

SEGURIDAD EN EL CUIDADO DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

Safety in the surgical patient care

María Del Rosario Oré Rodríguez¹

RESUMEN

Objetivo: Describir el saber y quehacer sobre seguridad en el cuidado del paciente desde la perspectiva de las enfermeras de áreas postquirúrgicas en un hospital de cuarto nivel de la ciudad Lima en el 2009.

Material y método: investigación descriptiva de abordaje cualitativo. La muestra estuvo conformada por 10 enfermeras de las áreas de cuidados post-operatorios inmediatos y mediatos de pacientes adultos. La recolección de datos se realizó a través de la entrevista a profundidad, con preguntas abiertas, basadas en las implicancias del cuidado seguro. La participación en el estudio fue de manera voluntaria, previo consentimiento expreso considerando principios éticos y criterios de rigor científico.

Resultados: Se develaron dos categorías: significado del cuidado seguro como concepto y el proceso del cuidado seguro, sobre las prácticas que se siguen para ofrecer un aseguramiento del paciente; a su vez emergieron sub-categorías para cada categoría. Respecto a la primera se identificaron: cuidado humanizado, la responsabilidad profesional, la protección integral, la preservación de la salud. A su vez para la segunda categoría se encontraron: la valoración de los riesgos intrínsecos del paciente, el cumplimiento de las medidas de bioseguridad, la evaluación continua de acciones y la comunicación.

Conclusiones: El cuidado seguro es un compromiso moral, ético, social y profesional de proteger y realzar la dignidad humana, teniendo como centro al paciente, con el objeto de preservar la salud. Esto se alcanza priorizando el principio de no maleficencia, con una actitud personal consciente de evaluación continua de las acciones y sus consecuencias dentro de una relación intersubjetiva de confianza, proactiva, es decir considerando una comunicación eficaz.

Palabras clave: atención de enfermería, cuidados postoperatorios, seguridad.

ABSTRACT

Objective: To describe the knowledge and tasks on safe patient care from the perspective of nurses in the post-surgical areas of a hospital of the fourth level on the city of Lima in 2009.

Material and method: qualitative descriptive research approach. The sample consisted of 10 nurses from immediate and mediate post-operative care adult patients areas. Data collection was conducted through in-depth interviews with open questions, based on the implications of safety care. Participation in the study was voluntary, whereas expresses consent of ethical principles and criteria of scientific rigor.

Results: We identified two categories: the meaning of safe care as a concept and the process of care insurance, about the practices that are followed to offer the insurance of the patient. Also unveiled were sub categories for each category. For the first one, were identified the human disposition, professional liability, comprehensive protection, the preservation of health. In turn, for the second category, were found: the inherent characteristics of the patient, the compliance of biosecurity measures, the continuous assessment of actions and supported therapeutic communication.

Conclusions: Safety care is a moral, ethical and professional commitment of protecting and enhancing human dignity, with center in the patient in order to preserve health. This is achieved prioritizing the principle of non-maleficence, with a conscious personal attitude of continuous assessment of actions and their consequences, within an intersubjective relationship of trust, proactive, considering an effective therapeutic communication.

Keywords: nursing care, postoperative care, safety.

¹ Enfermera. Docente Universidad San Martín de Porres FOE-USMP

INTRODUCCIÓN

La etimología del término securitas nos recuerda que nombra la cualidad del cuidado de sí (Naredo¹). Cotidianamente se puede referir a la seguridad como la ausencia de riesgo o también como la confianza en algo o alguien. Sin embargo, el término puede tomar diversos sentidos según el área o campo al que haga referencia. Desde del

enfoque social, en su texto «Modernidad e identidad del yo», Giddens¹ dibuja la vivencia del individuo en los contornos de la modernidad reciente, caracterizada por una pérdida de **seguridad ontológica** y confianza en una cultura del riesgo determinada por una creciente incertidumbre y colonialización del futuro. Un sentimiento de fiabilidad en personas y cosas, tan crucial a la noción de confianza, es fundamental al

sentimiento de seguridad ontológica; por lo que ambas están fuertemente relacionadas psicológicamente.

El problema de la seguridad en la atención del paciente no es nuevo. Sus antecedentes se encuentran en el mundo antiguo. En Roma se utilizó la frase latina *Primum non nocere* (primero no hacer daño) como una forma concreta de expresar el necesario humanismo de la atención de la salud y que en el mundo moderno señala la necesidad de evitar los malos procedimientos.²

El Institute of Medicine (IOM) de Estados Unidos en 1999 publicó "To err is human", donde señala que entre 44 y 98 mil personas mueren en los hospitales estadounidenses cada año como resultado de errores que podrían haberse prevenido. También el Comité Hospitals for Europe indicó respecto a la calidad de la atención sanitaria hospitalaria en el año 2000, que uno de cada diez pacientes en los hospitales de Europa sufren perjuicios que se podrían prever y efectos adversos relacionados con su cuidado.³ Estos errores están relacionados a prácticas y entornos que involucran al equipo de salud y al propio sistema organizativo de los centros prestadores de servicios de salud. Se estima que de las 234 millones de intervenciones quirúrgicas que se realizan anualmente en todo el mundo, por lo menos 7 millones tienen alguna complicación discapacitante y un millón terminan en muerte (Weiser)⁴. Las complicaciones más frecuentes que se encuentran están relacionadas con la identificación incorrecta del paciente o el sitio incorrecto de la cirugía, complicaciones anestésicas y altos índices de infección de la herida operatoria.

La OMS en la Asamblea Mundial del 2004 acordó organizar una Alianza Internacional para la Seguridad de los Pacientes⁵ que fue puesta en marcha el 27 de octubre de ese mismo año. El programa de la Alianza incluye una serie de medidas consideradas claves para reducir el número de enfermedades, traumatismos y defunciones que sufren los pacientes al recibir atención sanitaria. Su objetivo puede resumirse en asumir la seguridad del paciente como prioridad en la agenda de los países miembros. Esta alianza pretende concientizar y conseguir el compromiso político, lanzando programas, generando alertas sobre aspectos sistémicos y técnicos, realizando campañas internacionales que ofrecen alternativas destinadas a garantizar la seguridad de los pacientes en el mundo.

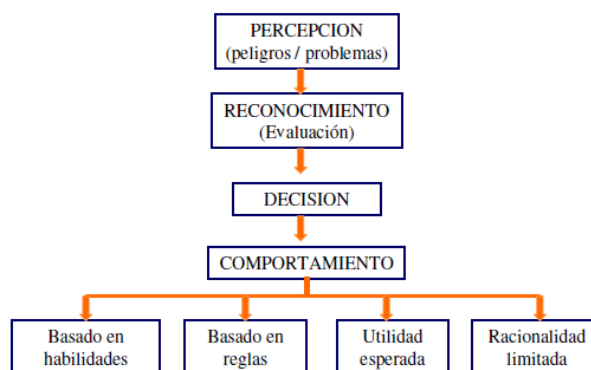
El Perú,⁶ en su calidad de país miembro de la Asamblea Mundial de la Salud, a través del Ministerio de Salud como ente rector crea e

implementa estrategias y mecanismos para brindar mayor seguridad al paciente durante el proceso de atención de salud. Es a partir de esta iniciativa que en noviembre de 2004 se asume, concretándose mediante la Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA, el Comité Técnico para la Seguridad del Paciente con carácter sectorial. Este comité elaboró un Plan Nacional para la Seguridad del Paciente (2006), el cual se viene implementado en los diversos hospitales. El 30 de julio del 2008 el Ministerio de Salud emite la Resolución 533-2008/MINSA aprobando los criterios mínimos de la "Lista de Chequeo de Cirugía Segura" y promueve en los hospitales adicionarlos a sus prácticas locales con la finalidad de cumplir con los estándares de calidad y seguridad de la atención en los distintos sectores que comprenden el Sistema Nacional de Salud en el Perú.⁷

Machado⁸, en Brasil, presenta un estudio acerca de las fallas de enfermería en el periodo de recuperación de pacientes quirúrgicos, con el objeto de analizarlas y clasificarlas durante la atención a pacientes en el postoperatorio inmediato. A través de un enfoque cualitativo, descriptivo, fueron recopilados 25 relatos de fallas. Estos consideraron aspectos psicosociales/equipamiento, organizacionales y de gravedad mediante el análisis de componentes principales y la utilización de un test de escalonamiento multidimensional (MDS), resultando cuatro grupos de fallas. Estos fueron ubicados en el nivel sensorio-motor, de procedimiento, de abstracción y de control de supervisión, señalándose como causas la indefinición de roles, la capacitación deficiente, la observación asistemática, la inadecuación física y de equipamientos. Esto nos lleva a reflexionar en la multi-causalidad de los eventos adversos que rodean a la práctica de la salud en el contexto hospitalario.

James Reason⁹ señala que "el error humano es una consecuencia, no una causa". Los errores están determinados y provocados por factores organizacionales y puestos de trabajo inadecuados". En consecuencia, los denomina "accidentes organizacionales". Sostiene que los accidentes organizacionales implican la interacción de condiciones latentes con eventos disparadores. Añade: "no podemos cambiar la condición humana, pero podemos cambiar las condiciones en que los humanos trabajan. La posición de Reason propone a la cultura como práctica colectiva. Recomienda el desarrollo de una cultura de la información, una cultura justa, una cultura con capacidad de aprendizaje, y finalmente, una cultura flexible.

Modelo general de comportamiento



(Reason, 1996; Rasmussen, 1994)

Figura 1: Modelo general de comportamiento

El cuidado del paciente es parte del proceso de recuperar la salud. Unos buenos cuidados de enfermería llevarán al paciente al restablecimiento de su salud o a afrontar más dignamente su condición actual. Pero una mala práctica del cuidado puede llevar no sólo a no recuperar la salud, sino a lesionar la ya de por sí vulnerable situación de aquel que se confía a los cuidados del profesional.¹⁰

Nightingale escribe: “Una enfermera debe ser una persona de la que se pueda uno fiar, en otras palabras, capaz de ser enfermera de *confianza*. Ha de respetar su propia vocación, porque con frecuencia se coloca en sus manos el precioso don de la vida; debe ser una minuciosa, fiel y rápida observadora, y ha de ser una mujer de buenos y delicados sentimientos”. Considera que la misión de la enfermera es “colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él”. Una enfermera profesional, no médica, antes bien “cultiva todo aquello que conduce a la observación, que es justo el camino para acabar con las aficionadas”.¹¹ Por tanto, la enfermería se torna científica en la medida que trabaja con evidencias científicas las cuales comparte con el equipo de salud.

En el mundo contemporáneo se entiende el cuidado como esencia de la disciplina de enfermería; el cuidado requiere conocimientos y compromiso moral, personal, social y espiritual. J. Watson¹² destaca una reverencia por las

maravillas y misterios de la vida, un reconocimiento de la dimensión de la vida espiritual y una fundamental creencia en el poder interno de los procesos de cuidado humano, el acto de ayuda de las personas para conseguir más autoconocimiento, autocontrol y disposición para la autocuración independientemente de la condición externa de salud. Esas serían las bases del compromiso moral de la enfermera en la protección de la seguridad del paciente y el respeto a la dignidad humana.

MATERIAL Y MÉTODO

El diseño de investigación es descriptivo de abordaje cualitativo (De Souza Minayo¹³) ya que por la naturaleza del problema permite una mejor aproximación al objeto de estudio. La muestra estuvo conformada por 10 enfermeras de las áreas de cuidados post-operatorios inmediatos y mediatos. La recolección de datos se realizó a través de la entrevista a profundidad, con preguntas abiertas, basadas en las implicancias del cuidado seguro. Con el objetivo de indagar acerca del saber y quehacer sobre seguridad en el cuidado del paciente se aplicaron dos preguntas: ¿qué significa brindar un cuidado seguro?, ¿cómo se brinda un cuidado seguro? La participación en el estudio fue de manera voluntaria, previa aceptación del consentimiento informado considerando principios éticos y criterios de rigor científico. Los datos fueron examinados a través del análisis de contenido, técnica destinada a

formular, a partir de los datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto, según lo define Klaus Krippendorff¹⁴.

RESULTADOS

A través del método de análisis de contenido se identificaron las acepciones que los profesionales

dieron durante la entrevista, generando dos categorías, la primera de ellas denominada 'Cuidado seguro' en la cual se presentan las expresiones que conciben las entrevistadas sobre el significado de brindar un cuidado seguro. Estas acepciones han sido ordenadas de acuerdo con la frecuencia identificada por el grupo, lo cual no presenta un peso mayor o menor.

TABLA 1
CATEGORÍA: SIGNIFICADO DEL
CUIDADO SEGURO

SUBCATEGORÍAS:

Cuidado humanizado
Responsabilidad profesional
Protección integral
Preservación de la salud

Es relevante lo expresado por los profesionales en la primera subcategoría del cuidado humanizado en relación con la seguridad implícita en la práctica clínica que se percibe a través de los testimonios:

"...Son seres humanos y están en tus manos la vida de ellos... su seguridad." ROCÍO

"...Siempre actuar y trabajar dentro de lo correcto posible, sin lesionar ni lastimar a los seres humanos...que son nuestros pacientes". LUZ

"...Brindarle atención libre de riesgos, la mayor seguridad, que no suceda ningún percance, en todos los aspectos: físico, psicológico, emocional, de su integridad." ARA

El cuidado seguro es prestar un servicio asumiendo el respeto a la vida humana; es cuidar el don de la vida en seres de nuestra misma condición humana. Esto nos reafirma que existe en el enfermero el sentido humano altamente desarrollado, un servicio que se comparte desde la perspectiva humanística. La seguridad humana implica una relación interpersonal paciente-enfermera, que conlleva al profesional tener una plena disposición de brindar seguridad integral y el

paciente perciba en él competencias que le aseguren una mejoría en su salud.

En la segunda sub_categoría emerge el cuidado profesional relacionado con el desempeño profesional basado en valores éticos; los enfermeros distinguen que la seguridad en el cuidado del paciente principalmente implica una actitud responsable en todo momento tanto en las actividades asistenciales, administrativas, educativas o de orientación al paciente. Tal como lo muestran los discursos:

"...el paciente esta bajo responsabilidad mía, fisiológicamente, porque todo lo que yo le brinde, de mi atención y el tratamiento, tengo que hacerlo con responsabilidad y sin equivocaciones." VIENTO

"...el efecto en la vida del paciente, se verá en la hemodinámica del paciente y con la responsabilidad que nos corresponde en la vida de ese paciente"...CREPÚSCULO

"...Somos profesionales y somos lo suficientemente responsables de nuestros actos. Si, yo creo que sí." AGUA

El cuidado seguro se conjuga en la responsabilidad tanto con la funcionalidad como la integralidad del ser, sobre las bases de una

práctica profesional basada en valores como respeto, puntualidad, veracidad, oportunidad, equidad, lealtad para el paciente quirúrgico vulnerable a los efectos anestésicos, aditamentos invasivos y la propia herida quirúrgica.

Las entrevistadas reconocieron una tercera subcategoría relacionando el cuidado seguro con el concepto de protección integral. El profesional de enfermería cuida, brinda seguridad y protege de riesgos en todas las dimensiones en que se suscitan las necesidades humanas, tanto riesgos de autoagresión del paciente, del tratamiento, como en controlar efectos adversos provenientes de los procedimientos que se aplican en la atención hospitalaria. Este cuidado es integral comprometiéndose no sólo lo físico, sino también las esferas psíquica, social y espiritual, en donde todos los órganos y dimensiones del ser humano se ven como totalidades interaccionantes y unificadas, más que la simple suma de sus partes; ya que los trastornos afectan a todo el ser. Así es como se enuncia en el discurso de las enfermeras:

“...Seguridad es proteger al paciente en todos sus niveles tanto físico, emocional, desde el momento en que llega acá.” AMANECER

“...Es brindarle protección, seguridad física para evitar caídas, lesiones.” ROCÍO

“...Es protegerlo de todo y hacer que salga bien de la cirugía.” SABIA

Protección es y ha sido siempre el objetivo de enfermería de cuidar al individuo frente a sus experiencias de salud, guiarlo hacia una salud plena y acompañarlo en el proceso de cuidado durante su estancia hospitalaria.

La cuarta subcategoría que emerge del análisis del discurso está referida a que el cuidado seguro está dirigido a la preservación de la salud. En esta perspectiva el paciente accede a una alternativa terapéutica quirúrgica confiando que el equipo de salud es el más idóneo en el manejo de su patología y espera que una vez corregida su patología quirúrgica pueda gozar de un bienestar físico saludable. El profesional de enfermería sigue estrictamente los protocolos del cuidado

post-operatorio y evalúa las respuestas al acto quirúrgico; de esta forma los cuidados enfermeros garantizan una pronta recuperación de las facultades del paciente quirúrgico. Es fundamental la pericia del profesional enfermero en la valoración y seguimiento del paciente postoperado bajo efectos inmediatos de la anestesia, a una cirugía donde los riesgos de sangrado o compromisos sistémicos son a veces poco perceptibles, de tal manera que el enfermero actúa en salvaguarda del paciente en todo momento. Esto se refleja en los testimonios de las entrevistadas:

“...La seguridad del paciente, alberga pues todo lo que es integridad física, cuidar tanto su salud, evitar que pueda producirse intrahospitalariamente un accidente, una caída... estar cuidando su estado de salud, mantenerlo lo más óptimo posible durante la recuperación y que pueda salir en las mejores condiciones.” PRADO

“...Estamos a la expectativa de las necesidades vitales del paciente, principalmente del monitoreo de sus funciones vitales, confort.” NATURA

“...El cuidado seguro es vigilar desde la cabeza hasta los pies la parte física, es preservar la salud.” CREPÚSCULO

Las subcategorías que emergieron constituyen a su vez aspectos importantes de la “cirugía segura” que evidencian el pensamiento del enfermero en las unidades quirúrgicas, su lenguaje, expresión, las percepciones y la forma de asumir como equipo profesional la noble misión del cuidado seguro del paciente con criterios de seguridad como parte del proceso de atención.

Una segunda categoría nos presenta las formas de cómo proveen el cuidado seguro el grupo entrevistado, cómo se viabiliza el criterio de seguridad del paciente en la práctica diaria. Está referida al proceso de cuidar y lo que compete desde la perspectiva de enfermeros asistenciales en el área postoperatoria. Se detallan las actividades que en la práctica clínica contribuyen a lograr un cuidado que proteja la vida del paciente.

TABLA 2.
CATEGORÍA: PROCESO DE CUIDADO SEGURO

SUBCATEGORÍAS:

- Valoración de riesgos intrínsecos del paciente
- Aplicación de medidas de bioseguridad
- Evaluación continua de acciones
- Comunicación

El proceso de cuidado enfermero representa aplicar en todo momento el criterio de seguridad para el paciente o usuario externo. En esta categoría se hallaron cuatro subcategorías reconocidas por los profesionales del cuidado de enfermería.

Las expresiones vertidas por las enfermeras nos llevan a describir una primera subcategoría acerca de la valoración de riesgos intrínsecos del paciente. Ellas advierten que cada paciente es una entidad única y aun cuando la técnica quirúrgica o el diagnóstico clínico sea el mismo en los pacientes, cada individuo responde diferente de acuerdo con sus antecedentes de salud, y cada plan de atención es semejante pero no igual en cada paciente. No podemos generalizar ni menos actuar por rutina o automatismo, ni tampoco de forma seriada porque esto implicaría un riesgo para el paciente. Es necesario conocer a este de forma muy íntegra en los aspectos bio-sico-socio-espirituales, pues una respuesta física, muchas veces va ligada a un estado de ánimo de la persona, y de ello depende su recuperación. Cada paciente es un ser distinto. Ello se percibe en los testimonios de los enfermeros sobre la apreciación del paciente como requisito básico:

“...Valoramos al paciente, hacemos el diagnóstico y valoramos las prioridades, valoramos los procedimientos que necesita, que vamos a realizar hacia él, para poder dar una buena atención.” ESTRELLA

“...Todo paciente que entra a una cirugía está en riesgo continuo, cada paciente responde distinto, una valoración de enfermería inicial adecuada ayuda a prevenir necesidades y problemas.” CREPÚSCULO

“...La enfermera realiza la valoración constante a horario y el seguimiento es una forma de constatar dándose en cada momento.” AMANECER

Cada paciente responde distinto a una misma terapéutica quirúrgica y ello depende de la misma carga emocional que él traiga, de sus experiencias y expectativas; por ello la enfermera debe tener un sentido terapéutico al descubrir qué está pasando en la dinámica psíquica emocional y no solo corporal del paciente postoperado, para ofrecerle mayor seguridad en la planificación de los cuidados.

Una segunda subcategoría surgida como parte de asegurar una adecuada evolución del individuo post-operado fue la aplicación de medidas de bioseguridad como aspecto fundamental en el cuidado del paciente quirúrgico. Lo cual se evidencia a través de testimonios como:

“...Si se manejan bien los cuidados de asepsia no tendría por qué el paciente estar infectado.” ROCÍO.

“...Las medidas de bioseguridad son para nosotras y para el paciente.” RAYITO

“...Nosotros tratamos de cuidar la herida, asegurar las vías, los drenajes... Es mantener las normas de bioseguridad” SABIA

Elas procuran la prevención del riesgo de infección del sitio operatorio, así como de los sitios de acceso venoso periférico o central y otras cavidades como la urinaria y digestiva. El paciente quirúrgico está sometido también muchas veces a la entubación endotraqueal para proveerle de anestesia general; esto lo coloca en calidad de un individuo multi-invasado en el postoperatorio inmediato, por lo cual la enfermera asume la responsabilidad de cumplir y hacer cumplir en todo momento los principios de bioseguridad universales de una manera ética y consciente

para minimizar el riesgo de infecciones nosocomiales en el ser cuidado. De esta forma las enfermeras prestan un cuidado continuo, supervisan y proveen todos los recursos necesarios para su aplicación.

En la categoría “el proceso de cuidar seguro” surgió una tercera subcategoría en el análisis del discurso de las entrevistadas: evaluación de acciones, la misma que es reconocida como la quinta fase del proceso de atención de enfermería (PAE), proceso científico, didáctico, reconocido como fase de revisión y confrontación de resultados. Tal como se muestran en las expresiones de las participantes:

“...Evaluar los diferentes patrones y respuestas, ver el manejo de todo entorno al paciente post-operado, de ello depende la seguridad del paciente.” NATURA

“...Cuidado seguro es estar siempre en constante alerta de todos los cambios que se van produciendo hora a hora y darle atención inmediata a esos cambios, a esas alteraciones que podrían presentarse producto de la evaluación” PRADO

“...En todo momento, la enfermera valora el estado del paciente directamente y todos los riesgos potenciales que pueda tener. En el reporte que la enfermera da el equipo de salud identifica problemas en la evolución del paciente.” SABIA

La evaluación es reconocida como una fase constante, dinámica y continua. Se realiza en cada intervención: al término del turno se hace un reporte oral y escrito de las actividades, dosis; de tal forma que nos convertimos en autoevaluadores de nuestro trabajo; de esa manera contribuimos al aseguramiento de las prestaciones de salud.

La cuarta subcategoría del proceso de cuidar seguro, la comunicación, parte de la relación terapéutica enfermera-paciente, ya que todo acción que el profesional enfermero realiza conlleva establecer un diálogo en el que se respeta la autonomía del doliente, es decir del ser cuidado. El paciente espera arribar a una mejora de su salud y percibe al enfermero como un mediador entre la enfermedad y la salud, por lo cual cuanto más se desarrollen los espacios de comunicación el paciente podrá comprender y campo particular para el desarrollo del conocimiento.

participar mejor del proceso terapéutico postoperatorio.

La comunicación significa una interacción de personas en la cual se intercambian mensajes. El paciente está esperando tener todos los consejos para una pronta recuperación, de tal manera que la enfermera debe fomentar esos espacios de diálogo, de empatía con el paciente quirúrgico que fortalezcan su seguridad. En el lenguaje corporal, oral, escrito y contextual, se suscitan las distintas modalidades en que el paciente espera descubrir mensajes saludables por parte del cuidador.

Tal como lo expresan los testimonios que a continuación se presentan:

“...Debemos darle confianza, comunicación, eso hace que el paciente este seguro de lo que recibe.” ESTRELLA

“...Definitivamente es importante orientar sobre todo lo que va pasar en el tiempo que dure su estancia en el servicio de cirugía.” SABIA

“...Si el paciente emocionalmente está bien, piensa positivamente. Entonces si uno le habla y le da confianza es más fácil que el paciente llegue a comprender la experiencia que vive.” LUZ

Tanto los pacientes intervenidos en una cirugía de emergencia como los programados deben ser merecedores de la atención que permitan una recuperación sin complicaciones, así se puede cumplir con la expectativa del paciente: recibir un cuidado seguro basado en una dedicación integral.

DISCUSIÓN

La seguridad de los pacientes es una prioridad expresada por instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), The Institute of Medicine, The Joint Commission de Estado Unidos y la Red Panamericana para la Seguridad del Paciente. Por ello es impostergable conocer cómo asumen esta temática los propios profesionales de la salud. Kerohuac¹⁵ nos refiere que la enfermería es la disciplina que estudia el cuidado en la experiencia humana de salud. Al mismo tiempo, el cuidado es la misión social y el

Una de las categorías que emergieron en el estudio acerca de la seguridad del cuidado es

aceptar el compromiso ético del cuidado de vidas humanas y por tanto el cuidado humanizado es la preocupación por la persona cuidada, por personas cuidadoras; es la expresión dedicada, atenta, incondicional del enfermero al relacionarse con el paciente; es conocer a la persona, identificar sus pensamientos, sentimientos, dudas, expectativas, dolores, molestias del individuo, tal como lo encuentra Muñoz, al reportar este concepto¹⁶. Agrega Colliere¹⁷, el cuidado es un acto de vida que tiene por objetivo en primer lugar y por encima de todo, que la vida continúe y se desarrolle; de ese modo se lucha contra la muerte de los seres humanos. Por tanto, el cuidado seguro representa brindar una dedicación óptima a seres con quien se comparte la misma naturaleza humana.

El ejercicio de enfermería implica un deber ético, aplicar juicios de valor en el proceso dinámico y participativo de atención de enfermería, priorizando necesidades y diseñando un plan de cuidados. Páez¹⁰ señala que la relación de cuidado despierta la responsabilidad hacia sí y hacia el otro, motivando actitudes proactivas que no se limitan a hacer lo que les indican, sino a analizar las necesidades del paciente para diseñar su actuar. La enfermera debe ser leal e incondicional al paciente; y ha de destacar por la máxima independencia profesional. Páez recomienda desarrollar la actitud crítica y el sentido de responsabilidad por la vida del paciente. Watson¹² considera también que el cuidado humanizado es proactivo, se basa en que las enfermeras tienen la responsabilidad de promover la salud a través de actividades preventivas, realizar intervenciones que favorezcan el restablecimiento de su salud, identificando problemas y resolviendo anticipadamente, como es el hecho de la capacidad de velar por condiciones de seguridad del paciente y la vigilancia continua de actividades realizadas. Levinas¹ acota acerca de la alteridad del ser: "el hombre en su relación con los otros." "El hombre es un ser eminentemente social constituido por, con y para los otros seres humanos". Por tanto, el significado del cuidado seguro asume una connotación ética evidenciada en los resultados del presente estudio y sustentadas en el pensamiento de Lévinas, Páez hombre con su medio, el alivio del dolor y la cura de los males. Por tanto, desde la formación y en la

y Watson, basados en el respeto de principios antropológicos sociales de la alteridad humana y de la responsabilidad profesional.

Como evidencian las expresiones de las enfermeras, el cuidado seguro cumple con un objetivo: el de proteger al paciente de las condiciones del sistema sanitario, de las alteraciones secundarias a la enfermedad. Es actuar con disposición, velando por el restablecimiento de la salud integral de acuerdo con la expectativa del usuario de recuperar la salud. Para Watson el ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana, al igual que Fernández¹⁸ quien señala que especial relevancia adquiere la *protección de los derechos del paciente*, debiéndose asegurar su intimidad y cubrir sus necesidades. Luego el acto de un cuidado seguro asume un significado ético deontológico, de protección y preservación de la salud propia de la razón de ser de las ciencias de la salud, vigentes en el marco del principio de no maleficencia, dirigido hacia el aseguramiento de la calidad del cuidado del paciente.

El cuidado enfermero compromete, ante todo un proceso, no una serie de servicios orientados por metas; el cuidado supone una serie de virtudes: dedicación, confianza, paciencia, humildad, honestidad y conocimiento del otro; respeto al proceso del otro, esperanza y valentía. La dedicación, que da firmeza y carácter particular al cuidado de una persona particular, implica estar ahí para el otro con valentía y consistencia.

La evaluación es un paso constante y dinámico. La enfermera evalúa para ver lo acertado de sus intervenciones; es condición necesaria para un ejercicio profesional responsable. Señalan las enfermeras que si cuidamos con calidad, es pertinente que los servicios cuenten con guías de atención que marquen los estándares en los procedimientos, de tal manera que el cumplimiento favorece un cuidado seguro mediante el cual el equipo de enfermería tiene una práctica semejante y todos hablan el mismo idioma. Lázaro¹⁹ explica que en enfermería las interacciones terapéuticas forman un conjunto de acciones profesionales (cuidado) que tienen como objetivos el mantenimiento de la salud del ser humano, el restablecimiento del equilibrio del práctica clínica, las enfermeras comprenden que el cuidado no son acciones aisladas. Por el

contrario pertenecen a un proceso sometido a una constante revisión para efectos de seguridad.

Cabe señalar, como lo recomienda la OMS, que es propicio desarrollar en las organizaciones de salud la cultura de seguridad tal como la define INSAG.¹⁷ Esta es el producto de los valores, actitudes, competencias y patrones de comportamiento, grupales e individuales que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de los programas de salud y seguridad. Organizaciones con una cultura positiva están caracterizadas por comunicaciones fundadas en la confianza mutua, por percepciones compartidas respecto de la importancia de la seguridad y confianza en la eficacia de las medidas preventivas.

Los resultados sobre la descripción de la seguridad en el cuidado del paciente quirúrgico en la categoría del proceso de cuidado seguro identificaron como subcategorías la actitud personal consciente de evaluación continua de las acciones y sus consecuencias dentro de una relación intesubjetiva de comunicación, proactiva. En enfermería este rol implica la capacidad de sentir desde los “zapatos del otro” aquello que experimenta y necesita apoyado en una valoración continua que asegura el mejor conocimiento del ser cuidado y el celo, dedicación y responsabilidad de proteger las condiciones de bioseguridad en el entorno quirúrgico.

El cuidado seguro involucra valores como humanismo, responsabilidad; compromiso para proteger y preservar la salud; participar en un proceso continuo donde se reconocen los riesgos y asumen las guías internacionales de bioseguridad, dentro de una relación interpersonal de comunicación. Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, responde a procesos de salud-enfermedad, interacción persona-medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado.

CONCLUSIONES

El cuidado seguro es un compromiso moral, ético, social, profesional de proteger y realizar la dignidad humana, teniendo como centro al paciente, con el objeto de preservar la salud. Esta se alcanza priorizando el principio de no

maleficencia, con una actitud personal consciente de evaluación continua de las acciones y sus consecuencias dentro de una relación interpersonal de confianza, proactiva, es decir considerando una comunicación eficaz.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Giddens, A. Consecuencias de la modernidad. Madrid: Alianza; 1994.
2. ESSALUD. Manual de Eventos Adversos. Lima: Oficina de Gestión de la Calidad y Control Interno; 2009.
3. Agra Y, Terol, E. La seguridad del paciente: una estrategia del Sistema Nacional de Salud. *Anales Sis San Navarra*. 2006; 29 (3): 319-323.
4. Weiser, T. et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *The Lancet*. 2008; Volume 372: 139 – 144.
5. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety [internet]. Geneva: World Health Organization; 2004. (SW) [citado: Sep 29 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>
6. Ministerio de Salud. Dirección de Salud de las Persona. II Curso Taller: Seguridad del paciente. Lima: MINSA; Junio 2006.
7. MINSA. Cirugía segura salva vidas [internet]. Campaña por la calidad de la atención y seguridad del paciente. Lima: MINSA; 2008. Citado: Oct 15 2010. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/calid_ad_salud/archivos/Cirurgia_Segura.pdf
8. Machado Chianca T. Las fallas de enfermería en el periodo de recuperación de pacientes quirúrgicos. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006; 14(6).
9. Reason JT. Human error. New York: Cambridge University Press; 1990.
10. Páez Moreno R. La ética de las virtudes y Enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2000; 8 (1-4): 60-68.
11. Nightingale F. Notas sobre enfermería: ¿qué es? y ¿qué no es? Barcelona: Masson; 1995
12. Watson, J. Nursing fundamentals: caring & clinical decision making. Clifton Park, NY: Delmar Cengage; 2003.
13. De Sousa Minayo M. Investigación social, teoría, método y creatividad organizadora. Buenos Aires: Salud Colectiva; 2003.
14. Krippendorff K. Metodología de Análisis de contenido. Teoría y práctica. Barcelona: Paidós Ibérica; 1990.

15. Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996.

16. Muñoz Y, Coral R, Moreno D, Pinilla D, Suárez Y. Significado del cuidado humanizado en egresadas de la Facultad de enfermería. Repert Med Cir. 2009; 18 (4): 246-250.

17. Colliere, M.F. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Ed. Interamericana. Madrid: McGraw Hill, 1993.

Correspondencia

María del Rosario Oré Rodríguez
Correo electrónico: more@usmp.edu.pe

Recepción del artículo: 25/10/10

Aceptado para su publicación: 04/12/10