

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/324164534>

EL IMPACTO DEL ERROR DE MEDICACIÓN EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Article · April 2018

CITATIONS

0

READS

435

5 authors, including:



Silvina Estrada de Ellis

Austral University (Argentina)

3 PUBLICATIONS 3 CITATIONS

SEE PROFILE



Maria Victoria Brunelli

Austral University (Argentina)

4 PUBLICATIONS 4 CITATIONS

SEE PROFILE



Chattas Guillermina

Austral University (Argentina)

5 PUBLICATIONS 0 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Segunda Víctima [View project](#)

EL IMPACTO DEL ERROR DE MEDICACIÓN EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

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.

E-mail: vbrunell@austral.edu.ar

Cómo citar este artículo:

Estrada S, Brunelli MV, Celano MC, Quiroga A, Chattas G. El impacto del error de medicación en los profesionales de enfermería. Rev. Iberoam. Educ. Invest. Enferm. 2018; 8(2):40-45.

RESUMEN

Objetivo: conocer cuál es el impacto que presentan los profesionales de salud al cometer un error y qué enseñanza les deja el evento.

Método: estudio descriptivo a través de una encuesta anónima y voluntaria realizada a 280 profesionales de enfermería entre los años 2013-2016 en Argentina.

Resultados: el 88,6% (n= 248) manifestó haber cometido un error en la administración de medicación. La culpa es el sentimiento que mayormente predomina en los profesionales (57%), seguido de la angustia (50%) y el enojo (42%). Como enseñanza, el 64% manifestó que aprendió a ser más prudente en la preparación y administración de medicación y un 46% agregó que necesitaba recibir educación frente al evento ocurrido.

Conclusión: como se demuestra en este estudio, los profesionales de enfermería que comenten un error de medicación pueden experimentar culpa, angustia y enojo, principalmente. Ello les lleva a ser más prudentes en su ejercicio profesional y a requerir mayor capacitación en el área que se desempeñan. Asimismo, surge la necesidad de concienciar a los servicios y organizaciones sobre el tema y disponer recursos para su prevención y manejo.

Palabras clave: seguridad del paciente; segunda víctima; errores de medicación.

O impacto do erro do medicação no profissionais da enfermagem

RESUMO

Objetivo: conhecer o impacto que os profissionais de saúde têm ao cometer um erro e o que o ensino do evento os deixa.

Método: estudo descritivo através de uma pesquisa anônima e voluntária conduzida a 280 profissionais de enfermagem entre os anos 2013-2016 da Argentina.

Resultados: 88,6% (n= 248) declararam ter cometido um erro na administração da medicação. A culpa é o sentimento que predomina nos profissionais (57%), seguido de angústia (50%) e raiva (42%). Como ensinamento, 64% disseram ter aprendido a ser mais cautelosos na preparação e administração de medicamentos e 46% acrescentaram que precisavam receber educação frente ao evento.

Conclusão: conforme demonstrado neste estudo, os enfermeiros que relatam um erro de medicação podem sentir culpa, angústia e raiva principalmente. Isso os leva a ser mais prudentes em sua prática profissional e a exigir mais treinamento na área em que trabalham. Há também a necessidade de aumentar a conscientização entre os serviços e organizações sobre o assunto e fornecer recursos para sua prevenção e gerenciamento.

Palavras-chave: segurança do paciente; segunda vítima; erros de medicação.

The impact of medication errors on nursing professionals

ABSTRACT

Purpose: to assess the impact of medication errors on health professionals and the learning from the event.

Methods: a descriptive study through an anonymous and voluntary survey carried out in 280 nursing professionals between 2013-2016 in Argentina.

Results: 88.6% (n= 248) of participants stated that they had made an error in the administration of medication. The feeling of guilt is the prevailing one in the professionals (57%), followed by anguish (50%), and anger (42%). As for learning, 64% of participants stated they learned to be more cautious in the preparation and administration of medication, and 46% added that they needed to receive training after the event.

Conclusion: as shown by the present study, nursing professionals who report a medication error may mainly experience guilt, anguish, and anger. This leads them to be more prudent in their professional practice and to demand more training in the field they work in. There is also a need to raise awareness among the services and organizations on this issue and to provide resources for their prevention and management.

Key words: patient safety; second victim; medication errors.

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), distrés 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 (Tabla 1). 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%) (Tabla 2). De los que sintieron culpa, además expresaron sentir angustia, enojo, miedo, tristeza e inseguridad.

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS PROFESIONALES SEGÚN ANTIGÜEDAD

ANTIGÜEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 a 5 años	56	20,0
6 a 10 años	90	32,1
11 a 15 años	53	18,9
16 a 20 años	49	17,5
20 a 25 años	27	9,6
Más de 25 años	5	1,8
TOTAL	280	100,0

TABLA 2. ENSEÑANZA QUE LE DEJA EL HABER COMETIDO UN ERROR (EN PORCENTAJE)

Indiferencia	0,0
Nada	0,0
Temor	0,7
NC	6,4
Comportamiento obsesivo	10,4
Mayor capacitación	46,1
Prudencia	64,3

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.

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. Ullstrom S, Sachs MA, Hanson J, Ovretveit 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 hospitales. *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, Guilabert 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 childbir. *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 helps 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 Srdhium Medycyny Wewnetrznej*. 2011; 121(4):101-8.
20. Panella M, Rinaldi C, Vanhaecht K, Donnarumma C, Tozzi O, 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.