

ARTÍCULO ORIGINAL

Conocimiento sobre el sistema VENCER y factores de notificación, por el profesional de enfermería

Ramona Armida Medina-Barragán, MC¹, Horacio Alfredo Pacheco-Viera, EE², María de Jesús Medina-Sánchez, MC¹, Daniela Lizbeth Salas-Medina, DPS, Kevin Eduardo Palomera-Medina, EE¹, Iliana Patricia Vega-Campos, MCE¹

RESUMEN

El sistema VENCER es un mecanismo utilizado por enfermería para la detección y seguimiento de eventos adversos, eventos centinela y cuasifalla, la identificación, prevención de riesgos, así como la implementación de estrategias de mejora. **Objetivo:** Evaluar el nivel de conocimiento sobre el sistema VENCER y los factores que contribuyen a la falta de notificación, por el profesional de enfermería. **Material y métodos:** estudio descriptivo, transversal, con muestreo no probabilístico por conveniencia que estudió a 56 profesionales de enfermería a través de un instrumento de 26 ítems con una confiabilidad de 0.83 mediante alfa de Cronbach. Se utilizó estadística descriptiva. **Resultados:** el nivel de conocimientos sobre el sistema VENCER se evaluó como regular en el 50% de los participantes, seguido por el nivel de conocimiento malo en un 32%, y en última instancia nivel de conocimiento bueno con el 18%. **Conclusiones:** es fundamental que el profesional de enfermería se concientice sobre la importancia de la capacitación continua acerca del Sistema VENCER, ya que se observó que se tiene un nivel de conocimiento regular, por lo que se considera necesario que este se eleve para garantizar una mejor práctica de enfermería y brindar un cuidado de manera holística y libre de riesgos al usuario demandante de servicios de salud **Palabras clave:** Efectos adversos, Sistema VENCER, Factores de notificación, Enfermería, México.

ABSTRACT

The VENCER system is a mechanism used by nurses in order to detect and track adverse events, such as centinela and cuasifalla events, the identification and prevention of risks as well as the implementation of improvement strategies. **Objective:** Evaluate the level of knowledge about the VENCER system and issues that contribute to the lack of notification by the nursing professionals. **Material and methods:** It is a descriptive transversal study, with non-probabilistic sampling by convenience, 56 nursing professionals were studied through a 26 items instrument validated by the Cronbach Alfa with a reliability of 0.83. Descriptive statistics were used. **Results:** The level of knowledge about the VENCER system by the professionals that took the survey showed that 50% of them are regular, followed by a bad level of knowledge of 32% and ultimately, a good level of knowledge with 18%. **Conclusions:** It's essential for the nursing professional to realize the importance of continuous training about the VENCER system, since it showed that there is a regular level of knowledge, it's considered necessary to elevate that level in order to ensure a better nursing practice and provide a holistic and risk-free care to the user requiring those health services. **Key words:** Adverse effects, VENCER system, Notification issues, Nursing, Mexico.

¹ Universidad Autónoma de Nayarit, Unidad Académica de Enfermería. Nayarit, México.

²Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital Gral. De Zona No. 1 "Luis Ernesto Miramontes Cárdenas". Nayarit, México.

Recibido: 16 de febrero de 2018.

Aceptado: 14 de mayo de 2018.

Correspondencia para el autor: Ramona Armida Medina-Barragán. Chapultepec 334, col. Chapultepec, cp. 63030, Tepic, Nayarit, México. armidamedina74@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La seguridad de la atención en salud es un proceso que debe centrarse en la comprensión de los riesgos de efectos adversos (EA), la eliminación de los que son innecesarios y la prevención de aquellos que son evitables a través de intervenciones basadas en evidencias científicas con demostrada efectividad.¹ La seguridad del paciente es un componente fundamental, constituye una actividad compleja en la que se conjugan aspectos propios del sistema sanitario y acciones humanas.²

En la actualidad, la seguridad en el cuidado de los pacientes es uno de los aspectos más relevantes para enfermería. La presentación de un error durante la atención, puede convertirse en un EA serio. Dichos eventos, pueden amenazar la vida del paciente y/o prolongar la estancia hospitalaria produciendo resultados como incapacidad, invalidez permanente e incluso, la muerte derivada del suceso.³

De acuerdo con estimaciones de la Organización Mundial para la Salud (OMS) por año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones incapacitantes o mueren como consecuencia de una mala práctica o atención insegura. A nivel internacional se estima que la tasa de EA en diferentes países, oscila entre 3.2 y 16.6 %, es decir, casi uno de cada diez pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria, incluso en hospitales de alta especialidad y con equipamiento tecnológico de vanguardia; por lo que resulta necesario el

perfeccionamiento de los sistemas de registro y monitoreo de los EA en las instituciones de salud.⁴

Desde el año 2000 se ha prestado interés al fenómeno del EA, esto sucedió gracias a la publicación del documento “Errar es humano” por parte del Instituto de Medicina de los Estados Unidos. Dicho informe, concluyó que entre 44,000 a 98,000 personas mueren al año en los hospitales de ese país como resultado de errores en el proceso de atención.⁵ Tras la divulgación de ese documento, se empezó a analizar con detalle la situación con relación a los EA y en especial a aquellos eventos prevenibles, motivo por el cual hoy la seguridad del paciente es una preocupación universal cuya incidencia involucra todo tipo de entidades hospitalarias tanto de países desarrollados como del tercer mundo.

Los eventos adversos tienen relación con problemas del sistema de salud, de sus productos, procedimientos y prácticas. Para mejorar en esta área se requiere por parte de todo el sistema, un esfuerzo complejo que abarque una amplia gama de acciones dirigidas hacia el fortalecimiento del desempeño de la gestión en seguridad, que abarcan: los riesgos ambientales, el control de las infecciones, el uso seguro de los medicamentos, el entorno de la atención sanitaria, los equipos y la práctica clínica.⁶

Diversos estudios sobre la frecuencia y tipo de eventos adversos, señalan que el 17.6%

de ellos ocasionan el reingreso al hospital y que el 23.9% provocan daño grave a los usuarios, incluyendo la defunción. La identificación, notificación y registro de incidentes de seguridad son pasos fundamentales en la gestión de la seguridad del paciente. De acuerdo con estimaciones derivadas de investigaciones realizadas en Estados Unidos, cada año mueren de 44 000 a 98 000 pacientes por errores médicos; el cálculo más conservador colocó a estas equivocaciones como la octava causa de muerte en ese país, superando el número de fallecimientos por accidentes automovilísticos, cáncer mamario y SIDA.⁷

Se infiere que aproximadamente el 95% de todos los EA quedan ocultos porque no se documentan. La notificación depende no solamente de la conciencia del error, sino también de la buena voluntad para documentarlo y, sobre todo, del clima de la organización y de la confianza que hayan transmitido los líderes para entender la notificación como una oportunidad para mejorar la seguridad y no como un mecanismo para la culpabilización o la sanción. Los reportes internacionales indican que sólo 5% de los EA son notificados, esto se debe a factores inherentes al personal de salud como miedo al castigo, desconocimiento del programa de notificación y falta de información posterior a la notificación, entre otros.⁸

En Latinoamérica, el estudio IBEAS desarrollado en cinco países, incluido México, señala que la incidencia de EA fue de 11.85% y la evitabilidad del 65%. Los EA se

relacionaron con los cuidados en el 13.27%, con el uso de la medicación en el 8.23%, con infecciones asociadas a la atención de la salud en 37.14%, con algún procedimiento en 28.69% y con el diagnóstico en un 6.15%. En todos los estudios se detectó que la mitad de los EA son prevenibles.⁹

Las Infecciones Asociadas con la Atención Sanitaria (IAAS) representan el principal evento adverso en la atención médica. En México, se calcula que se producen anualmente 450 mil casos de IAAS, término reconocido en la normatividad vigente causantes de 32 defunciones por cada 100 mil habitantes. Así mismo en el nivel hospitalario constituyen el principal evento adverso, entre el 5% y 10% de los pacientes hospitalizado en los países de ingresos altos adquieren una o más IAAS, mientras que, en los países de ingresos bajos y medios, el riesgo de contraerlas es hasta 20 veces más alto.¹⁰

Los principales factores de riesgo para presentar un EA relacionado con la atención, son las condiciones propias de salud de los pacientes, en particular la gravedad de la enfermedad base y otras circunstancias concomitantes; la evidencia disponible sobre el daño asociado a la atención sanitaria destaca que los EA son frecuentes y que alguno de ellos puede ser grave causando invalidez permanente o la muerte, estos eventos con frecuencia se yuxtaponen en una serie de hechos, generalmente precedidos de errores en el cuidado otorgado, incidentes que causan daño (*near miss*), eventos adversos leves que son

lesiones mínimas y finalmente, los EA graves que pueden ser situaciones fatales para el paciente.¹¹

El sistema VENCER (Vigilancia de Eventos Centinela, Eventos Adversos y Cuasifallas), es un programa institucional fundamental en la gestión de calidad y seguridad del paciente implementado por los Servicios de Salud en México a partir del 2005, su objetivo es implementar un método de notificación para la detección y seguimiento de eventos adversos, eventos centinela (EC) y cuasifallas, la identificación, prevención de riesgos, así como la implementación de estrategias de mejora.

El sistema VENCER es la detección y seguimiento de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas, Este sistema es sustentado por el modelo del efecto acumulativo (también llamado modelo del queso suizo) relacionado con el error, donde se señala que existen dos abordajes contribuyentes en la aparición de errores, los centrados en la persona y en el sistema. Los focalizados en las personas, tienen en cuenta que la ocurrencia de un error tiene origen en acciones inseguras y en violaciones a los procedimientos que el personal de salud comete como consecuencia a problemas de motivación, sobrecarga de trabajo, cansancio, estrés, falta de atención y negligencia; bajo este abordaje las estrategias que se generan para disminuir el riesgo se encaminan a campañas de difusión y sanciones a los individuos comprometidos.¹²

En el ámbito directivo y gerencial de la organización, están relacionados con los canales departamentales que afectan los sitios de trabajo, creando circunstancias que pueden condicionar conductas inseguras, de diversa índole.¹² Por tanto, se puede decir que muchos de los eventos adversos se deben a situaciones latentes del propio sistema y no a negligencias e imprudencias del personal. La existencia de EA es atribuible a los factores sistémicos que la determinan, como la estrategia de una institución, la cultura, el planteamiento de la gestión de la calidad y de la prevención de riesgos, su capacidad para aprender de los errores, y la organización con respecto a la seguridad.¹³

El sistema VENCER propone un enfoque proactivo y preventivo, basado en el análisis de los EC y en el establecimiento de planes de acción encaminados a impedir su recurrencia; busca sistematizar el manejo de los EA, EC, y las cuasifallas en los hospitales y aprovechar el aprendizaje de la Institución para la mejora de la seguridad de los derechohabientes; los principales elementos son: el reporte de EC por hospital y por tipo de evento, realizar un estudio causal en la unidad, implementar un plan de acción dirigido a evitar su repetición, supervisar a nivel delegacional, regional y central la realización del análisis causal y la ejecución de los planes de mejora y la conformación de una base de datos que favorezca el aprendizaje institucional.¹⁴

Con fundamento en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, del artículo 2º y 51 de la Ley

General de Salud, y el artículo 9º del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica para otorgar protección a la salud con calidad, uno de los mecanismos contemplados es el registro de los EC, EA y cuasifallas; además que el reporte y análisis de estos eventos responde al modelo institucional de gestión de calidad y seguridad del paciente, alineado a los estándares definidos por el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, a cargo del consejo de Salubridad General, específicamente en el apartado de estándares centrados en la gestión, mejora de la calidad y seguridad del paciente.¹⁵

El informe del Institute Of Medicine en Estados Unidos, estableció que los métodos de notificación constituyen una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia; este documento establece que los sistemas de notificación pueden cumplir dos funciones: orientar para garantizar la responsabilidad social (de tal forma que los proveedores rindan cuentas sobre la seguridad de su práctica), de manera alternativa o complementaria, para que los proveedores proporcionen información útil acerca de la mejora de la seguridad. El primer enfoque se materializa en los sistemas obligatorios y públicos de notificación; se centra en eventos adversos que producen lesiones graves o muertes y pone el acento en proporcionar al público mínimos de protección, en ser un incentivo para que las instituciones eviten problemas de seguridad

que les podrían conducir a sanciones, en último lugar, en exigir a las organizaciones inversiones en recursos para la seguridad del paciente.¹⁶

Se ha comprobado que la causa más común de los errores no está en los individuos de forma particular, si no en las fallas del sistema, los procesos y las condiciones que llevan al personal de enfermería a cometer errores o fallas en la prevención de los mismos. La atención médica, para ser de calidad debe ser segura, eficaz, eficiente, equitativa, oportuna y centrada en el paciente.⁸ La calidad es una combinación de beneficios, riesgos y costos, en donde lo fundamental es ofrecer el mayor beneficio con los menores riesgos posibles y a un costo razonable.¹⁷

La cultura de seguridad del paciente es un lineamiento fundamental que influye en la calidad de la atención, y se ha constituido progresivamente en un asunto de interés general en el área de la salud.¹⁸ Es sumamente prioritario promover la seguridad de los usuarios en la práctica profesional, lo que implica la ausencia de EA como consecuencia del proceso de atención, con el objetivo de brindar el máximo de satisfacción, bienestar y cuidado de los pacientes libre de riesgos.¹⁹

De acuerdo a los antecedentes antes revisados, el objetivo de nuestro estudio fue evaluar el nivel de conocimiento sobre el sistema VENCER y los factores que contribuyen a la falta de notificación, por el profesional de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal. La población estudiada estuvo constituida por 56 profesionales de enfermería de las diferentes categorías: auxiliares de enfermería, enfermera general, enfermera especialista y enfermera jefe de piso, del turno nocturno de un hospital de segundo nivel de atención en Tepic, Nayarit.

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, hasta alcanzar el 100% de la población, los criterios de selección fueron: ser personal de base asignado a los servicios de: central de equipos y esterilización (CEyE), cirugía general, medicina interna, ginecología, hemodiálisis, pediatría, quirófano, tococirugía, y urgencias; ser personal adscrito al turno nocturno; aceptar participar y firmar la carta de consentimiento informado.

La recolección de la información se realizó a través de una encuesta de 4 secciones integrada por 26 ítems cerrados, el primer

apartado de datos sociodemográficos constó de siete variables: categoría del profesional, edad, género, nivel académico, área laboral, antigüedad y estado civil. El segundo apartado estuvo compuesto por 11 ítems que evaluaron el nivel de conocimiento sobre el sistema VENCER, la tercera sección constó de tres reactivos para valorar el reporte del sistema VENCER II y el cuarto apartado de cinco ítems correspondió a los factores que influyen en la falta de notificación de los eventos centinela, adversos y/o cuasifallas. La validación del instrumento se realizó a través del alfa de Cronbach para medir su consistencia interna, obteniéndose una confiabilidad de 0.83 y la validez de constructo se realizó a través de juicio de expertos.

Para el análisis se utilizó estadística descriptiva a través de frecuencias y porcentajes, con un valor de significancia de $p < 0.05$. Los datos fueron procesados con el paquete estadístico SPSS IBM Statistics versión 22.

RESULTADOS

Datos sociodemográficos

Con respecto a la composición sociodemográfica de la población (tabla1), se pudo observar que fue predominantemente femenina (85.7%), el intervalo de edad osciló entre 24 y 55 años con mayor frecuencia en el

grupo de 31 a 36 años (32.1%), y la mayoría están casados, 64.3%.

La formación académica predominante 71.4% fue la de licenciatura, seguida por los técnicos en enfermería (26.8%), y solo el

1.8%, cuenta con estudios de maestría. Los antecedentes laborales muestran que la categoría más frecuente es la de enfermería general 67.9%, 14.3% auxiliares y el 8.9% correspondió a especialistas y jefes de piso. El rango de antigüedad laboral más frecuente fue el de 21-25 años (32.1%), seguido por el de 11-15 años (23.2%).

La distribución con respecto a los servicios mostró que el 17.9% estuvo asignado al servicio de urgencias, el 14.3% a cirugía general, el 12.5% a medicina interna, el 10.7% a los servicios de pediatría, hemodiálisis y tóco cirugía, el 8.9% a los servicios de ginecología y quirófano, y el 5.4% en el servicio de CEyE.

Tabla 1
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Sexo	F	%
Femenino	48	85.7%
Masculino	8	14.3%
Edad		
24 a 30	14	25%
31 a 36	18	32.1%
37 a 43	14	25%
44 a 50	8	14.3%
51 a 55	2	3.6%
Formación académica		
Técnico en enfermería	15	26.8%
Licenciatura	40	71.4%
Posgrado	1	1.8%
Tipo de contrato laboral		
Auxiliar de enfermería general	8	14.3%
Enfermera(o) general	38	67.9%
Enfermera(o) especialista	5	8.9%
Jefe de piso	5	8.9%
Antigüedad laboral		
1-5 años	3	5.4%
6-10 años	13	23.2%
11-15 años	12	21.4%
16-20 años	10	17.9%
21-25 años	18	32.1%
Servicio		
CEyE	3	5.4%
Cirugía general	8	14.3%
Medicina interna	7	12.5%
Ginecología	5	8.9%
Hemodiálisis	6	10.7%
Pediatría	6	10.7%
Quirófano	5	8.9%
Tococirugía	6	10.7%
Urgencias	10	17.9%

Fuente: Cuestionario sistema VENCER, N=56

Nivel de conocimientos del sistema

VENCER

Respecto a la medición del nivel de conocimiento que tiene la población sobre el sistema VENCER, se aplicaron 11 ítems cuya calificación final fue dicotómica (correcto e incorrecto), con los siguientes resultados (figura 1).

La primera pregunta fue encaminada a explorar el concepto del sistema a través de la pregunta; ¿Qué es el sistema VENCER?, se determinó que el 75% contestaron correctamente, y el 25% incorrectamente.

El siguiente reactivo tuvo la finalidad de explorar los conocimientos sobre los tipos de eventos que incluye del sistema VENCER, se encontró que el 80.4%, identificó correctamente los tipos de eventos centinela (EC), adversos (EA) y cuasifallas (C), y el 19.9% no lograron identificar estos elementos.

En lo que respecta a pregunta: ¿En qué consiste un evento centinela?, el 76.8% afirmó que es un incidente o suceso inexplicable que produce la muerte, serias secuelas o el riesgo de éstas, que corresponde a las respuestas correctas, el 23.2%, no identificó el concepto correctamente.

Se preguntó: ¿En qué consiste el evento adverso?, el 76% de los profesionales afirmaron correctamente que es un daño imprevisto ocasionado al paciente como consecuencia de la atención médica, el 23.2%, no pudieron identificar de manera correcta en qué consiste el EA.

Referente a las cuasifallas el 75%, respondieron correctamente que son: eventos que estuvieron a punto de ocurrir, pero se detectaron y se evitaron a tiempo, el 25%, no tuvo claro en qué consiste este tipo de eventos.

Para explorar la clasificación de los EA, se hizo un cuestionamiento sobre la manera en que debería clasificarse la aparición de úlceras por presión intrahospitalaria: el 60.7%, identificaron correctamente que se trata de un EA, y el 39.3%, no respondió correctamente la pregunta antes mencionada.

Cuando se preguntó: ¿Quién es el responsable de registrar los eventos del sistema VENCER?, el 87.5%, afirmó que es correcto que lo haga el personal de enfermería al que le ocurrió el evento, el 2.5%, refirió erróneamente que el paciente es quien debe de registrar los eventos del sistema VENCER. Se preguntó también: ¿Quién es el responsable de reportar los eventos adversos, centinela y cuasifallas a nivel delegacional?, un 50%, contestaron correctamente, y en igual proporción erróneamente.

Con relación al reporte de los eventos que se enlazan, se presentó al personal un caso hipotético en donde se produce un evento adverso que posteriormente desencadena un evento centinela, se cuestionó si se reportan los dos, solo el primero o el más grave; se

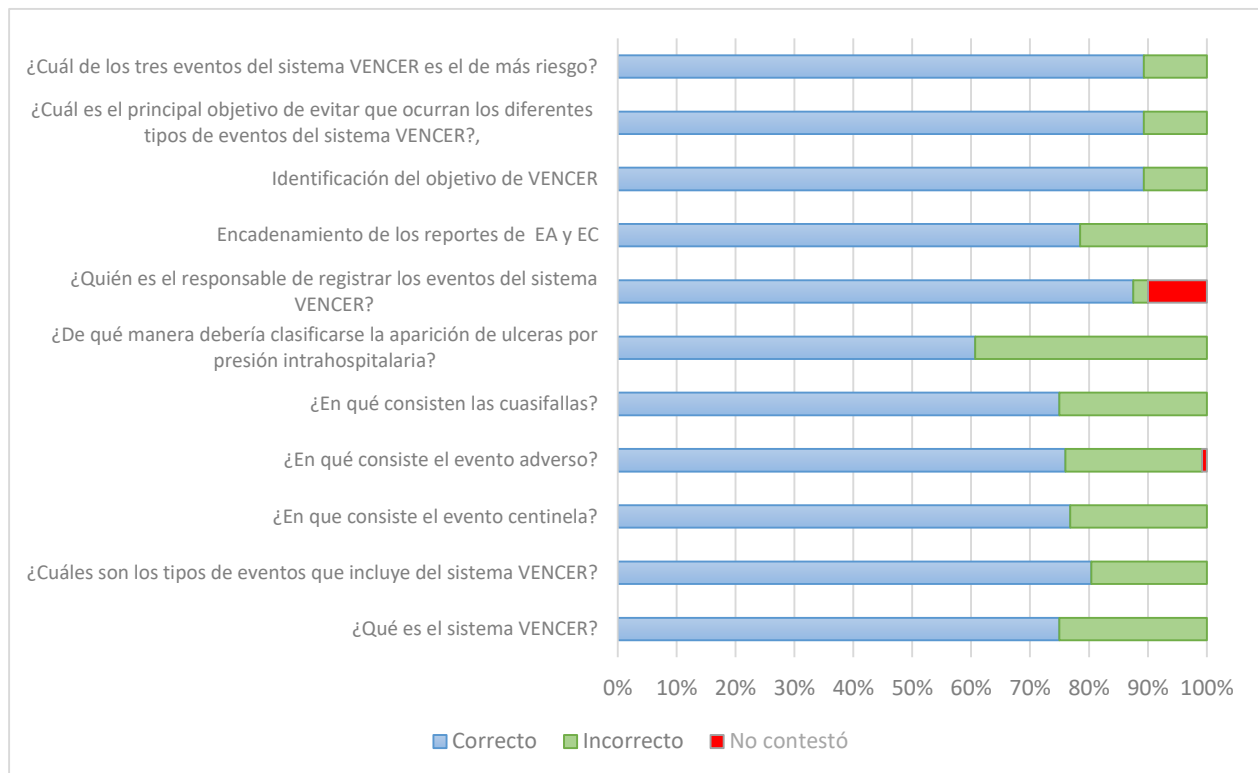
encontró que el 78.6%, afirmaron correctamente que se reporta el inicio del evento adverso, y posteriormente el evento centinela, el 21.5%, contestaron erróneamente.

Se exploró también acerca de la finalidad del sistema, preguntando: ¿Cuál es el principal objetivo de evitar que ocurran los diferentes tipos de eventos del sistema VENCER?, el 89.3%, contestaron correctamente que el principal objetivo es mejorar la seguridad y

calidad de atención al paciente, mientras que el 10.7%, tuvieron respuestas consideradas erróneas.

Con respecto a la magnitud de los eventos se preguntó: ¿Cuál de los tres eventos del sistema VENCER es el de más riesgo?, el 89.3%, contestaron erróneamente a la pregunta, solo el 10.7% afirmaron que el evento adverso es el de más riesgo.

Figura 1
CONOCIMIENTOS GENERALES SOBRE EL SISTEMA VENCER



Fuente: Cuestionario sistema VENCER, N=56

Conocimiento del reporte VENCER II

En la tercera sección, se preguntó si los participantes en el estudio habían recibido capacitación del sistema VENCER, el 60.7% negaron haber recibido capacitación alguna, seguido del 39.3% que afirmaron haber recibido capacitación.

En lo que respecta específicamente al formato del sistema VENCER II donde se lleva a cabo el reporte de cualquier tipo de evento centinela, adverso o cuasifalla, el 58.9%, contestaron no conocer el formato, seguido por el 41.1%, que si refirieron conocerlo.

Factores que influyen en la falta de notificación de los eventos centinela, adversos y/o cuasifallas

Para la última sección se elaboró una escala tipo Likert con las dimensiones mucho, poco y nada; se pidió a los participantes que dimensionaran los factores que contribuyen a la falta de notificación de eventos adversos centinela y cuasifallas por parte de enfermería durante la jornada laboral, (tabla 2).

El factor más relevante para la falta de notificación, que fue considerado de mucha importancia de acuerdo con la escala (69.6%) fue el miedo al castigo. En segundo lugar, se ubicó el desconocimiento del sistema VENCER (32.1%), el tercer factor fueron las evidencias que se solicitan durante la notificación de un evento adverso durante el ejercicio profesional (33.9%).

Finalmente, de manera global contabilizando todos los ítems, el nivel de conocimientos sobre el sistema VENCER (tabla 3), se ubicó con un nivel de conocimientos regular en el 50% del profesional encuestado, seguido del nivel de conocimiento malo con un 32%, y en última instancia nivel de conocimiento Bueno representado por el 18%. De acuerdo con los resultados anteriores se considera que, aunque se haya proporcionado la capacitación sobre el sistema VENCER, una parte del personal de enfermería estudiado demuestra no haberse apropiado del conocimiento.

Tabla 2
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA FALTA DE NOTIFICACIÓN DE LOS EVENTOS CENTINELA, ADVERSOS Y/O CUASIFALLAS

Factores	Mucho		Poco		Nada	
	F	%	F	%	F	%
<i>Miedo al Castigo</i>	39	69.7	11	19.6	6	10.7
<i>Falta de capacitación del sistema VENCER</i>	31	55.4	20	35.7	5	8.9
<i>Evidencia al ejercicio de la práctica profesional</i>	19	33.9	20	35.7	17	30.4
<i>Desconocimiento del sistema VENCER II</i>	18	32.2	26	46.4	12	21.4
<i>Falta de secuencia del programa de notificación</i>	19	33.9	23	41.1	14	25

Fuente: Cuestionario sistema VENCER, N=56

Tabla 3
NIVEL DE CONOCIMIENTO GLOBAL SISTEMA VENCER II

Conocimiento global sobre el Sistema VENCER II	F	%
<i>Bueno</i>	10	18
<i>Regular</i>	28	50
<i>Malo</i>	18	32
Total	56	100

Fuente: Cuestionario sistema VENCER, N=56

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Sin duda el profesional de enfermería es un elemento clave e imprescindible para las instituciones de salud, lo que le exige otorgar atención de calidad, segura y libre de riesgos, los esfuerzos que se están realizando actualmente para conocer los sistemas y mecanismos que garantizan la seguridad del paciente a través de la notificación y registro de incidentes, pueden influir positivamente en la corrección de las fallas y mejor aún en su prevención.

Los resultados obtenidos en la presente investigación encontraron coincidencias significativas en algunos puntos con Juárez H. y Duran C,¹⁸ en ese estudio, el 84% refirieron desconocer el programa del sistema VENCER, a diferencia de los resultados encontrados en el presente estudio, donde el 50% del personal manifestó tener un conocimiento regular acerca de éste, lo que refleja que aún con la implementación de programa a nivel institucional y la capacitación continua respecto a la notificación, todavía no se ha logrado impactar suficientemente en el nivel de dominio del personal.

Con respecto a los factores que contribuyen para que ocurra la falta de notificación del evento adverso, centinela y cuasifalla se encontró similitud con los resultados de Juárez H. y Durán C.¹⁸, ellos encontraron que

el factor principal de la falta de notificación fue el desconocimiento del programa en un 27%, seguido del miedo al castigo en un 22%, contra nuestros resultados, que mostraron como factor principal el miedo al castigo en un 69.6% seguido por la falta de capacitación del programa con el 55.4%.

Con lo anterior concluimos que la atención de enfermería debe ser otorgada con calidad y seguridad. En la actualidad los errores cometidos se identifican para ser analizados y prevenidos. A la fecha, los sistemas de salud invariablemente contienen planes o programas relacionados con la seguridad del paciente, tal es el caso, de las metas internacionales sobre seguridad del paciente, cuyo propósito es específicamente el de brindar atención con el menor riesgo; para ello es necesario el registro de los eventos adversos, cuasifallas y eventos centinela, haciendo especial énfasis en el análisis de los mismos, dirigiendo acciones para reducirlos y si es posible evitarlos.

Consideramos muy valioso identificar y analizar los mecanismos de producción de errores en la atención de enfermería, esto es posible con la implementación de sistemas de registro oportuno y notificación como VENCER. Para las instituciones de salud deben ser acciones prioritarias, que involucren a

todos los líderes de la organización; es evidente que el sistema es joven, sigue requiriendo adecuaciones, pero se espera que alcance la madurez que le permita, no sólo identificar con precisión los eventos adversos, centinela, o cuasifallas, sino también fortalecer la toma de decisiones para prevenir la ocurrencia de los mismos y corresponder de manera diligente con las acciones que reduzcan al máximo los riesgos.

Con respecto a la importancia de la capacitación continua del Sistema VENCER, consideramos sumamente importante que enfermería sea evaluado y capacitado constantemente, ya que observamos en

general un nivel de conocimiento regular, y es fundamental que este sea incrementado para garantizar una mejor práctica de enfermería.

Es fundamental que se conozca y utilice la clasificación/taxonomía del sistema VENCER II para poder llevar a cabo las notificaciones, aquí debemos aclarar que estas acciones no solo dependen de la conciencia del error sino también de la buena voluntad para documentarlo y, sobre todo, en la capacidad interpersonal de las jefaturas y subjefaturas de enfermería para concientizar sobre las notificaciones como oportunidades para mejorar la seguridad y no mecanismos para culpabilizar al personal.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio se realizó tomando en consideración los principios éticos para las investigaciones en seres humanos 19, y bajo consentimiento informado.

FINANCIAMIENTO

Estudio autofinanciado por los investigadores.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Manual del sistema VENCER II 2011. Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Prestaciones Médicas;2011.
2. Flores Guevara DG, Chicaiza Ruiz VM. Eventos adversos evitables en los servicios de: medicina interna, ginecología, traumatología y cirugía del hospital san Vicente de Paúl de Ibarra en el período 2013–2014. [tesis de licenciatura]. Ibarra, Ecuador; 2014. Universidad Técnica del Norte. [consultada: 2 de agosto de 2012] Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/3820/1/06%20ENF%20620%20Tesis.pdf>
3. Rojas Armadillo ML, Jiménez Báez MV, Chávez Hernández MM, González Fondón A. Validación de un sistema de registro de eventos adversos en atención primaria. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [en línea] 2016;54(3):327-33. Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/338/835
4. OMS/Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Investigación en Seguridad del Paciente: mayor conocimiento para una atención más segura; [internet] Ginebra; 2008. [consultado 2006 Jul 24] Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf?ua=1
5. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. A report of the Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. National Academies Press; 2000.
6. Juárez Pérez H, Durán Muñoz C. Eventos centinela y la notificación por el personal de enfermería. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. [en línea] 2012;17(1):39-44. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=24957>
7. Bañeres J, Cavero E, López L, Orrego C, Suñol R. Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. [Internet] Calidad y Evaluación Sanitaria. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid España; 2006. [consultado 2 de agosto de 2012] Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp3.pdf
8. González Medécigo LE, Gallardo Díaz EG. Calidad de la atención médica: la diferencia entre la vida o la muerte. Revista Digital Universitaria [en línea]. 2012; 13(8). [consultada: 2 de agosto de 2012]. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num8/art81/index.html>
9. OMS/IBEAS: Red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica: hacia una atención hospitalaria más segura. [internet] Ginebra; 2010. [consultado 2006 Jul 24] Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf
10. Delgado Bernal M, Márquez VH, Santacruz VJ. La seguridad del paciente: eje toral de la calidad de la atención. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia. [en línea] México. Secretaría de Salud. 2012:127-46. [consultado 2006 Jul 24] Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial_01I.pdf
11. Norma General Técnica sobre Calidad de la Atención: reporte de eventos adversos y eventos centinela. [internet] Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. [consultado el día 2017 Oct 24] Disponible en: <http://www.gecasep.cl/wp-content/uploads/NORMA-GENERAL-VIGILANCIA-EA.pdf>
12. Rojas Armadillo ML, Jiménez Báez MV, Chávez Hernández MM, González Fondón A. Validación de un sistema de registro de eventos adversos en atención primaria. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [en línea] 2016 54(3): 327-33. Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/338/835
13. Diario Oficial de la Federación. Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. [Internet] 08/09/2017. Secretaria de Gobernación. México. Disponible en:

http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5496728&fecha=08/09/2017

14. Cancino Lobos B. Sistema de vigilancia de eventos de seguridad de la atención clínica. [Internet] Hospital Santiago Oriente: Dr. Luis Tisne Brousse. Chile. 2016;(v4)1-18. [consultado 2006 Jul 24] Disponible en: <http://200.72.129.100/calidad/archivo1/Vigilancia%20EA%20-%20GCL%202.3 v.4.pdf>

15. Diario Oficial de la Federación. Decreto por el que se adicionan diversas disposiciones al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. [Internet] 19/12/2016. Secretaría de Gobernación. México. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5465965&fecha=19/12/2016

16. Bañeres J, Orrego C, Suñol R, Ureña V. Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. Revista de Calidad Asistencial. 2005;20(4)216-222.

17. Gómez OJ, Soto A, Arenas A, Garzón J, González A, Mateus E. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. Avances en enfermería. [en línea] 2011;29(2)363-374. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35831/37099>

18. Juárez H, Durán C. Eventos centinela y la notificación por el personal de enfermería. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2009;17(1)39-44.

19. Asociación médica mundial. Principios éticos para la investigación médica con sujetos humanos. Helsinki, Finlandia;1964.