

APM ARGENTINA PRAXIS MÉDICA

LA REVISTA DE LA MUTUAL

www.lamutual.org.ar

**Técnicas de Comunicación y Negociación en el ámbito Sanitario.
Formación de Recursos Humanos en Esterilización.
El impacto de los errores de medicación en los profesionales de Enfermería.**



**La
mutual** Argentina Salud
y Responsabilidad Profesional

www.lamutual.org.ar

Praxis | Médica

Más de 500 instituciones y 4000 profesionales gozan de nuestros beneficios.

- La prevención y gestión del riesgo médico legal.
- El asesoramiento especializado ante el conflicto.
- La cobertura económica de una aseguradora

Tucumán 1668, 3º piso (C1050AAH) - Ciudad de Buenos Aires
Tel.: (011)4371-9856 (rotativas) - lamutual@lamutual.org.ar



Gestión de riesgos médico legales: Procedimientos y recomendaciones. Marco jurídico.

Entre otros temas se desarrollan los siguientes:



GESTIÓN DE RIESGOS MÉDICO LEGALES.

- Riesgos y cambios en la actividad sanitaria.
- Recomendaciones desde una visión práctica.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

- El deber de información a la luz de la ley 26.529.
- Respuestas a las preguntas más frecuentes.
- Rechazo terapéutico y abandono de tratamiento.

HISTORIA CLÍNICA.

- Errores más frecuentes.
- Recomendaciones para una buena gestión de historias clínicas.
- Guía para conformar una HISTORIA CLÍNICA ÚNICA (ley 26.529).

ADMISIÓN, DERIVACIÓN y EGRESO DE PACIENTES.

- Procedimientos y recomendaciones.
- Análisis de situaciones especiales.

SEGURIDAD DEL PACIENTE.

- Prevención de infecciones nosocomiales.
- Quemaduras por uso de electrobisturí.
- Prevención y gestión de caídas.
- Cirugía Segura y la Resolución 28/2012 del MSN.

COMUNICACIÓN DE INCIDENTES Y RECLAMOS.

- El valor de identificar y comunicar incidentes y eventos adversos.
- Actos médicos judicializados: qué y cómo informar.

El Error Médico

Análisis de sus implicancias jurídicas, económicas y asistenciales.



A lo largo de sus 270 páginas, entre otros temas se analizan los siguientes:

- Errores en la historia clínica.
- Relación médico paciente y deber de información.
- Especialidades médicas más frecuentes demandadas.
- El error en las distintas instancias de atención: ambulatoria, guardia, internación programada, urgencia.
- El error en el diagnóstico y en el tratamiento.

Se exponen los números de la responsabilidad médica:

- Análisis sobre consultas preventivas por eventos adversos.
- Exposición estadística sobre mediaciones y juicios.
- Montos reclamados y tiempos de reclamación.
- Demandas que prosperan y reclamos que se concilian.

- Error institucional y seguridad del paciente.
- Las manifestaciones del error en las distintas especialidades: cirugía, traumatología, obstetricia, clínica médica, anestesiología, odontología, enfermería, internación domiciliaria.
- Lesiones evitables e inevitables.
- Los efectos del error médico.
- Infecciones intrahospitalarias.
- Error del paciente.
- La pérdida de chance en medicina.

- Costos en las mediaciones y juicios.
- Análisis de las sentencias.
- Evolución de las consultas preventivas realizadas oportunamente.

Y además:

- Herramientas para prevenir eventos adversos, quejas y reclamos.
- Gestión de riesgos médico legales. Ventajas cualitativas y cuantitativas.



Entérese de las últimas novedades en Facebook: *El Error Médico - Libro.*

Si desea adquirir alguna de estas obras, consulte escribiendo a: lamutual@lamutual.org.ar, o bien llamando al 011-4371-9856 (líneas rotativas) - Entrega gratuita a los Socios de LA MUTUAL -

Editorial

En esta edición de Argentina Praxis Médica, la revista de La Mutual, compartimos una serie de notas sobre:

Técnicas de Comunicación y Negociación en el ámbito Sanitario. Para ello conversamos con la Dra. Norah Mendías Abella, abogada especializada en métodos alternativos de resolución de conflictos.

Una entrevista a la Dra. Helga Sager de Agostini, Presidenta de FUDESA, organización integrada por profesionales Farmacéuticos comprometidos con la calidad de los procesos de Esterilización y el manejo aséptico.

Abordamos algunos aspectos sobre el impacto de los errores de medicación en Enfermería y cómo esas situaciones no solo afectan al paciente si no al personal involucrado.

Por último, les contamos sobre los últimos talleres de La Mutual en el distrito de Entre Ríos y algunas novedades sobre tecnología y salud.

Como siempre muchas gracias por elegirnos.

Dr. Héctor S. Vazzano
Presidente
La Mutual



Staff:

Director:
Dr. Héctor Salvador Vazzano

Editor Responsable:
Dr. Rafael Alejandro Acevedo

Producción Periodística:
Graciana Castelli

Diseño y Dirección de Arte:
Santiago Ariel Bermúdez

Correo de Lectores:
apm@lamutual.org.ar

Página Web:
www.lamutual.org.ar

Redacción y Publicidad:
(011) 4371-9856 (rotativas)

Contacto:
info@lamutual.org.ar
lamutual@lamutual.org.ar
Tucumán 1668, Piso 3, C1050AAH
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Imprenta:
En el Blanco Producciones
Capitán Bermúdez N° 3321, Olivos, Pcia de Bs As
Te: 011 5263-3283

Sumario

4- Técnicas de Comunicación y Negociación en el ámbito Sanitario.

9- El impacto del error de medicación en los profesionales de Enfermería.

12- Talleres de La Mutual.

13- Formación de Recursos Humanos en Esterilización.

16- Restos de hueso en el instrumental ortopédico estéril ¿Está realmente estéril?

17- Una guía móvil para terapia intravenosa.

APM es una publicación bimestral y gratuita, propiedad de la Asociación Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional. Derechos reservados. Las notas son de uso público siempre que se citen las fuentes. Los artículos firmados no reflejan necesariamente la opinión de la Dirección, ni de la Asociación Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional. Registro de Inscripción de Publicación Periódica: RL-2018-47662050-APN-DNDA#MJ

VIDA COLECTIVO | ACCIDENTES PERSONALES | CAUCIÓN
RESPONSABILIDAD CIVIL | PRAXIS PROFESIONAL

NOS OCUPAMOS DE VOS

La Compañía de Seguros especialista
en Responsabilidad Profesional.

Buscanos en
f t in v
/TPC Compañía de Seguros
www.webtpc.com

SSN
WWW.SSN.GOB.AR
0800-666-9400
N° INSCRIPCIÓN SSN: 0741

Técnicas de Comunicación y Negociación en el ámbito Sanitario



La Dra. Norah Mendías Abella es abogada especializada en métodos alternativos de resolución de conflictos y trabaja desde hace muchos años en el campo de la Salud. Actualmente es la Jefa de Auditoría Interna de la obra social Servicios Sociales Bancarios, y explica que cumpliendo ese rol “uno puede advertir problemas que se suscitan en todas partes”. Formada en la Argentina, cursó un Doctorado en la Universidad Complutense de Madrid y se especializó en la Harvard Law School, donde estudió negociación con Roger Fisher y mediación en el campo de la salud con Leonard Marcus.

Además, cuenta con una amplia trayectoria docente en el país y en Chile, en donde ha brindado numerosos cursos en el Hospital de Carabineros, el Hospital Naval Almirante NEF (Viña del Mar) y la Universidad de los Andes.

- ¿En qué consisten los métodos alternativos de resolución de conflictos?

En los años noventa, comenzaron a aparecer los métodos alternativos de resolución de conflictos.

Yo pertenezco a la Asociación de Abogados y mi interés por el tema apareció cuando vi una revistita que se llamaba “Mediación - Instituto Libra”, que era de las Dras. Gladys Álvarez y Elena Highton de Nolasco, que trabajan en esa época con el Dr. Arslanián.

Los métodos alternativos no solo resuelven los problemas de una empresa, de un litigio, sino también los problemas personales. El 99,9% de nuestra vida funciona con la conversación. El don de hablar lo ponemos en ejercicio desde que nacemos y nuestros padres nos impulsan a decir las primeras palabras, por medio de métodos inductivos o deductivos. Esto es muy interesante y si uno lo analiza con una mirada filosófica hacia atrás, se encuentra con que siempre los grandes conflictos se resolvieron por la guerra, ge-

nerando muertos, desastres, epidemias, enfermedades, etc. Creo que el ser humano, cuando empieza a utilizar el pensamiento lógico, que es justamente lo que tiene que ver con la mediación y la negociación, también empieza a analizar estas situaciones de conflicto, a pensar en las consecuencias de los malos entendidos, en el resultado del mal uso de las palabras.

- ¿A qué se refiere con el mal uso de las palabras?

Algunas palabras son violentas por sí mismas. Siempre digo que una palabra fuerte es como una piedra que tiramos al vacío, que puede matar, puede rozar o puede no hacerle nada al otro, dependiendo de la fortaleza física y psíquica del que la recibe. Esto es bastante ejemplificativo para decir que debemos ser cuidadoso con nuestras formas de comunicarnos.

- ¿Así como sucede con la palabra, en el ámbito de la salud muchas veces los contextos pueden ser hostiles?

No solo está el tema de lo hostil. En el campo de la salud lo que hay son “grandes interferencias”.


Una es el sistema mismo de salud, que está colapsado, donde los médicos tienen poco tiempo para escuchar al paciente, que van con premura a atender de un lado a otro. Además, la profesión de médico está muy pauperizada y deben saltar de una guardia a otra, de un edificio a otro, por un dinero que no tiene ningún valor económico y que simplemente es un paliativo de gastos. El servicio público de salud está mal y pese a ello, aún así tiene su gloria, porque todos los médicos se vanaglorian de ser del hospital tal o cual, y de creer en la medicina gratuita, de un ambiente democrático que incluye a todas las personas.

Productores y Asesores de Seguros
Especialistas en Praxis Médicas

Quinn Seguros



M.R. Fraguio 719 - Ituzaingó (1714) Bs As.- Tel./Fax: (011) 4624-1947 - info@segurosquinn.com.ar - www.segurosquinn.com.ar



Trayectoria, Solidez y Respaldo
para la protección de los
Asociados a La Mutual

HDI
Seguros

- Vida Colectivo Ley de Contrato de Trabajo
- Integral de Comercio para Instituciones Médicas

Superintendencia de Seguros de la Nación - 0-800-666-8400 - www.ssn.gov.ar - N° de inscripción SSN: 0335

Descubra nuevas soluciones de protección

Estimado Socio:

Sabía usted que...

Además de la cobertura de ART, las empresas tienen una serie de indemnizaciones que deben afrontar en forma obligatoria en caso de fallecimiento o incapacidad de un trabajador.

Nuestras soluciones de protección brindan la más completa cobertura para estos imprevistos.

Ley de Contrato de Trabajo (N° 20.744)

■ Cobertura

Protege al empleador en caso de Fallecimiento o Incapacidad Total y Permanente por accidente o enfermedad de sus empleados, las 24 horas, inclusive en días no laborables o estando de licencia.

■ Determinación de la Suma a Indemnizar

En caso de fallecimiento: se abona a los beneficiarios medio sueldo por año de antigüedad.
De suceder una Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente, el empleado recibirá, en una sola cuota, un sueldo por año de antigüedad (Art. 245, 247 de la Ley 20.744).

Ejemplo: Un empleado con 10 años de antigüedad y un sueldo mensual de \$8.000 pierde la vida. El Empleador estará obligado por ley a abonar \$40.000 en concepto indemnizatorio y en cumplimiento de la Ley de Contrato de Trabajo. De no contar con la póliza que proteja tal riesgo, deberá afrontarlo directamente, afectando así su situación financiera.

Para mayor información sobre estas y otras coberturas contáctese con:

Representante Comercial HDI Seguros en La Mutual.
Área de adhesiones.
Teléfono: (5411) 4371-9856 int. 107
lamutual@lamutual.org.ar



Y los ruidos no solo vienen del ambiente (que puede ser un llamado insistente en los altoparlantes), también pueden ser de las esperas de los pacientes y de los tiempos propios, porque tanto los hospitales como los sanatorios tienen tiempos para atender al paciente (15-20 minutos) que deben cumplir porque si no se hacen colas impresionantes en las esperas, que se vuelven “desesperantes para los pacientes” y generan conflictos en las salas de espera.

- ¿Cuáles son las áreas más vulnerables?

En las guardias comunes siempre hay actos de violencia contra las personas que están atendiendo (staff de enfermeros o administrativos que receptionan). Conozco casos de pacientes que han saltado el mostrador y han mordido a las personas que estaban atendiéndolos, por la bronca, y por la angustia o necesidad de ser atendidos. Esto no solo ha sucedido, sino que sucede y es un tema que nunca se ha solucionado.

En la profesión médica no se enseña a comunicar. Enfermería e incluso hasta la receptionista de un servicio médico tienen que saber de comunicación, saber entender y atender al otro, no solo con las palabras, también con

los gestos, las miradas, con el tono comprensivo que la persona necesita para calmar su ansiedad. Pero no se le enseña ni se prepara a ningún profesional de la salud para esto.

- ¿Qué le dice su experiencia docente en este sentido? El antes y el después.

He tenido muy buena recepción con los cursos porque la gente siente que le estoy hablando de la realidad y les enseño a manejar estos conflictos, cómo hacerlo, cómo deben acercarse al paciente y no verlo como si fuera un insecto de análisis, ni tampoco quedarse sin indagar en su parte familiar, sensorial, porque todo eso tiene que ver con la enfermedad.

- ¿Cuáles son los principales errores que se cometen en este acercamiento al paciente?

El principal error es hablar nada más que de la enfermedad. Lo habitual es que el médico diga: “¿Usted por qué me viene a ver? ¿Qué tiene?”. Y en realidad es como si se le pidiera un diagnóstico presuntivo al paciente. Muchas veces el médico se adapta a ese diagnóstico presuntivo casi sin ponerlo en duda.

- ¿Y qué se puede hacer para evitar esto?

Todavía es muy lento el desarrollo de los métodos alternativos dentro de la medicina porque la gente no entiende de qué se trata, piensa que son cosas de empresas, “versos de marketing”, etc. Pero “ese verso” puede ser “verso” según como lo vea cada uno. En realidad, se está brindando herramientas al otro para que ese otro las recepcione y las aprenda a usar. Se trata de aprender comunicación para negociar la comprensión de los términos médicos, que el paciente no entiende y necesita que se le traduzcan.

- Muchas veces cuando el paciente no comprende surge la ansiedad...

Las palabras utilizadas ampliamente pueden generar ansiedad y angustia. Por eso es necesario valorar qué palabras se usan con el otro ser humano. Es necesario valorar el contexto histórico, socio-económico, de esa persona.

En la comunicación y en la negociación es muy importante el contexto. Por ejemplo, no es lo mismo el contexto de una prepaga, que de un hospital público. No es lo mismo el contexto de una prepaga de clase media que el de una prepaga de clase alta, porque la persona que padece la enfermedad también tiene un poder económico y en alguna medida ha recibido una educación más profunda que le permite apreciar varias cosas.

Federacion de Clinicas y Sanatorios Santiago del Estero



24 de septiembre 281
4200 - Santiago del Estero
Tel. (0385) 4224597 / Fax (0385) 4224503

E-mail: feclise@yahoo.com.ar
www.feclise.com.ar

- ¿Cuáles son las etapas que se transitan hasta llegar al conflicto?

La comunicación con el sistema médico empieza con la recepcionista o con la persona que atiende el teléfono. Esa persona es la primera que recepciona el conflicto.

Por eso la primera etapa es en el momento en que el paciente se comunica con el servicio médico, por el método o vía que sea.

No es lo mismo una obra social que una pre-paga, porque la persona que está del otro lado tiene determinada edad, estado civil, o a lo mejor es un obrero metalúrgico y tiene problemas auditivos y escucha poco, por el problema de la hipoacusia que genera la metalurgia. Por eso hay que estar en todos los contextos, tener en cuenta la condición de cada lugar, de los pacientes, quiénes son, qué tienen, de qué sufren...

En filosofía hubo alguien que dijo "el hombre y sus circunstancias" y es así, porque el ser humano es un todo, no se le enferma solo el dedo gordo del pie con una infección... el ser humano no son "pedazos de cuerpo", es un todo y el todo necesita ser atendido en su complejidad y en su vida de relación porque puede influir en su situación médica.

Hay que tener en cuenta otra cosa, hoy en día, el médico tiene numerosos escapes de atención: el celular, la computadora, no siempre toca al paciente, se le pregunta, pero no se comprueba con el tacto. El médico necesita poner los dedos sobre el paciente. En Estados Unidos hay clínicas donde se utiliza una tablet que suplanta los dedos del médico y a través de un escaneo determina qué enfermedades tiene la persona. Pero hay algo que no tiene precio: el aspecto térmico del paciente. Lo táctil es muy importante, el paciente necesita ser contenido. Nosotros no podemos igualarnos a los Estados Unidos porque ellos tienen otra forma de vida y de valorar lo gestual.

- El tema de la comunicación tiene muchas aristas, pero ¿qué pasa a nivel institucional, se trabaja habitualmente en estos temas?



Es muy complejo y para poder entender bien el tema comunicacional es necesario estudiarlo por partes e ir adecuando la profesión. En Estados Unidos, por ejemplo, se trabaja en este sentido, pero acá en nuestro país no se le da valor a lo comunicacional y por el contrario aparecen una serie de barreras y pensamientos críticos, que dicen que este tipo de programas son inventos americanos para sacar dinero. Además, conven-gamos que muchas instituciones médicas están económicamente mal, sobre todo si son públicas.

Un ejemplo, se suspendió algo básico de una forma abrupta: la leche fortificada que se le daba a los niños en los hospitales. La gente, personas muy pobres, seguían yendo a buscarla, con mucho sacrificio, y al llegar se encontraban con un letrero que decía: "A partir de hoy no se entrega más leche fortificada". En este caso se usó un letrero para no enfrentar el conflicto cara a cara. Esas noticias tan graves no se pueden dar de otra manera que no sea cara a cara y explicando el motivo. De otro modo no solo resulta algo incomprensible, sino que hasta tiene cierto grado de crueldad.

- ¿Y quién debería cubrir este rol de comunicación y negociación en las instituciones?

Debería ser una persona entrenada en métodos alternativos de resolución de conflictos. Hoy en día, vamos a ser claros, en Argentina se asocia a estos métodos con la mediación. Pero no es así, la mediación es uno de los métodos alternativos de resolución de conflictos, puertas afuera.



Asociación de Clínicas
y Sanatorios Misiones Sur

Tucumán 2131 - Posadas - Misiones - Argentina
Tel. (03752) 440030 - C.P. 3300



Para la comunicación alcanza con ser negociador o haber estudiado mediación en forma comprobable, como para poder empezar a desarrollarse.

- ¿Qué implica la negociación?

La negociación está muy asociada con la idea de llegar a un acuerdo económico para tomar alguna ventaja. Pero esto no es así, un gran negociador puede ser aquel que acude a una organización a sortear o abordar un conflicto muy grave, como el que acabo de relatar de la leche. Qué bueno hubiera sido si en vez de un cartel se hubieran reunido por grupos de padres, darles no solo una explicación sino sugerirles con qué alimentos pueden reemplazar a la leche fortificada, etc. Buscar alternativas, opciones, que tienen que pasar por el tamiz de “lo posible” y no de lo que se puede “inventar” como solución. Es necesario buscar alternativas que se puedan implementar y resulten prácticas, para satisfacer -probablemente no en todo- los intereses de la otra parte. Y la otra parte tendrá que hacer el esfuerzo por entender cuáles son los problemas y las circunstancias que han llevado a este conflicto, para poder llegar a un acuerdo, a una composición de intereses para ensamblar las dos posturas.

- ¿Y cómo reaccionar ante el enojo de los familiares cuando las cosas con el paciente no salen de la forma que se esperaba desde el punto de vista médico?

El médico no puede prometer salud. El médico va a dar la salud posible al cuadro del paciente. Cuando se le explica lo sucedido a los familiares es necesario hacerlo con todos los elementos que ayuden a realizar un razonamiento más positivo del tema. ¿Cuáles son estos elementos? Todos los estudios previos realizados al paciente, el cuadro clínico, cómo estaba el paciente, etc. Y no solo el médico que operó debe dar las explicaciones, también el médico clínico, el traumatólogo, el cardiólogo; todas las especialidades que intervinieron previamente para tomar la decisión de ope-

rarlo. Hay que demostrar que todo el equipo médico estaba al servicio del paciente, que se trabajó previamente para solucionar el tema, que no se pudo solucionar y que se llegó a la decisión de realizar una operación con el consentimiento del paciente.

Cuando uno da esas seguridades y se muestra seguro de sí mismo y de su actuación, y atiende la inquietud de los familiares; esas personas tienen la convicción de que se hizo todo lo posible.

- ¿Y cómo influye el espacio ambiental en este tipo de situaciones?

Además hay que dar este tipo de explicaciones en un ambiente adecuado, que no es justamente ni el quirófano, ni en el pasillo.

- ¿Y qué cosas es importante tener en cuenta?

Como dije anteriormente, las gestualidades. ¿Qué son? Hay un montón... Sentarse con los familiares del paciente sin el uniforme médico, sacarse todos los elementos que lo identifiquen como médico. Todos los profesionales se presentan con sus nombres y apellidos, como seres humanos, y se sientan a explicarle a los otros sin omnipotencia, con prudencia y contención: “entendemos lo que usted está pasando”, “comprendemos la situación”, “sentimos mucho lo sucedido”.

La documentación y las manos sobre la mesa, con las palmas hacia arriba, porque demuestran que uno está actuando con honestidad y no esconde nada.

La gestualidad, la ropa, el tono de voz suave, un ambiente distinto dentro del propio hospital. El equipo médico debe llegar una vez que el paciente/familia está instalado, saludar, dar la mano, mirar a los ojos, atender y reconocer las palabras del otro como propias (“Como usted bien dijo mamá, el nene no estaba bien y por eso tuvimos que tomar esta determinación...”), porque cuando lo hacemos estamos reconociendo al otro como persona, lo estamos legitimando. **APM**

Por Graciana Castelli para APM.

ACLER

**Asociación de Clínicas y Sanatorios
de la Provincia de Entre Ríos**

Enrique Carbó N° 245 - C.C. N° 175 - 3100 Paraná - Entre Ríos
Tel. (0343) 4230040 - Fax: (0343) 4230379

El impacto del error de medicación en los profesionales de Enfermería

Compartimos un estudio realizado por las investigadoras Silvina Estada, María Victoria Brunelli, María Constanza Celano, Ana Quiroga y Guillermina Chattas; publicado por la Revista Aladefe / ABRIL 2018 N° 2 Volumen 8.

Introducción

Los avances en las tecnologías sanitarias, la precisión de los métodos de diagnóstico y las innovaciones en los tratamientos de las enfermedades, presentan una imagen de profesionales de la salud casi infalibles. Como consecuencia, se admite una expectativa de perfección en la atención y el tratamiento que genera una exigencia al equipo de salud muy alta. Esta percepción deja de lado la posibilidad de cometer un error. Sin embargo, el mismo ha sido y será un eterno acompañante de la actividad que realice el ser humano y el ejercicio de las ciencias de la salud no es ajeno a ello. En contraposición, se exige a los profesionales humanidad en la atención y en muchas ocasiones se destaca este aspecto de los mismos. Por lo tanto, pareciera que humanidad y perfección no se encuentran profundamente integradas en las demandas de salud actual (1,2).

Muchas veces en el ámbito de la salud se reacciona a cada error como una anomalía, por lo que la solución es identificar y culpar a un individuo, con la promesa de que “nunca volverá a suceder”. Paradójicamente, este enfoque desvía la posibilidad de mejoras que podrían disminuir errores, de ahí la importancia de generar una cultura de seguridad en busca de reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente y el profesional como consecuencia de los procesos de prestación de atención. Toda institución que brinda atención de calidad trabaja en la mejora de sus procesos para evitar errores (1,3).

Dentro de los entornos de atención de salud, los errores de medicación pueden generar dos víctimas. La primera víctima es el paciente y la segunda víctima es el profesional de la salud involucrado. Se menciona también la tercera víctima como la organización sanitaria que sufre una pérdida de reputación como consecuencia de un incidente en seguridad del paciente (4). Cuando aparece un error la prioridad obvia y esencial es el paciente y su familia, pero también los profesionales que atienden al paciente y la organización. Es por ello que la mejora de la seguridad del individuo requiere la atención de todos los implicados (1,4,5-11).

A mediados de los años 80 del pasado siglo han comenzado a aparecer algunos relatos acerca de los sentimientos que experimentaban los profesionales de la salud tras haber cometido un error en su práctica (1,2,6,12,13). El término segunda víctima fue utilizado por

primera vez por Wu, quien sostiene que ante un error, además del paciente que constituye sin duda la primera víctima, el profesional queda también herido por el error cometido (1,4,6). Se definen como segundas víctimas a los profesionales sanitarios que se ven involucrados en un evento adverso no previsto, un error médico y/o un daño sufrido por el paciente, y se convierten en víctimas en el sentido de que quedan traumatizados por el evento. Es frecuente que se crean personalmente responsables de lo que le ha sucedido al paciente. Muchos sienten como si le hubieran fallado, cuestionándose sus habilidades clínicas y conocimientos (1,4,12-14).

Son numerosas las investigaciones que evidencian la existencia de la segunda víctima (1,3,6,13,14). Sin embargo, aún son escasas las acciones para atender a quienes cometen un error y disminuir el impacto (7-9,15). En dos revisiones sistemáticas se sostiene que la prevalencia varía entre el 10,4% y el 43,3% de los profesionales (4,16). Scott et al. (17) mencionan que aproximadamente el 30% de los profesionales reportó problemas personales hasta los 12 meses posteriores al haber cometido el error. En España, un estudio reciente señala una prevalencia de 66,9% en profesionales de la salud (7).

Tal como la definición lo refiere, el error marca un impacto en el profesional. Las segundas víctimas responden emocional y cognitivamente. Las reacciones emocionales y cognitivas pueden provocar síntomas físicos y psicosociales. Los hallazgos evidencian que los profesionales experimentan ansiedad (3,5,12,13,17,18), estrés emocional (3-5,17), sentimientos de culpa (2,4,14,16-18), rabia (16), incapacidad para concentrarse, pérdida de la memoria, alteraciones en el sueño (4,5,18), frustración (13,16) y otros síntomas físicos y sociales (3-5,16,20,22,23). Las alteraciones se presentan a corto y largo plazo, llegando a padecer depresión o burnout en algunos casos (3,4,17,19,20).

El impacto repercute en su salud, en su rol profesional (3,5,15,20,21) y en la relación terapéutica con el paciente (4,15,24). Algunos enfermeros se sienten incapacitados para continuar ejerciendo su profesión (3,4,17,19,20) y/o experimentan falta de satisfacción laboral en su desempeño y en su reputación profesional (4,5,14).

Por esto, se realizó una búsqueda bibliográfica a fin de conocer la evidencia de este fenómeno en Latinoamérica. Ante la escasez de datos hallados se llevó a cabo este estudio que busca conocer cuál es el impacto que presentan los profesionales de salud al cometer un error y qué enseñanza le deja el evento.





Método

Se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal. Desde marzo de 2013 hasta mayo de 2016, los profesionales de enfermería asistentes de los cursos presenciales de postgrado del área de oncología y neonatología, realizados en la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral (Argentina), fueron invitados a participar en el estudio. Estos conformaron una muestra accesible (no probabilística) de enfermeros que se encontraban desempeñando actividades asistenciales. Se excluyeron a los profesionales que se encontraron ausentes en el momento de la recolección de datos y quienes no deseaban participar del estudio. Se eliminaron cuatro encuestas que solo estaban completas en un 50% de la misma.

Se diseñó una encuesta autoadministrada anónima y voluntaria con 15 preguntas cerradas y una abierta. La encuesta fue evaluada por profesionales que no participaron en el estudio y se realizó una prueba piloto. Se indagó sobre datos sociodemográficos y variables de estudio.

Estas últimas incluían las siguientes preguntas: ¿tuvo alguna vez un error de medicación?, ¿con qué aspecto estuvo relacionado el error de medicación?, después de darse cuenta del mismo ¿lo informó?, ¿a quién lo informó?, ¿qué sintió cuando se equivocó?, ¿qué es lo primero que hizo cuando cometió el error?, ¿qué lectura/enseñanza le deja haber cometido un error? Las preguntas cerradas ofrecían distintas opciones de respuesta, pudiendo en algunos casos señalar más de una opción. La variable segunda víctima se tomó como el sentimiento que le generó haber cometido un error pudiendo ser al menos uno de los siguientes: culpa, miedo, angustia, inseguridad, tristeza y enojo. Los datos fueron analizados en una tabla Excel con estadística descriptiva. Se realizó cálculo de frecuencia y porcentaje para todas las variables.

Resultados

Un total de 280 participantes contestaron la encuesta. Los profesionales poseían una antigüedad entre uno y 25 años de ejercicio laboral, predominando la población que tenía entre seis y 10 años de antigüedad. Teniendo en cuenta el total de la población, los profesionales con menor antigüedad reconocieron en mayor porcentaje haber cometido un error.

El 88,6% (n= 248) manifestó haber cometido un error en la administración de la medicación. De los profesionales que cometieron un error, el 94% (n= 233) lo informó.

El reporte de error se comunicó al médico y a la supervisión de enfermería, principalmente (52,8 y 45,5% respectivamente). En menor medida informó a un compañero o en la hoja de reporte. El 66% de los profesionales que no reportó no lo hizo por miedo a la llamada de atención y el 23% por miedo a la desvalorización.

El aspecto donde se presenta mayor incidencia de error es en la forma de preparación (28,9%), seguido de la velocidad de infusión (19,3%), la dosis (16,1%) y el paciente incorrecto (11,1%). Los profesionales manifestaron que las causas del error fueron la alta demanda de pacientes (el 34,6% manifestó estar a cargo de más de seis pacientes), la falta de claridad en las indicaciones médicas (27,5%), la distracción (24,3%) y el desconocimiento (15,4%). Con un porcentaje menor al 6% aparecen como causantes la entrega incorrecta de farmacia, el olvido y la indicación médica de forma verbal o telefónica.

La culpa es el sentimiento que mayormente predomina en los profesionales (56,8%), seguidos de la angustia (49,6%) y el enojo (42,5%). De los que sintieron culpa, además expresaron sentir angustia, enojo, miedo, tristeza e inseguridad.

Como enseñanza, el 64,3% manifestó que aprendió a ser más prudente en la preparación y administración de medicación, un 46,1% agregó que necesitaba capacitarse más frente al evento ocurrido y un 10,4% que es más obsesivo en la preparación de medicación.

Discusión

Un gran porcentaje de profesionales de enfermería abordados en el estudio reconocieron haber cometido el error. Esto muestra que es factible cometer errores. Por otro lado, evidencia un gran compromiso profesional de los participantes del estudio. Coincidentemente Wolf et al. (21) encuentran que los profesionales de enfermería presentan mayor impacto emocional que otros profesionales.

Además de haber reconocido el error también la mayoría lo informó, reflejando una alta responsabilidad en el ejercicio de la tarea diaria.

En relación a las reacciones de los profesionales predomina la culpa coincidiendo con varios autores (2,3,5,14,20,26). Panella et al. (20) llegan a la misma conclusión en su estudio donde informa que 21 de los 55 estudios abordados en la revisión reportaron sentimientos de culpa, siendo este el síntoma psicosocial de mayor predominio. Lo mismo ocurre en la revisión presentada por Seys et al. (5). Asimismo Ulstrom et al. (3) en su investigación cualitativa informan que los profesionales presentaron serios problemas de salud probablemente ocasionados por la culpa, tristeza y la falta de apoyo tras haber cometido el error. Mizharri (2) sugiere que cuando los profesionales abordados en su estudio reconocieron cometer un error leve, disminuía en ellos la percepción de culpa. Scott et al. (25) también reconocen como síntoma psicosocial la culpa, además de otros sentimientos.

Sin embargo, la culpa no es el único sentimiento que aparece tras haber cometido el error. Los profesionales también experimentaron angustia, enojo, miedo y tristeza. La

angustia y culpa también aparecen como síntomas psicosociales en los estudios abordados por Seys (5). Este conjunto de sentimientos que se genera en el equipo de salud sugiere diseñar un plan de acción para trabajar con cada uno de los integrantes que están involucrados en el error.

Wolf et al. (21) reportan que los profesionales experimentan miedo principalmente por el paciente, pero también por la acción disciplinaria que pudieran sufrir. En el estudio que se presenta, los profesionales que no reportaron experimentaron miedo a la llamada de atención y a la desvalorización. Si bien el número de profesionales que no reportaron es muy inferior al que reportaron, aún se evidencia una concepción en la cultura punitiva de seguridad del paciente. Coincidentemente en su estudio cualitativo Ulstrom et al. (3) encuentran que los profesionales se mostraron en desacuerdo con la reacción de sus jefes ante el error.

Por otro lado, más de la mitad de los profesionales reflejaron que son más prudentes en la preparación de la medicación tras haber cometido un error y un 10% que es más obsesivo. Esto coincide con estudios que revelan que el evento hace perder la confianza en las habilidades profesionales (14,21) y dificulta la relación terapéutica (3). Ulstrom et al. (3) mencionan que la mayoría de los profesionales reportaron que el evento les afectó y que tienen mayor cuidado en la práctica profesional. Waterman et al. (26) informan que el 44% de los profesionales se vio afectado negativamente en la confianza en el desarrollo de sus habilidades clínicas.

Parte de los resultados de este trabajo demuestran que los profesionales manifestaron la necesidad de recibir capacitación tras haber cometido el error, lo que fortalecería la confianza en el desarrollo de sus competencias. A pesar de que para los participantes no es la primera enseñanza la necesidad de capacitarse, es importante que en planes educativos se incluya el concepto y la acción sobre segunda víctima (7,18). Además, es conveniente que las instituciones cuenten con programas de asistencia institucional para atender dentro del equipo de salud a la segunda víctima (6,7,9,24). La presente investigación evidencia que los profesionales que cometen un error tienen un impacto en el ámbito personal y profesional, afectando su estado emocional y psíquico. No se ha hallado evidencia en Latinoamérica del registro de segundas víctimas y acciones de apoyo a estos profesionales.

Futuras investigaciones podrán cuantificar la existencia de segundas víctimas, así como comprender en mayor medida las estrategias utilizadas por los profesionales para afrontar la situación. Asimismo, será conveniente ampliar la población a profesionales de la salud, evitando limitar a enfermeros, lo que constituye una limitación del estudio. **APM**

Estudio publicado en la revista ALADEFE/Abril 2018
<https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/279/el-impacto-del-error-de-medicacion-en-los-profesionales-de-enfermeria/>

Autoras:

- (1) Silvina Estrada, (1) María Victoria Brunelli, (1) María Constanza Celano, (2) Ana Quiroga, (2) Guillermina Chattas
(1) Profesora de la Especialidad de Enfermería oncológica. Universidad Austral. Argentina.
(2) Profesora de la Especialidad de Enfermería neonatal. Universidad Austral. Argentina.

Bibliografía:

1. Scott SD, Hirschinger LE, Cox K, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Quality Safe Health Care*. 2009; 18:325-30.
2. Mizrahi T. Managing medical mistakes: ideology, insularity and accountability among internists-in-training. *Social Science and Medicine*. 1984; 19(2):135-46.
3. Ulstrom S, Sachs MA, Hanson J, Ovreteit J, Brommels M. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf*. 2014; 23:325-31.
4. Grupo de Investigación de Terceras y Segundas Víctimas. Guía de actuación para atender a las segundas y terceras víctimas y ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso. Segundas víctimas [internet] 2015 [citado 16 mar 2018]. Disponible en: www.segundasvictimas.es
5. Seys D, Wu A, Van Gerven E, Vleugels A, Euwerna M, Panella M, et al. Health care professionals as second victims after adverse events: A systematic review. *Evaluation & the Health Professions*. 2013; 36(2):135-62.
6. Anonymous. The mistake I'll never forget. *Nursing*. 1990; 20(9):50-1.
7. Carrillo I, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, Torrijano M, Iglesias-Alonso F, et al. Propuestas para el estudio del fenómeno de segunda víctima en España en atención primaria y hospitalares. *Revista de Calidad Asistencial*. 2016; 31(2):3-10.
8. Wu A, Steckelberg R. Medical error, incident investigation and the second victim: doing better but feeling worse? *BMJ quality & safety*. 2012; 21(4):267-70.
9. Wu A, Boyle D, Wallace G, Mazor K. Disclosure of adverse events in the United States and Canada: an update, and a proposed framework for improvement. *Journal of Public Health research*. 2013; 2(3):32.
10. Mira J, Lorenzo S. Las segundas víctimas de los incidentes para la seguridad de los pacientes. *Revista de Calidad Asistencial*. 2016; 31(2):1-2.
11. Aranaz JM, Mira JJ, Guilbert M, Herrero JF, Grupo de trabajo Segundas Víctimas. Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre segundas víctimas. *Trauma Fund Mapfre*. 2013; 24(1):54-60.
12. Hilfiker D. Facing our mistakes. *New England Journal of Medicine*. 1984; 310(2):118-22.
13. Levinson W, Dunn P. A piece of my mind: coping with fallibility. *JAMA*. 1989; 261(15):2252.
14. Schrøder K, Jorgensen J, Lamont R, Hvidt N. Blame and guilt—a mixed methods study of obstetricians' and midwives' experiences and existential consideration safter involvement in traumatic childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016; 95:735-45.
15. Martens J, Van Gerven E, Lannoy K, Panella M, Euwema M, Sermeus W, et al. Serious reportable events within the inpatient mental health care: Impact on physicians and nurses. *Revista de Calidad Asistencial*. 2016; 31(2):26-33.
16. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistakes needs help too. *BMJ*. 2000; 320:726-7.
17. Scott S, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Hahn-Cover K, Epperly K, et al. Caring for our own: deploying a System wide second victim rapid response team. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2010; 36(5):233-40.
18. Venus E, Galan E, Aubert J, Nougairède M. Medical errors reported by French general practitioners in training: results of a survey and individual interviews. *BMJ quality & safety*. 2012; 21(4): 279-86.
19. Edrees H, Paine L, Feroli R, Wu AW. Health care workers as second victims of medical errors. *Polskie Srochiwum Medycyny Wewntrznzej*. 2011; 121(4):101-8.
20. Panella M, Rinaldi C, Vanhaecht K, Donnarumma C, Tozzi Q, Di Stanislao F. Le seconde vittime in Sanita: una revisione sistematica di letteratura. *Igiene e Sanita Pubblica*. 2014; 70(1):9-28.
21. Wolf ZR, Serembus JF, Smetzer J, Cohen H, Cohen M. Response and concerns of healthcare providers to medication errors. *Clin. Nurse Spec*. 2000; 14(6):278-87.
22. Sirriyeh R, Lawton R, Gardner P, Armitage G. Coping with medical error: a systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals psychological well-being. *Quality Safe Health Care*. 2010; 19(6):43-51.
23. Hannawa A. Disclosing medical errors to patients: Effects of nonverbal involvement. *Patient Education and Counseling*. 2014; 94(3):310-3.
24. Van Gerven E, Bruyneel L, Panella M, Euwema M, Sermeus W, Vanhaecht K. Psychological impact and recovery after involvement in a patient safety incident: a repeated measures analysis. *BMJ*. 2016; 6(8):403-13.
25. Scott S, Hirschinger L, Cox K. Sharing the Load. Rescuing the healer after trauma. *RN*. 2008; 71(12):38-43.
26. Waterman A, Garbutt J, Hazel E, Dunagan W, Levinson W, Fraser V, et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *The Joint Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2007; 33(8):467-76.



Talleres de La Mutual

La Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional cerró el ciclo de talleres 2018 con una actividad en la provincia de Entre Ríos.

En esta oportunidad, brindó 2 talleres, uno de ellos en la sede misma de la Asociación de Clínicas de Entre Ríos (ACLER) y el otro en el Sanatorio La Entrerriana, ambos en la ciudad de Paraná.

La Dra. Geraldine Canteros, coordinadora del Área Médica de La Mutual, fue la encargada de coordinar la actividad.

Entre alguno de los temas abordados se destacaron:

- Nuevo Código Civil: capacidad de los menores para tomar decisiones, regulación de estudios en humanos, consentimiento informado y directivas anticipadas; Ley de Fertilización Asistida.
- Responsabilidad del Anestesiólogo.
- Listado de verificación para cirugías seguras – Checklist.
- Quemaduras por electrobisturí.
- Aspectos legales de la atención en el Servicio de Emergencias.
- Infecciones Intrahospitalarias.
- Realidad actual en Responsabilidad Médica.
- Cómo sobrellevar una demanda. Consecuencias emocionales de las reclamaciones. Prevención de reclamos.

Los talleres son un espacio donde los profesionales intercambian experiencias y además realizan consultas.

En la mayoría de los casos La Mutual los organiza junto con las distintas Asociaciones de Clínicas y Médicos locales, y participan de los mismos directores, administradores, jefes de equipo y médicos de los distintos establecimientos asistenciales.



Sede ACLER, Paraná, Entre Ríos.
Taller realizado el 07/11/18



Sanatorio La Entrerriana de Paraná.
Taller realizado el 06/11/18

Un banner promocional para 'CONSENSOSALUD'. A la izquierda hay un logo con un símbolo de salud y el texto 'CONSENSOSALUD' y 'ACTUALIDAD EN SALUD'. A la derecha se muestran varias ediciones de una revista o boletín con artículos sobre enfermedades no transmisibles y ejes sanitarios. En el centro hay un botón que dice 'Suscribite!'. En la parte inferior hay un recuadro con información de contacto: 'Tel: (011) 4811-8908 / 9294 . prensa@consensosalud.com.ar . www.consensosalud.com.ar'.

CONSENSOSALUD
ACTUALIDAD EN SALUD

- El portal de noticias de salud más completo
- Nueva publicación impresa mensual
- Newsletter con las últimas noticias. ¡Suscribite!

Tel: (011) 4811-8908 / 9294 . prensa@consensosalud.com.ar . www.consensosalud.com.ar

Formación de Recursos Humanos en Esterilización

Entrevista a la Dra. Helga Sager de Agostini, destacada Farmacéutica especialista en Esterilización y Presidenta de FUDESA, organización sin fines de lucro, integrada por profesionales farmacéuticos comprometidos con la calidad de los procesos de esterilización y el manejo aséptico. Con ella conversamos sobre la historia y actualidad de la especialización en esterilización, la formación de los recursos humanos y los desafíos a futuro.

- ¿Cómo llega FUDESA a las instituciones de Salud?

Yo siempre trabajé en instituciones de salud y todo ese tiempo vi la necesidad de capacitación. Por como están dadas las condiciones en nuestro país, consideraba que era bueno formar personal especializado en esterilización.

Empezamos con un nivel de tecnicatura, que son los que operativamente hacen la tarea. A medida que pasaron los años me di cuenta que los colegas no tenían el conocimiento suficiente para asumir esa responsabilidad. Hablamos de 40 – 50 años atrás, y por entonces propuse la capacitación a través de un posgrado de farmacéuticos.

- ¿Cómo fue recibida la iniciativa en el ambiente?

De entrada hubo mucha resistencia y noto que aún hoy las personas viven muy el presente y no toman conciencia de la incumbencia y trascendencia que tiene lo que hacen. Muchos piensan en trabajar cómodos y dicen “cuanto menos trabajo haya en la central de esterilización, cuanto más material descartable se use, mejor porque así tengo la central prolija...”; pero no reflexionan, por ejemplo, sobre la contaminación ambiental. Ahí la importancia de esterilización, que a través de una planificación coherente de los materiales que se pueden reprocesar, uno puede prevenir problemas ambientales y de salud.

- ¿A qué se refiere con problemas de salud?

El material que se descarta queda en el área de internación por horas y la enfermera personal se contamina y contamina todo. En el caso de que se reemplace por material de rehúso, tendría que existir la educación y el apoyo organizativo para que ese material sea retirado y reprocesado en el momento.

Todo esto seguramente influye en la parte de recursos financieros de la institución porque el costo de utilizar tanto material de descarte es muy importante. También produce un desequilibrio en el mercado.

- ¿Cómo sería eso?

Podemos tomar como ejemplo cuando se pasó de utilizar la jeringa de vidrio a la de material polimérico. Nadie pensó en el perjuicio que significaba para las familias que se dedicaban a la fabricación del vidrio. Ahora es cuestión de reestructurar todo, porque gracias a que hay mayor conciencia en el mundo se están revisando los perjuicios del uso de los poliméricos, a nivel de contaminación de océanos, contaminación de la pesca, y luego la contaminación nuestra. Es todo un círculo vicioso. Además, ese material es sometido a un descarte, y ese residuo infeccioso a su vez es sometido -generalmente- a incineración, que genera nuevos focos de enfermedades. De este modo generamos enfermedades incrementando su número,



SOLUCIONES SALUDABLES

GPro | Sistema de Gestión para Obras Sociales y Prepagas

GHos | Sistema de Gestión para Clínicas y Hospitales

Córdoba - Argentina. Tel. 0351 5706900 - info@solucionesaludables.com.ar - www.solucionesaludables.com.ar



sobre todo respiratorias, para luego volver a consumir más. En este sentido, esterilización, con personal con conocimiento suficiente, puede aportar mucho para solucionar todo esto.

- En Argentina, ¿cuál es la realidad en las instituciones de salud sobre la capacitación del personal para desarrollar la tarea de esterilización?

Tenemos que pensar y expresar lo que ocurre en todo el país. Falta educación básica y es lógico que no abunde personal especializado.

Nosotros empezamos a capacitar personal técnico para esterilización en el año 1979, egresando los primeros técnicos en el año 1980. Esto fue una iniciativa de la ciudad de Buenos Aires. A partir del año 2006, al

reconocerse el grado de técnico, comenzaron a proliferar las carreras, o sea, instituciones que dictan una carrera técnica para esa especialidad, en parte con fines lucrativos, y el recurso capacitado no tiene un nivel homogéneo. Hay que darle más tiempo.

- ¿Además entiendo que requiere de una capacitación continua y actualización permanente?

Esto es un problema porque se logra muy espaciadamente y quizá en determinados centros de algunas provincias.

A nivel de farmacéuticos universitarios, comenzamos con la especialización en el año 1995. Actualmente hay varias universidades que dictan el posgrado. Es un comienzo y todavía no hubo tiempo suficien-

La revista líder del Sector Salud

Medicina Global
Médicos

La revista de salud y calidad de vida

www.revistamedicos.com.ar Tél.: 4362-2024



te. Se necesita conciencia a nivel gubernamental, sobre todo sobre las ventajas a nivel de la situación financiera en salud. Se necesita el reconocimiento y también el control.

- ¿En qué debería consistir ese control?

Lo que falta son auditorías. Hay mucha normativa pero no hay auditorías, que tienen la ventaja de que son de capacitación y educación. Dan sugerencias y la oportunidad de mejorar. A nivel gubernamental tendríamos que conseguir que se reconociera esa necesidad porque se podría avanzar muchísimo.

De alguna manera, el tema de esterilización es de reciente desarrollo y ha ido creciendo por separado de las otras profesiones. Pero de haber una auditoría oficial generalizada, aportaría a esto, porque la auditoría lleva la información a la dirección, a la autoridad superior. Para mí es el camino más directo y urgente de abordar actualmente.

- En el caso de las instituciones que llevan adelante un Programa en Control de Infecciones, ¿el servicio de esterilización tiene una participación activa? ¿Qué incidencia tiene en la tasa de infecciones de una institución de Salud?

Sí, tiene participación y es valorada. Y tiene una gran incidencia pero todavía no es reconocida.

- ¿Cuál es el panorama a nivel mundial en relación al tema de la esterilización en instituciones de salud?

Es una preocupación general en el mundo, por eso existe la Federación Internacional de Esterilización Hospitalaria, y en cada país se están llevando adelante diferentes grados de esfuerzo para ir avanzando. La diferencia que tiene Argentina es que fue el primer país que tuvo una carrera de técnicos y hasta hoy el único que tiene una especialización para farmacéuticos, lo cual de alguna manera es una ventaja, si se logra la auditoría. Toda actividad humana no supervisada no sirve porque los errores se cometen siempre.

Hay países donde hay personas que sobresalen por su afán de bregar por una mejora dentro de su profesión y la repercusión de ese ejercicio profesional. Por ejemplo, en todo el mundo suelen ser enfermeras las que de alguna manera comienzan a dedicarse a este tipo de actividad y logran diferente nivel de conocimiento y perfeccio-



namiento. En México es más homogénea la formación porque respetan a los que consideran o ponen como superiores. Esa es la diferencia también con los países europeos, donde hay noción de disciplina y compromiso de respetar la autoridad. Hay muchas personas capaces, con voluntad, pero lamentablemente en gran parte se malogra por no tomar conciencia de que vivimos en sociedad y compartir el conocimiento no es propiedad privada. **APM**

Por Graciana Castelli para APM.



Sociedad Odontológica

SIEMPRE UN PASO ADELANTE

Restos de hueso en el instrumental ortopédico estéril ¿Está realmente estéril?

Por Mg. Stella Maimone, Licenciada en Enfermera re-certificada en Epidemiología y Control de Infecciones (ADECI), Magister en Educación para Profesionales de la Salud y Directora de CO-deINEP, Grupo Asesor Control de Infecciones y Epidemiología.



Algunos cirujanos traumatólogos han notado que los instrumentos quirúrgicos pueden retener residuos biológicos después de la rutina de limpieza y esterilización. Si bien es aconsejable no utilizar este instrumental, muchas veces pasa desapercibido o se utiliza igual.

Los restos de hueso residual, pueden quedar en el instrumental, después de la limpieza y esterilización, y se puede suponer que están estériles. Sin embargo, no hay una base experimental para este supuesto.

El propósito del estudio que les voy a comentar fue determinar la esterilidad de estos restos retenidos dentro de las cánulas de los taladros o brocas, después de la esterilización estándar por autoclave.

Los autores buscaron replicar un típico escenario quirúrgico, mediante el cual se utilizaron taladros para crear agujeros de 5-8 mm de largo, en hueso.

Se usaron quince cánulas de taladro, para perforar las escápulas limpias de un cerdo o puerco destinado para el consumo humano, obtenido en una carnicería.

Tres de las 15 mechas del taladro fueron utilizadas como controles positivos, se inocularon con *Bacillus cereus*, SAMR (*Staphylococcus aureus* resistente a Metililina), and *Pseudomonas aeruginosa* y no se esterilizaron. Otras 3 fueron controles negativos, y recibieron sólo esterilización por vapor de agua.

Luego quedaron 9 taladros, que conformaron 3 grupos separados con 3 cánulas en cada grupo. Las cánulas pasaron por un proceso estándar de limpieza y esterilización por autoclave y luego fueron examinadas para evaluar el desarrollo bacteriano.

Los autores con el fin de reproducir un escenario lo más real posible, tomaron un grupo de 3 cánulas, y las dejaron sin lavar durante 180 minutos, contemplando que las cirugías en realidad, pueden tener este tiempo como tiempo máximo. Otro grupo de 3 cánulas se expusieron durante 120 minutos y el tercer grupo de 3, durante 60 minutos. Recordemos que había un control negativo que se esterilizó inmediatamente. Los procesos de cultivo en la pre y post esterilización se realizaron por medio de normas estándares.

Los autores observaron que una cánula del

grupo de 60 minutos tenía un desarrollo positivo después de 48 horas de incubación, que reveló un *Bacillus catalasa*-positivo. Los otros 2 del mismo grupo experimental fueron negativos. Dos cánulas del grupo experimental de 120 minutos, fueron positivas para *Bacillus species*.

Una cánula del grupo de 180 minutos fue positiva para *Bacillus species* diferente al anterior. Las 3 cánulas sin esterilizar fueron positivas para los microorganismos inoculados experimentalmente, lo que demuestra que los estándares utilizados para los cultivos funcionaban bien.

Comentario

Si bien la mayoría de los cultivos del grupo experimental fueron negativas, hubo un 11% verdaderamente positivos. Como limitación de este estudio, hay que tener en cuenta que estas cánulas estaban sin uso previo, muchas ortopedias en nuestro país, esterilizan sus cajas con restos de hueso humano, algunos de pacientes con heridas infectadas. Los microorganismos recuperados en estos casos son bacilos Gram Negativos multiresistentes. Un problema en este estudio también fue la escasa cantidad de muestras. Este estudio nos alerta, porque en el mejor de los casos, en la vida real, solo un 11% de trócares contaminados significa que habrá 11 de cada 100 personas operadas, con una Infección del Sitio Quirúrgico en el hueso. Por lo tanto, a los efectos de crear un sistema seguro, debemos esforzarnos en generar estrategias para que el instrumental de las ortopedias esté limpio, libre de restos de hueso y se esterilice con procesos que se puedan controlar. Para esto deben trabajar juntos el quirófano y la central de esterilización. **APM**

Referencia: Am J Infect Control. 2018 Sep;46(9):1009-1013.

Smith, K.; Araoye, I.; Gilbert, S.; Waites, K.; Camins, B.; Conklin, M.; Ponce, B.

Fuente: <https://codeinep.org/restos-de-hueso-en-el-instrumental-ortopedico-esteril-esta-realmente-esteril/>

Una guía móvil para terapia intravenosa

La app 'Guía de Terapia Intravenosa' ofrece contenidos, protocolos y listados de medicamentos basados en la evidencia para la selección y manejo de dispositivos de acceso vascular.

La aplicación móvil 'Guía de Terapia Intravenosa', una herramienta que ayuda al profesional sanitario en la valoración y selección de dispositivos de acceso vascular, ha conseguido el Distintivo AppSaludable de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (España) que reconoce la calidad y seguridad de las aplicaciones móviles de salud dirigidas a pacientes y profesionales.

Esta app ha sido desarrollada con el objetivo de servir de instrumento para facilitar la implantación de la "Guía de valoración y selección de dispositivos de acceso vascular" de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO, por sus siglas en inglés), considerada una referencia en el ámbito de la terapia intravenosa.

Para ello, la app ofrece herramientas y contenidos basados en la mejor evidencia científica, como un algoritmo de decisión, protocolos actualizados, listado de fármacos con pH y osmolaridad, enlaces a páginas de interés en terapia intravenosa.

En su proceso de evaluación se ha destacado la adecuación de sus contenidos y servicios a la audiencia a la que se dirigen,



Desde 1898 un Progreso Seguro...

Casa Central: 25 de Mayo 432 P. 11 - C1002ABJ - Ciudad de Buenos Aires - Tel: 011 4315 - 6600 y lin. rot.

E-mail: info@elprogresoseguros.com.ar

Casa Matriz: Avda. Casey 99 - B8170 AAA - PIGUE - Prov. de Buenos Aires - Tel: 02923 - 472223

y lin. rot. - Fax: 02923 - 472046 - E-mail: pigue@elprogresoseguros.com.ar



N° de inscripción El Progreso 0716 / N° de inscripción La Territorial 0596





La app ofrece herramientas y contenidos basados en la mejor evidencia científica, como un algoritmo de decisión, protocolos actualizados, listado de fármacos con pH y osmolaridad, enlaces a páginas de interés en terapia intravenosa.

así como el proceso de validación al que se ha sometido la app, que ha sido testada en usuarios potenciales antes de su lanzamiento, incorporando mejoras detectadas durante el pilotaje. El respaldo profesional de la app ha sido otro punto fuerte señalado por los evaluadores, que han destacado el papel impulsor del equipo de enfermeros del Hospital Mateu Orfila (HGMO)

de Menorca, España.

La app está disponible para dispositivos IOS y Android y puede descargarse gratuitamente de ambas tiendas de aplicaciones móviles. **APM**

Fuente: <https://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/blog/una-guia-movil-para-terapia-intravenosa-consigue-el-distintivo-appsaludable/>



RED PRESTACIONAL INTEGRAL DE CLINICAS SANATORIOS INSTITUTOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

SANATORIO FORMOSA S.R.L. (Capital)
HEMOFOR S.R.L. (Capital)
CLINICA "DR. JORGE VRSALOVIC S.R.L." (Capital)
NEO-FORM S.R.L. (Capital)
CLINICA "SANTA LUCIA" (Capital)
INSTITUTO ABRUZZO (Capital)
CLINICA ARGENTINA (Clorinda)
CLINICA "MARIA AUXILIADORA" (Clorinda)
CLINICA INTEGRAL "SAN ANTONIO" S.R.L. (Pirané)
CLINICA "SANTA ROSA de LIMA" (Pirané)
CLINICA "DR. CLAUDIO VILLAMEA" (Cte. Fontana)

CLINICA de la MERCED (Las Lornitas)
CLINICA MEDICA "SANTA RITA" (El Colorado)
SERVICIO RADIOLOGICO EL COLORADO (El Colorado)
SERVICIO de IMAGENES ARGENTINAS (Clorinda)
INSTITUTO RADIOLOGICO DR. AMERICO AVEIRO (Capital)
INSTITUTO "Dra. KIRA POPOWITCH" (Capital)
INSTITUTO MEDICO QUIRURGICO "3 de DICIEMBRE" (Capital)
LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA (Capital)
UROLOGIA DE MAGNOSTICO y TRATAMIENTO (Capital)
DIAGNOSTICO SAN CAMILO-GAMMA SPECT FORMOSA S.R.L.

Eva Perón 151- Formosa (Capital)

Desde 1956 conformamos
la Red Provincial de
prestadores de Salud para
la Seguridad Social.



y distritos:

Distrito I - Distrito II - Distrito III - Distrito IV
Distrito V - Distrito VI - Distrito VII - Distrito VIII
Distrito IX - Distrito X

 fecliba.org.ar

Nuevos Consentimientos Informados Según Ley 26.529

2da. Edición ampliada y actualizada según ley 26.742



Contiene más de 140 modelos y guías para la redacción del consentimiento informado que cada práctica requiere, en las especialidades médicas más diversas:

Cirugía Estética
Oncología
Urología
Estudios Obligatorios
Otorrinolaringología
Neurocirugía
Internación Domiciliaria
Cardiología
Cirugía Vasculat
Cirugía de Cabeza y Cuello
Psiquiatría

Obstetricia
Ginecología
Cirugía General
Traumatología
Anestesiología
Oftalmología
Odontología
Traslados
Rechazo Terapéutico
Fecundación Asistida

*Si desea adquirir la obra consulte escribiendo a: lamutual@lamutual.org.ar,
o bien llamando al 011-4371-9856 (líneas rotativas).*

**Entrega gratuita a los Socios de LA MUTUAL
PROMOCIONES ESPECIALES**