agotamiento del combustible; quemazón; estar quemado".

No existe una definición concreta para el tema, se cuenta con varias definiciones para el mismo, uno de los primeros autores que lo define es Herbert Freudenberger (1974); lo define como "un conjunto de síntomas psicológicos y sociales inespecíficos que se desarrollan en la actividad laboral como resultado de una demanda excesiva de energía". Otros autores que tratan el tema Maslach -Jackson (1981) lo definen como "Respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son: agotamiento físico y/o psicológico, una actitud fría y /o despersonalizada en relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas a realizar".

El agotamiento emocional se entiende como desgaste, pérdida de energía, fatiga física y psicológica.

La despersonalización es el cambio negativo en las actitudes hacia otras personas, llegando en los casos más graves a demostrar sentimientos patológicos de insensibilidad y cinismo hacia los demás.

El tercer rasgo; la falta de realización personal es cuando aparecen una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y hacia su trabajo.

También se encuentran autores como Alvarez Gallego y Fernández Ríos (1991) "cuando decimos que un profesional está quemado, tratamos de descifrar el hecho de que una situación (laboral, familiar o social) la ha sobrepasado agotando su capacidad de reacción de manera adaptativa. Es el fin de un proceso continuado de tensión y estrés."

En su delimitación conceptual puede dividirse en dos perspectivas una clínica y otra psicosocial.

Se considera adecuado el enfoque psicosocial porque en este se toma en cuenta como un proceso en el que se considera la interacción entre las características del entorno laboral y personal.

Se concluye la no existencia de una definición única aceptada, sin embargo coinciden en que es una forma de estrés laboral crónico.

Una vez presentada una situación estresante, el organismo presenta 3 fases de adaptación ante la misma:

Fase de reacción de alarma: ante un estímulo estresante, el organismo reacciona automáticamente preparándose para la acción, tanto para luchar como para escapar del estímulo estresante. Es una fase de corta duración y no es perjudicial cuando un organismo dispone de tiempo para recuperarse.

Fase de resistencia: aparece cuando el organismo no tiene tiempo de recuperarse y continúa reaccionando para hacer frente a la situación.

Fase de agotamiento: como la energía de adaptación es limitada, si el estrés continúa o adquiere más intensidad pueden llegar a superarse las capacidades de resistencia, y el organismo entra en una fase de agotamiento, con aparición de alteraciones psicosomáticas.

Los tipos de alteraciones psicosomáticas se presentan en forma de enfermedad o falta de salud:

Alteraciones cardiorrespiratorias: hiperventilación, taquipnea, asma, hipertensión arterial, enfermedad coronaria, alteración del ritmo cardíaco

Alteraciones inmunológicas: desarrollo de enfermedades infecciosas.

Alteraciones endócrinas: hipotiroidismo, hipertiroidismo, síndrome de Cushing.

Alteraciones dermatológicas: prurito, sudoración excesiva, dermatitis atípica, caída del cabello, urticaria crónica, rubor facial.

Trastornos sexuales: impotencia, eyaculación precoz, vaginismo, alteraciones de la libido.

Trastornos psicopatológicos: Dolores crónicos y cefaleas continuas , gastritis, úlcera , dificultad para dormir , mareos, vértigos , sensación de preocupación , indecisión , bajo nivel de concen-

Estrés laboral crónico - Sindrome de Burnout (continuación)

tración, desorientación, mal humor, hipersensibilidad a la crítica , sentimiento de falta de control , hablar rápido, temblores ,tartamudeo, voz entrecortada, imprecisión, explosiones emocionales, consumo de drogas legales (tabaco, alcohol) ,exceso de apetito, falta de apetito, conductas impulsivas, risas nerviosas, bostezos .

También se pueden presentar trastornos en la organización : deterioro del rendimiento o de la calidad asistencial, del servicio, ausentismo, rotación no deseada, abandono, incremento de accidentes laborales, incremento de conflictos interpersonales con supervisores, compañeros y usuarios.

Medidas de Prevención del Burnout.

La mayoría de los autores coinciden en que la prevención es un aspecto fundamental para solucionar los efectos que produce el Burnout.

Por otro lado algunos autores basan su trabajo en experiencias observadas en docentes, de dichas observaciones se concluye que varios de los puntos a tratar en la prevención del Burnout son:

Reconocimiento público de su labor.

Preparación psicológica, algo esencial para dotar de recursos que motiven y gestionen problemas de grupo. La falta de recursos unida a una sensación personal de incapacidad para resolver los conflictos les lleva al estrés y a los problemas psicológicos, como angustia, depresión o desmotivación.

Técnicas de autoconocimiento personal: el diagnóstico precoz, la terapia médica y psicológica, cambios en la calidad de alimentación y la distribución del tiempo de sueño- trabajo- esparcimiento, permiten revertir muchos cuadros.

Provisión de recursos personales y materiales.

A través de los estudios realizados se establece que motivación, tiempo, formación y organización, constituyen las claves de un funcionamiento asistencial, que podrían mejorar sustancialmente la capacidad de adaptación del equipo sanitario en general y, por lo tanto, frenar la formación del síndrome de burnout.

Varias investigaciones concluyen en que ante el sentimiento de insatisfacción profesional y de frustración más o menos generalizado, el profesional reacciona con tres actitudes perfectamente definidas: permanecer callado (actitudes de inhibición/ pasividad), continuar en la institución protestando (inconformista, polémico), o dejar el puesto de trabajo. Como es natural, abundan profesionales que han optado por cualquiera de las actitudes citadas anteriormente, pero en cualquier caso, psicológicamente, dejarán huella de resentimiento, frustración y agresividad que puede descompensar psíquicamente al individuo posteriormente, debilitando la psiquis de este profesional.

Tipos de estresores Laborales:

Estresores del ambiente físico:

El ruido: trabajar con alarmas continuamente, pueden afectar al desempeño del trabajo: satisfacción, productividad, etc.

Ambiente contaminado: la percepción de los riesgos, puede producir mayor ansiedad en el profesional, repercutiendo en el rendimiento y en el bienestar psicológico.

La temperatura: a veces trabajar en un ambiente caluroso genera un tremendo disconfort.

Peso: los profesionales que trabajan en quirófano muchas horas con delantales o guantes protectores de plomo pueden estar sometidos a cargar con un peso importante. El cansancio puede duplicarse.

Estresores de la tarea.

La generación de estrés varía de una persona a otra, ya las características de cada tarea y de lo que genera en los profesionales van en función de lo que nos gusta o no hacer.

Carga mental de trabajo: Es el grado de movimiento de energía y capacidad mental que el profesional pone para desempeñar la tarea.

Control sobre la tarea: ocurre cuando no se controla la tarea, es decir, cuando las actividades a realizar no se adecuan a nuestros conocimientos.

Estresores de la organización:

Conflicto y ambigüedad del rol: ocurre cuando hay diferencias entre lo que espera el profesional y la realidad de lo que le exige la organización. También influyen los tiempos de descanso, las relaciones interpersonales, sentirse observado-criticado por los compañeros, las dificultades de comunicación y las escasas posibilidades de promoción.

Jornada de trabajo excesiva: produce desgaste físico y mental e impide al profesional hacer frente a las situaciones estresantes.

Las relaciones interpersonales pueden llegar a convertirse en una fuente de estrés. Piénsese en un profesional desequilibrado emocionalmente que hace la vida imposible a todos sus compañeros. Es una fuente continua de estrés.

Promoción y desarrollo profesional: si estas no corresponden con la realidad por falta de valoración de mérito, se

Estrés laboral crónico - Sindrome de Burnout (continuación)

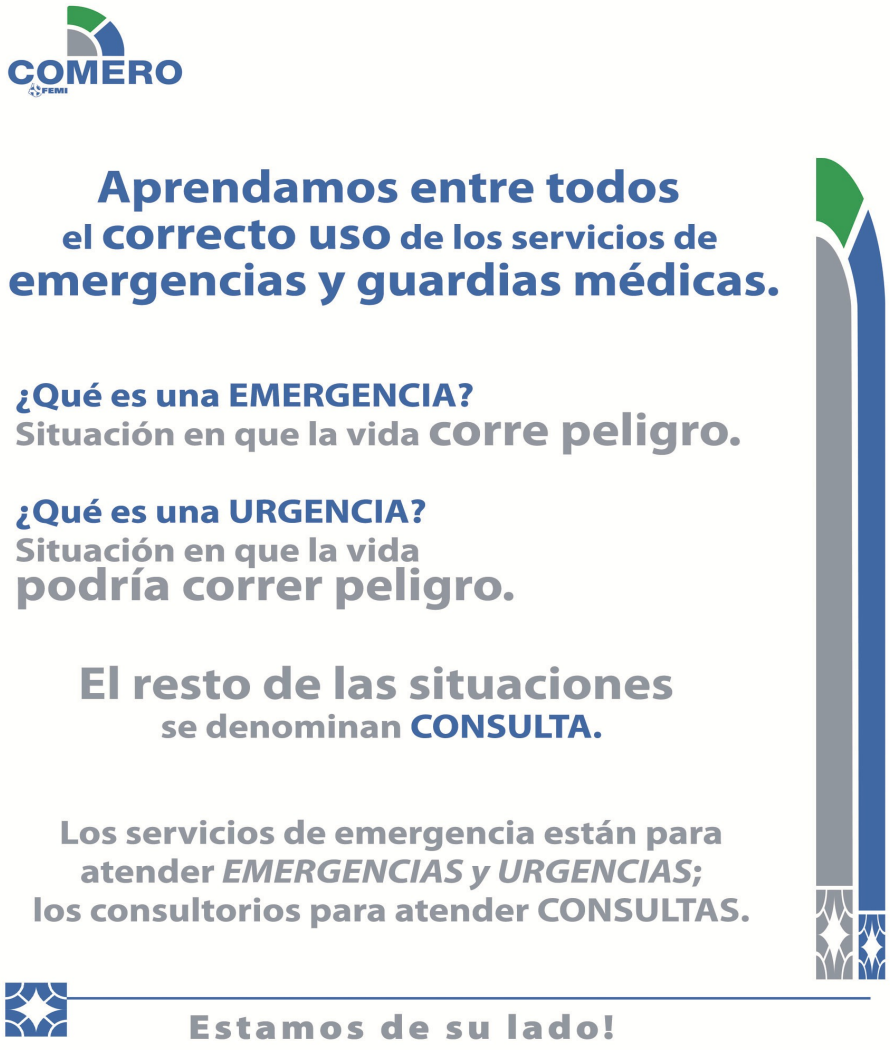
puede generar una profunda frustración apareciendo el estrés.

La Asociación Médica Americana propone la formación de Grupos de Apoyo "que puedan difuminar las «tormentas de estrés» en el medio" ya que se ha observado que los distintos profesionales "no perciben el sufrimiento emocional de sus compañeros, al tiempo que silencian su conducta" por lo que el diagnóstico de la patología se realizara en forma tardía.

Las reuniones de grupo y el aprendizaje de diversas estrategias psicológicas, tienen como objetivo: velar por la salud de su equipo sanitario y por la calidad asistencial al paciente. La formación en actitudes (acercamiento al enfermo, la congruencia y veracidad en las intervenciones, el desarrollo y profundidad en la empatía, la aceptación incondicional del paciente, etc.), el aprendizaje y perfeccionamiento de las habilidades de autocontrol (relajación, visualización, yoga, autorrefuerzo, solución de problemas, habilidades sociales y asertivas) junto a la cohesión grupal y el «counselling» (buena comunicación, habilidades de escucha, soporte emocional), constituyen objetivos esenciales en el trabajo con el equipo sanitario, con el fin de neutralizar el síndrome de burnout

Bibliografia

1- "Riesgo del trabajo del personal sanitario"Gestal Otero. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill, 2da. Edición. 1993. pp 59-63
2- "Riesgo del trabajo del personal sanitario"Gestal Otero. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill, 2da. Edición. 1993. pp 59-63
3 "Riesgo del trabajo del personal sanitario"Gestal Otero. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill, 2da. Edición. 1993. pp 59-63
4- Revista electrónica InterAcao Psy. Año 1, Nº 1. Ago 2003.pp 19-33
Gil-Monte y Peiró



COMERO — FARMACIA
Sistema de prescripción crónica (Boleta verde)
QF. Andrea Debat.

¿DE QUE SE TRATA?

Es un sistema que dispone COMERO para aquellos pacientes que reciben tratamientos crónicos de medicamentos, mediante el cual el médico tratante puede expedir una receta con validez por un periodo de tiempo prolongado (boleta verde). De esta forma el paciente no tiene que volver a la consulta médica para acceder a esos medicamentos durante ese periodo de tiempo, los puede retirar directamente de la Farmacia.

¿COMO FUNCIONA?

Si el médico tratante considera que un paciente debe recibir un tratamiento con medicamentos por tiempo prolongado le expedirá una boleta de prescripción por tiempo prolongado (boleta verde) en la que deben figurar los siguientes datos:

- Datos del paciente: nombre, apellidos, cedula de identidad
- Datos del médico: nombre y número de caja profesional, firma y sello
- Lista de medicamentos indicados: nombre, dosis diaria (cuantos comprimidos, gotas, inhalaciones, etc., debe usar por día), periodo de validez de la indicación (hasta 6 meses).

La boleta es por duplicado, el original (hoja blanca) se debe presentar en farmacia y la copia (hoja verde) es para el paciente.

Farmacia debe realizar el ingreso al sistema informático de la boleta habilitando de esta forma una "cuenta corriente" para cada medicamento de la lista. En función de la dosis diaria se va a generar un crédito para cada medicamento que el paciente podrá ir retirando mensualmente sin necesidad de volver a consultar al médico.

Si bien es un sistema para medicación de uso crónico no es aplicable a todos los medicamentos, hay casos de medicamentos que deben recibir un monitoreo más estricto, por ejemplo warfarina en pacientes anticoagulados, por lo que este medicamento NO se incluye en la boleta verde.

QUE HACER PARA RETIRAR MEDICAMENTOS CON SU BOLETA VERDE:

La primera vez deberá dejar la vía original de su boleta (vía blanca) en Farmacia a efectos de que le ingresen al sistema informático su boleta y le habilite la cuenta corriente para cada medicamento.

Cada vez que necesite medicamentos deberá pasar por caja y solicitar la cantidad de recetas de repetición de acuerdo a los medicamentos que vaya a retirar, luego se dirige a Farmacia con su boleta verde y solicitará de la lista de medicamentos prescriptos cuales va a llevar.

El funcionario de Farmacia debe verificar en el sistema informático si usted tiene crédito disponible para cada medicamento, en caso contrario NO podrá dispensar el medicamento.

4-TENER EN CUENTA:

Si bien este sistema permite disponer de los medicamentos por el tiempo estipulado por el médico, hay algunos aspectos importantes a tener en cuenta:

- Los retiros son mes a mes, el paciente no puede por este sistema retirar medicamentos por ejemplo para dos meses.
- Una vez ingresado al sistema NO pueden realizarse modificaciones por lo que ante un aumento de dosis o agregado de algún nuevo medicamento deberá solicitar al médico que le realice recetas o una nueva boleta.

La boleta tiene un vencimiento final que le escribe el funcionario de Farmacia (extremo inferior derecho), pasada esa fecha NO podrá retirar medicamentos con esa boleta.

La validez de la boleta se cuenta a partir de la fecha de la prescripción médica y el periodo fijado por el médico (2, 3, 6 meses), NO de la fecha de presentación en Farmacia.

El hecho de tener la boleta vigente NO habilita al retiro de la medicación, el funcionario de farmacia debe verificar siempre en el sistema el saldo de su cuenta corriente ya que podría haber retirado toda la medicación asignada antes del vencimiento de la boleta.

El sistema habilita los retiros por mes con una tolerancia de 7 días antes de la fecha prevista.

Si usted no realiza el retiro en el mes correspondiente, el sistema automáticamente dará de baja el crédito de ese mes, la medicación NO se acumula de un mes a otro.

Cada vez que usted necesite retirar medicación por este sistema deberá presentar la boleta verde vigente.

Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011)

Considerando que:

1- Es responsabilidad de los estados garantizar el derecho a la salud y a la vida de las personas.
2- Las **úlceras por presión son un grave problema de salud pública** que afecta a millones de personas en el mundo, deteriorando su salud, su calidad de vida, y que pueden conducir a la discapacidad y a la muerte.
3- Las úlceras por presión generan **elevados costes** para los sistemas de salud de los países y severas **implicaciones éticas y legales** para los profesionales sanitarios y las organizaciones.
4- El conocimiento científico actual, ha demostrado que **es posible evitar casi la totalidad de estas lesiones** (al menos el 95 %)
5- Estas lesiones son un evento adverso y suponen una **amenaza de primera magnitud a la seguridad de los pacientes** en todos los sistemas sanitarios, sociales y en la comunidad.

Para afrontar este problema se hace necesario:

1- Establecer un compromiso con la definición y puesta en marcha de **firmes y decididas políticas orientadas a la prevención** de este importante problema de salud pública.
2- **Asegurar un acceso universal y equitativo** de todas las personas a recursos materiales y humanos de calidad necesarios para la prevención y el tratamiento de estas lesiones.
3- Garantizar la aplicación de **criterios de calidad y evidencias científicas**, y no solo económicos, en los procedimientos de selección de los materiales preventivos y terapéuticos.
4- **Mejorar la formación básica y post-básica**, con un enfoque integral e inter-disciplinar, de los profesionales de las ciencias de la salud sobre el cuidado de las personas que sufren o están en riesgo de padecer estas lesiones.
5- **Promover la investigación, el desarrollo y la innovación** para avanzar en el conocimiento sobre los cuidados.
6- **Promover la creación de unidades especializadas** para la atención de las personas con heridas, con un enfoque claramente interdisciplinar, y la existencia de **profesionales de referencia** en cada entorno sanitario y social.
7- **Fortalecer el liderazgo de la Enfermería en el cuidado de estas personas**, por ser los profesionales que tienen la formación más idónea y la posición en los sistemas sanitarios más adecuada.

Promovido por:

Clima de Seguridad en COMERO

Breve resumen de la encuesta realizada en COMERO en el presente año.

Participaron:

Nurse Noelia Sollmann, Dr. Fernando Ravera, Nurse Graciela Ravera, Dr. Silvia Cardozo, Nurse Saira Silvera, Nurse Fabián Fernández., Dr. Jorge Domínguez

Creemos importante en primer lugar, agradecer a todos los funcionarios, sobre todo a Enfermería, auxiliares y técnicos, por la colaboración brindada en el llenado de los formularios de la encuesta. Si bien la encuesta estaba planificada para ser anónima, existía la posibilidad de poder identificar a los que las llenaran. De todas formas, garantizamos la confidencialidad, y solo los integrantes del cosepa tuvieron acceso a los formularios para analizarlos. Aun con esos aspectos, el porcentaje de funcionarios que colaboraron fue muy alto, sobre todo enfermería.

Esperamos, en futuras encuestas, la participación, y la mayor colaboración de los médicos, ya que su opinión también es importante.

Cultura y clima de seguridad: en el marco del *Programa Nacional de Seguridad de los Pacientes* del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), se plantea como objetivo específico, compartido internacionalmente, el desarrollo de una "Cultura de Seguridad" en los distintos niveles de la atención sanitaria con un enfoque de gestión proactivo, preventivo y de aprendizaje; la concientización y la participación del personal es el primer paso para conseguir nuestros objetivos.

La CULTURA DE SEGURIDAD de una organización es "la suma de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el estilo, la competencia y el compromiso de la gestión de la seguridad en una organización. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua, que comparten la percepción de la importancia de la seguridad y confían en la eficacia de las acciones preventivas.

Por otro lado, el clima de seguridad es dinámico y sensible a intervenciones, por lo que es necesario contar con herramientas que permitan medirlo a través del tiempo.

La encuesta es una herramienta que permite medir el clima de seguridad desde la perspectiva del personal de la salud. Está diseñada para medir la percepción de los valores y principios que sustentan el clima organizacional y su desempeño.

Mediante el uso de la Encuesta de Clima de Seguridad, en conjunto con programas de seguridad, se podrá medir con precisión y evaluar la eficacia de estos programas

La encuesta es anónima, y proporciona a los servicios que la realizan información valiosa acerca del ambiente en su lugar de trabajo, el trabajo en equipo, la percepción de la gestión de la dirección del servicio y hospitalaria, el clima de seguridad, las condiciones de trabajo y el nivel de estrés.

Objetivos

Medir la percepción de cultura de seguridad de los diferentes servicios de la Cooperativa Medica de Rocha.

Identificar fortalezas y debilidades a trabajar en relación a seguridad del paciente en la institución.

Identificar medidas para incrementar la satisfacción de las personas, potenciar el trabajo en equipo y mejorar la productividad

Resultados

La encuesta fue distribuida en todos los servicios y sectores. Para el mismo se consideró personal médico y no médico, de los diferentes servicios en el Sanatorio Rochense y Sanatorio del Este. Se insistió en la característica de anónimo y voluntario.

Se entregaron un total de 340 cuestionarios, de los cuales se recibieron 175, lo que determina un porcentaje de participación del 51,4%.

Dentro de este se puede determinar que un 14,2 % corresponden a médicos, 7,4 a licenciados en enfermería, 44% a auxiliares de enfermería, 2,3 % a personal de laboratorio, 4 % a instrumentistas, 3,4 % a nutricionistas y un 20,6 % a auxiliares de servicio. Se recibieron y analizaron un 2,8 % de cuestionarios en los que no se registró la procedencia y no se recibieron cuestionaros por parte de choferes y técnicos imagenólogos, los cuales no fueron considerados para el análisis estadísticos por la características a considerar del mismo.

En cuanto a la participación discriminada por sectores, 100% de par-

Clima de Seguridad en COMERO (continuación)

PARTICIPACIÓN

Se entregaron 340 cuestionarios, de los cuales se recibieron 175.

Participación del 51,4%.

AUXILIARES DE ENFERMERIA	44 %
AUXILIARES DE SERVICIO	20.6 %
MEDICOS	14.2 %
LICENCIADAS DE ENFERMERIA	7.4 %
INSTRUMENTISTAS	4 %
NUTRICIONISTAS	3.4 %
SIN IDENTIFICAR	2,8 %
LABORATORIO	2.3 %

31/10/2013 COSEPA CLIMA DE SEGURIDAD

ticipación de los nutricionistas, seguidos del 87,5 % correspondientes a los instrumentistas y con valores menores Auxiliares de enfermería, Licenciados de enfermería, auxiliares de servicio y médicos respectivamente.

Se describe para el análisis por un lado la distribución de frecuencias relativas de respuestas para cada sección analizando las diferencias de acuerdo a la labor desempeñada en la institución considerando así la percepción del clima de seguridad pero teniendo en cuenta el tipo de contacto que cada involucrado tiene con el usuario. Por otro lado se describe la distribución de frecuencias relativas de respuestas de cada sección considerando respuestas positivas las opciones "totalmente de acuerdo" y "parcialmente de acuerdo" correspondientes a las opciones 5 y 4 respectivamente. Así mismo se consideran respuestas negativas las opciones "totalmente en desacuerdo" y parcialmente en desacuerdo" correspondientes a las opciones 1 y 2 respectivamente. De esta manera se determinan y analizan las fortalezas y debilidades

En cuanto a la satisfacción por el lugar de trabajo se determinó en general un grado de satisfacción por encima del 75 % lo que se determina como una fortaleza

La sección 2, referente al trabajo en equipo se observa que en su totalidad no llega al 75% considerado como una fortaleza de los servicio pero si se analiza individualmente cada grupo participante vemos que existe una clara tendencia hacia las respuestas positivas.

Aisladamente se puede analizar algunas preguntas de particular interés ya que determina la percepción individual del trabajo en equipo. En cuanto a la pregunta: " los médicos, enfermeros y auxiliares de este servicio trabajamos cordialmente formando una buen equipo" se puede percibir un aceptable nivel de comunicación ya que todos los grupos involucrados en la pregunta tuvieron un porcentaje mayor de respuestas positivas con algunas variables en el grado de acuerdo y desacuerdo, ya que el personal médico muestra respuestas positivas en su totalidad y el personal de enfermería muestra una mayor distribución de las respuestas manteniendo la tendencia al acuerdo.

Existen en esta sección una pregunta más de particular interés para nuestro trabajo ya que es determinante para la comunicación así como para la prevención de errores y corresponde a la pregunta: "En este servicio es difícil decir lo que pienso cuando detecto un problema en los cuidados del paciente" en cuanto al personal médico muestra una distribución de respuestas mayor que en otras preguntas pero con mayoría de respuestas positivas. Por otro lado el personal enfermero tiene una gran segregación entre auxiliares y licenciados en enfermería ya que los primeros responden en gran mayoría no tener inconvenientes en comunicar esta detección de problemas pero por otro lado los licenciados de enfermería expresan mayor dificultad al tender a las respuestas que así lo determinar. El otro grupo que muestra esta tendencia es de auxiliares de servicio con una tendencia más marcada.

Llama la atención que la sección 3 de la encuesta es la menor valorada por los participantes ya que en todos los grupos se observa un alto porcentaje de respuestas sin opinión definida. Dentro de esta sección la única diferencia entre las respuestas que consideramos relevante destacar es la percepción de auxiliares de enfermería en cuanto a recursos humanos insuficientes así como la disponibilidad de información relevante para el trabajo. Así mismo llama la atención la diferencia de opiniones en cuanto a al compromiso de la dirección referente a la seguridad del paciente, pero es riesgosos analizar estas respuestas debido a la baja participación en la valoración de esta sección a la vez de que no existen marcadas diferencias entre respuestas positivas y negativas.

Clima de Seguridad en COMERO (continuación)

Se observa, en el análisis de la sección Clima de seguridad, en todos los grupos analizados, una inclinación a las respuestas positivas aunque esta no llega al 75 % determinado como fortaleza e individualmente solo el grupo de instrumentistas alcanza esta cifra. Para el resto de los grupos se determinaron algunos puntos de particular interés:

El grupo de los médicos manifiesta conocer los canales de denuncia de eventos adversos a la vez que consideran que la dirección de la institución orienta el trabajo para que el mismo se centre en la seguridad del paciente, pero se detecta un porcentaje considerable de respuestas que revelan cierto desconocimiento referente al sistema de denuncia de evento adverso.

En cuanto al personal de enfermería son el grupo que mayor conocimiento demuestra referente a los sistemas de denuncia a la vez que consideran de utilidad el análisis de los mismos. Así mismo el grupo declara mayor temor a la denuncia por miedo a ser identificado durante la misma a la vez que reconoce la oportunidad de haber cometido errores en su profesión que pudieran afectar al paciente.

El resto de los grupos analizados no demuestran que se sientan involucrados en la denuncia de eventos adversos aunque consideran que la dirección del sanatorio los orienta como institución en la seguridad el paciente y consideran que es de utilidad un sistema de reporte aunque manifiestan algún grado de temor en los sistemas de reporte.

Llama la atención a su vez la baja percepción como situación de peligro que se tiene en general ante puntos como la continuidad de la atención, la interrupción en la tarea y retrasos en la atención por falta de comunicación.

La sección condiciones de trabajo es la que muestra mayor dispersión entre las respuestas lo que demuestra variedad de opiniones en cuanto supervisión y formación dependiendo a la labor desempeñada.

En la última sección por analizar se orienta las preguntas con el fin de identificar la capacidad de los distintos profesionales de valorar el estrés como factor desfavorable en la ocurrencia de eventos adversos por lo que un elevado número de respuestas negativas reflejan la incapacidad de reconocer este factor de riesgo en mayor o menor grado en todos los grupos.

Conclusión

Entre los resultados más llamativos de nuestro trabajo se destaca la percepción de los funcionarios con respecto al ambiente del lugar de trabajo como punto a favor.

En cuanto al clima de seguridad se observa en todos los grupos analizados una inclinación a las respuestas positivas aunque esta no llega al 75 % determinado como fortaleza e individualmente solo el grupo de instrumentistas alcanza esta cifra lo que llama un poco la atención ya que ha sido el personal enfermero y medico el principal objetivo de nuestros trabajos referente a eventos adversos. Así mismo todos los grupos manifiestan una detección de actividad dirigida a la seguridad del paciente mayor que hace un año.

Es en este punto en particular en que nos centraremos para analizar la futuras acciones dirigidas a fomentar la denuncia de eventos adversos ya que es la opinión general que la denuncia de los mismos para su posterior análisis es algo favorable, se considera de utilidad para desarrollar acciones dirigidas a la seguridad del paciente y muestran apoyo por parte de los encuestados en todos los grupos.

Por último se detectaron dos puntos de particular interés y que deberían ser temas a trabajar en el futuro y son el hecho de que el nivel de estrés es un factor contribuyente en la ocurrencia de eventos adversos y esto debería ser promovido en la población a trabajar y en segundo lugar el hecho de que la comunicación al igual que la continuidad de los cuidados es primordial en el trabajo en equipo e imprescindibles en las medidas dirigidas a la seguridad del paciente.

COMERO
un espacio para tu salud

COSEPA
Boletín trimestral

Comisión de Seguridad del Paciente y Prevención Del Error en Medicina
cosepa.comero.rocha@gmail.com

Foto bajada de: http://emssolutionsint.blogspot.com/2012/04/prevencion-de-accidentes-en-motos.html

El día 05 de diciembre del presente, se llevó a cabo, la "Jornada de Cierre Anual sobre Metas de Seguridad del Paciente", en el local de COCEMI. Participaron en esa instancia los Referentes de las instituciones en las diferentes metas que participan en las actividades, integrantes del Departamento de Educación del Sanatorio Americano, y se contó en el cierre con la presencia de las Autoridades de FEMI y Sanatorio Americano.