



# PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/241.php>

**PARANINFO DIGITAL** es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN ORAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

*Título* **Variabilidad de la práctica enfermera: Errores en la administración de medicamentos en la unidad de Urgencias**

*Autores* Sofía *García Martínez*, María Rosario *Giménez Andreu*

*Centro/institución* Escuela Universitaria de Cartagena (Adscrita).

*Ciudad/país* Cartagena (Murcia), España

*Dirección e-mail* sofia.gm28@gmail.com

## TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

### Justificación

La calidad asistencial está influida por la variabilidad de la práctica asistencial, 1 siendo según un estudio<sup>2</sup>, "error de medicación" (69,5 %) el factor más contribuyente al riesgo de seguridad del paciente, y urgencias la unidad más vulnerable.

Destacan los hospitales con un programa CQI ("Continuous Quality Improvement")<sup>3</sup>. Las organizaciones con mayor grado de eficacia se centran en la prevención de errores y en la mejora de la calidad. Consiste en adoptar la seguridad como el aspecto principal de la calidad.

El análisis de causas raíz (ACR) es un proceso secuencial de preguntas estructuradas para descubrir errores latentes en un suceso centinela (efectos adversos de gran trascendencia clínica).<sup>4</sup>

Hay muchos puntos de vista respecto a las principales causas de error de administración, uno se centra en la persona; en la falta de competencia de los enfermeros. Otros, en un sistema defectuoso.<sup>5</sup> En el enfoque de sistemas una serie de fracasos se combinan para producir un error ("Modelo del Queso suizo" de error).

Un error de medicación puede ocurrir en cualquier parte del proceso, los enfermeros se encuentran en el punto de control de seguridad final al administrar los medicamentos.<sup>6</sup>

Existe gran discrepancia en el número de errores observados y el número de errores informados. Múltiples estudios examinaron el miedo de los enfermeros a la repercusión, el daño a su reputación, o la pérdida de empleo si se presentaban informes de errores de medicación.<sup>6</sup>

## **Antecedentes y estado actual del tema**

Los estudios seleccionados han sido categorizados por orden cronológico con rango de búsqueda 2001-2014:

Cousins D.H. y cols. en 2001-2002, consideran la terapia intravenosa como una actividad de alto riesgo.<sup>7</sup>

Taxis K. y Barber N. publican en 2003 un estudio en el que concluyen que la tasa de errores en fármacos intravenosos era elevada.<sup>8</sup>

Así mismo, Brady A.-M. y cols. realizan una revisión sistemática en 2007 sobre los factores que contribuyen a los errores de medicación<sup>9</sup>. Según estos autores, incluyen cuestiones individuales y del sistema.

Kim J. y Bates D.W. en 2010 llegan a la conclusión de que había bajas tasas de adherencia a las guías.<sup>10</sup>

En 2011, Poblete Umazor R. y cols. realizan una revisión sistemática acerca de la seguridad de los pacientes hospitalizados.<sup>11</sup>

Gallagher Gordon M., en 2012, desarrolla una tesis que indica que los avances en el proceso de administración y el uso de la tecnología posibilitan mejorar la calidad.<sup>12</sup>

A su vez, Camacho Bejarano R. en 2012 concluye que ha habido déficits en la calidad de los cuidados.<sup>13</sup>

En 2013, Cho J. y cols. concluyeron que el sistema de etiquetado con código de color mejoró la rapidez y la precisión de la búsqueda del fluido correcto.<sup>2</sup>

En la Región de Murcia se utiliza SiNASP<sup>14</sup>, cuyo objetivo es mejorar el registro de incidentes adversos pero no se centra en fomentar prioritariamente una cultura de seguridad ni está centrado en los errores de administración de fármacos.

Tras nuestra búsqueda documental no hemos localizado evidencia de la existencia de un sistema de monitorización de errores en la administración de medicamentos centrado en los profesionales de Enfermería en los servicios de urgencias de la Región, que aborde la entrevista a los profesionales implicados en un error de administración así como mejora de la cultura de la seguridad del paciente.

## **Hipótesis/Objetivos**

### *Hipótesis*

Constatar que la variabilidad de la práctica enfermera conlleva un incremento en los errores de administración de fármacos en las unidades de Urgencias de los Hospitales de la Región de Murcia. Al disminuir la variabilidad mejoramos la seguridad, reduciendo el riesgo de los pacientes.

### *Objetivos*

- Identificar causas, características intrínsecas y consecuencias inmediatas de los errores en la administración de medicación.
- Analizar si los errores citados están relacionados con la variabilidad de la práctica enfermera.

## **Metodología<sup>15,16</sup>**

Proponemos un modelo multimétodo cualitativo-cuantitativo. Recabará opiniones y experiencias a través de entrevistas, Walkrounds y Briefings.

- ❖ Enfoque cualitativo: Fenomenológico descriptivo para las entrevistas, el sistema de muestreo y la perspectiva Bracketing. Descriptivo, observacional,

longitudinal para abordar las técnicas de Walkrounds y Briefings. Estudiaremos las experiencias relacionadas con los errores de medicación, realizaremos triangulación de datos como rigor metodológico, análisis de los datos cualitativos mediante la propuesta de Amadeus Giorgi y análisis estadístico en las otras técnicas.

El posicionamiento teórico escogido sigue el referente de Patricia Benner, con su obra “Del principiante al experto: Excelencia y poder de la Enfermería clínica”.

Se realizará muestreo por propósito y la técnica de bola de nieve. Se empleará el bracketing para que los investigadores no condicionen a los participantes.

Recogida de datos: Entrevistas no estructuradas con una pregunta abierta. El cuestionario de los Briefings, la encuesta previa y posbriefings y los Walkrounds. Solicitaremos autorización de los autores del copyright de Walkrounds y Briefings.

Se utilizarán los criterios de calidad para estudios cualitativos publicados por Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ).

Los datos personales se tratarán siguiendo la Ley Orgánica 41/2002, de 14 de noviembre, de Autonomía del paciente y la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Al ser un estudio cualitativo, posee ciertas limitaciones, como es el carácter subjetivo que suponen las entrevistas. La muestra será de todos los centros de la Región, pero no se persigue la extrapolación de los resultados sino una homogenización de la visión colectiva de los Enfermeros de las Unidades de Urgencias Hospitalarias sobre la variabilidad de su propia práctica asistencial y una toma de conciencia de su implicación en los errores de medicación y mejora de la cultura de la seguridad del paciente.

## **Plan de trabajo**

### ❖ Fase I: Cuatro meses.

Primeros dos meses:

- Búsqueda bibliográfica.
- Solicitud de autorizaciones.
- Consulta al Comité Ético Asistencial.
- Selección de profesionales.
- Búsqueda de financiación pública.

Tercer mes:

- Recepción de la financiación, solicitudes y autorizaciones.

Cuarto mes:

- Creación de los documentos que los Comités nos recomienden.
- Reunión del grupo de expertos en seguridad del paciente.

### ❖ Fase II: Seis meses. Puesta en marcha:

- Reparto de Áreas de salud entre investigadores.
- Entrevistas.
- Briefings. 16 Las 2 primeras sesiones las liderará el enfermero especialista en PRL, entrevistas breves de 5 minutos con el personal de los servicios de urgencias. Las siguientes las realizará el Coordinador de la Unidad de forma no punitiva, 1 hora antes del cambio de turno.
- Walkrounds. 16 Entrevistas en la unidad de urgencias, de 5-7 personas aproximadamente según las características de cada hospital. Duración aproximada de media hora, entre los responsables de la unidad.
- Organización de reuniones del grupo de expertos.

- Análisis de los datos.
- Informe de los resultados y del análisis.
- ❖ Fase III: Dos meses.
  - Justificación de gastos.
  - Difusión de datos.

## **Bibliografía**

1. Ojeda-Pérez F. Variabilidad clínica. Una visión del profesional médico. *Rev. Calid Asist* 2006;21(2):63-5.
2. Cho J., Chung H.S., Hong S.H. Improving the safety of continuously infused fluids in the emergency department. *Int J NursPract* 2013;19:95-100.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Mejorando la Seguridad del paciente en los hospitales: de las ideas a la acción. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2008.
4. Ruiz-López P., González Rodríguez-Salinasa C., Alcalde-Escribano J. Análisis de causas raíz. Una herramienta útil para la prevención de errores. *Rev Calid Asist* 2005;20(2):71-8.
5. Jones S.W. Reducing medication administration errors in nursing practice. *Nurs Stand* 2009;23(50):40-6.
6. Hewitt P. Nurses' Perceptions of the Causes of Medication Errors: An Integrative Literature Review. *Medsurg Nurs* 2010;19(3):159-67.
7. Cousins D.H., Sabatier B., Begue D., Schmitt C., Hoppe-Tichy T. Medication errors in intravenous drug preparation and administration: a multicentre audit in the UK, Germany and France. *Qual Saf Health Care* 2005;14:190-5.
8. Taxis K., Barber N. Ethnographic study of incidence and severity of intravenous drug errors. *Br Med J* 2003;326:684-7.
9. Brady A.-M., Malone A.-M., Fleming S. A literature review of the individual and systems factors that contribute to medication errors in nursing practice. *J Nurs Manag* 2009;17:679-97.
10. Kim J., Bates D.W. Medication administration errors by nurses: adherence to guidelines. *J Clin Nurs* 2012;22:590-8.
11. Poblete Umanzor R., Conejeros Fritz S., Corrales Fernández M.J., Miralles Bueno J.J. y Aranaz Andrés J. Revisión sistemática de la literatura acerca de la seguridad de los pacientes hospitalizados en servicios médicos. *Rev Calid Asist* 2011;26(6):359-66.
12. Gallagher Gordon M. Nurses' Perceptions of the Impact of Work-Systems and Technology on Patient Safety During the Medication Administration Process [dissertation]. Philadelphia: Drexel University. ProQuest;2012.

13. Camacho Bejarano R. Seguridad clínica, niveles de satisfacción y calidad de los cuidados hospitalarios. *Enferm Clin* 2012;22(3):170-2.
14. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. [Sede Web]. [Consultado 2014 Abril 10]. Disponible en: <https://www.sinasp.es/>.
15. Cachón Pérez J.M., Álvarez-López C., Palacios-Ceña D. El significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en las enfermeras de cuidados intensivos madrileñas: abordaje fenomenológico. *Enferm Intensiva* 2012;23(2):68-76.
16. Menéndez M.D., Martínez A.B., Fernández M., Ortega N., Díaz J.M., Vázquez F. Walkrounds y Briefings en la mejora de la seguridad de los pacientes. *Rev Calid Asist* 2010;25(3):153-160.