

LA CONSTRUCCIÓN DE LA SEGURIDAD DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN PSIQUIATRÍA

THE CONSTRUCTION OF SAFETY DURING THE ADMINISTRATION OF DRUGS IN PSYCHIATRY

William Suarez*

Resumen: Este estudio trata de la forma en que los equipos construyen la seguridad de los medicamentos en psiquiatría. A raíz de dos eventos adversos en la administración de medicamentos, el jefe médico solicitó que se realizara un diagnóstico de seguridad en una unidad psiquiátrica de un hospital francés. En este contexto, se aplicó un enfoque ergonómico para analizar el trabajo de un equipo de cuidadores (enfermeras y auxiliares de enfermería). Se trata de un estudio exhaustivo y exploratorio de las estrategias individuales y colectivas puestas en marcha para hacer frente a los riesgos específicos del proceso de atención psiquiátrica (trastornos mentales y del comportamiento). Las entrevistas y observaciones han puesto de manifiesto una construcción individual y colectiva de la seguridad de la administración de medicamentos con, en particular, la creación de "espacios de seguridad colectivos". Esta forma de regulación colectiva permite hacer frente a los riesgos específicos de la actividad en psiquiatría, como las interrupciones repetidas o la deambulación de los pacientes en la unidad, ambos factores de error. A pesar de la fuerte restricción de seguridad, las fases de transferencia de conocimientos a los estudiantes relacionados con la medicación se conservan y se combinan con la seguridad. En lugar de centrarse en los errores, se revelan los factores de logro que favorecen la construcción de la seguridad de la medicación en acción, factores que hay que preservar, lo cual es bastante nuevo en el mundo de la asistencia.

Palabras clave: Seguridad de los medicamentos, psiquiatría, espacio de seguridad colectivo, estrategias individuales y/o colectivas de seguridad, análisis ergonómico del trabajo.

Abstract: Our study deals with the way in which teams construct drug safety in psychiatry. Following two adverse drug administration events, we were asked to carry out a safety diagnosis in a psychiatric unit. In this context, we implemented an ergonomic approach to analysing the work of a group of caregivers. This was an exhaustive and exploratory study of the individual and collective strategies put in place to deal with the specific risks of the psychiatric care process (mental and behavioural disorders). Our interviews and observations showed an individual and collective construction of the safety of drug administration with, in particular, the creation of "collective safety spaces". These are not a theoretical work organisation but are specific to this team. They make it possible to deal with the specific risks of activity in psychiatry, such as repeated interruptions or the wandering of patients in the unit, both of which are factors in error. Despite the strong safety constraint, the phases of knowledge transfer to students related to medication are preserved and combined with safety. Rather than focusing on the errors and changing the work, we have instead revealed the success factors and the construction of medication safety in action, factors that are to be preserved, which is quite new in the care world.

*Hôpitaux de Saint Maurice. Saint Maurice, Francia. Correo electrónico: willsuarez@hotmail.com.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7004-0812>

Keywords: Drug safety, psychiatry, collective safety space, individual and/or collective safety strategies, ergonomic work analysis.

Recepción: 29.11.2021 / Revisión: 15.03.2022 / Aceptación: 26.04.2022

Introducción

Los pacientes hospitalizados por trastornos psiquiátricos graves están expuestos a riesgos e incidentes específicos. Suelen tener un alto nivel de independencia física, pero problemas de comportamiento y discapacidades que interfieren en su interacción con el mundo. Una encuesta realizada en 2006 por la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente (NPSA) del Reino Unido, la primera y prácticamente única encuesta exhaustiva que presenta datos sobre esta cuestión, reveló que el 84% de los incidentes con este tipo de pacientes están relacionados con el comportamiento del individuo: accidentes, fugas (lo hagan o no), agresiones, autolesiones y suicidios. El 16% restante se cree que está relacionado con factores humanos y organizativos, como los errores de medicación, debidos a la administración inadecuada de los tratamientos, la falta de respeto del consentimiento informado y la confidencialidad, los errores de diagnóstico y el equipamiento médico inadecuado. Este artículo se centra en este último punto y, en particular, en cómo los equipos construyen la seguridad de la medicación en psiquiatría.

La psiquiatría tiene una particularidad en comparación con otros servicios hospitalarios: la seguridad del personal, los pacientes y los visitantes puede verse comprometida. Es frecuente que algunos pacientes con problemas de conducta agredan a pacientes y/o cuidadores, a veces de forma violenta. Por esta razón, la seguridad tiene una importancia especial para los equipos que trabajan en algunas de estas unidades (Monhonval, 2012). De hecho, a diferencia de otros entornos asistenciales, la seguridad de las personas en las unidades psiquiátricas puede estar en juego porque algunos pacientes pueden ser violentos consigo mismos o con las personas que les rodean (Brickell et al., 2009). De hecho, todos los cuidados deben tener en cuenta este factor, y la administración de medicamentos no es una excepción.

En este contexto particular (como en otros) la seguridad se construye con diferentes parámetros: la gestión de los tratamientos, el manejo del paciente al que se le prescribe el tratamiento y los otros pacientes presentes en las unidades de hospitalización que potencialmente perturbarán este proceso. Ningún procedimiento describe esta actividad; se trata de estrategias de adaptación individuales y colectivas desarrolladas por los cuidadores (Daniellou, 2008). Por tanto, los cuidadores deben arbitrar según dos tipos de parámetros: internos (experiencia, conocimientos, capacidad de adaptación, etc.) y externos (procedimientos, protocolos, normas profesionales, etc.). Según Comisión Política de Factores Sociales, Organizativos y Humanos, la calidad y el debate en el equipo en torno a estos arbitrajes parecen ser factores de fiabilidad y seguridad (COFSOH, 2019).

Este artículo pretende mostrar cómo los cuidadores manejan las restricciones y los recursos para garantizar la seguridad del paciente en psiquiatría. En concreto, le interesa

mostrar cómo la construcción de un "espacio de seguridad" por parte de un grupo de enfermeras para llevar a cabo los cuidados planificados, permite conciliar tres requisitos de seguridad: asegurar la administración de la medicación, proteger a los pacientes y también protegerse a sí mismos.

La parte del proceso asistencial que va a interesar en este trabajo es la administración de la medicación en una unidad psiquiátrica de adultos. El objetivo de esta intervención era analizar dos acontecimientos no deseados y comprender el funcionamiento y la organización individual y colectiva de la administración de medicamentos en la unidad en cuestión.

La intervención se centró en comprender cómo los cuidadores construyen colectivamente (De Terssac, 2013) la seguridad en la acción (Lafeuillade & Nascimento, 2018). Cómo en el contexto asistencial específico que es la psiquiatría los cuidadores manejan los peligros e incertidumbres y los componen con reglas (procedimientos, normas, reglas de trabajo...) (Falzon et al., 2013).

Materiales y métodos

Este trabajo se basa en un estudio cualitativo fundamentado en el análisis ergonómico de la actividad laboral (Guérin et al., 2006). Responde a la petición del médico responsable del departamento de psiquiatría de un hospital Parisino (Francia). Se trata de un estudio exhaustivo y exploratorio de las estrategias individuales y colectivas para afrontar los riesgos específicos del proceso de atención psiquiátrica.

Esta unidad psiquiátrica recibe 14 pacientes internos. Las patologías de referencia son los síndromes depresivos graves, las conductas suicidas, la esquizofrenia y los síndromes de estrés postraumático. A pesar de su autonomía, los pacientes presentan patologías psiquiátricas y psicológicas que pueden expresarse, por ejemplo, con alucinaciones o comportamientos agresivos. Por lo tanto, suponen un riesgo para ellos mismos, otros pacientes, cuidadores y visitantes. Estos riesgos son específicos del entorno psiquiátrico y el equipo asistencial debe gestionarlos cuando se manifiestan, anticiparlos y tenerlos en cuenta en cada tratamiento.

Se trata de un diagnóstico de seguridad del paciente tras dos eventos adversos consecutivos en una unidad de hospitalización en los últimos 12 meses. Ambos sucesos estaban directamente relacionados con el proceso de administración de la medicación realizado por las enfermeras. En este documento se presenta un extracto de estos resultados.

La recogida de datos se llevó a cabo en tres etapas de acuerdo con los métodos de análisis ergonómico del trabajo (Guérin et al., 2006). Se llevaron a cabo 9 horas de observación sistemática durante 3 días laborables en el momento de las "rondas de administración de medicamentos" (de 8h, 12h y 18h).

Las observaciones y sus localizaciones, el personal paramédico presente (enfermeras y auxiliares de enfermería) y, por último, el número de pacientes se detallan en la tabla 1 siguiente.

Tabla 1. Tiempos de recorrido de la medicación observados, rango de observación, lugar de administración de la medicación, número de pacientes, número de enfermeras y cuidador.

Tiempos de recorrido	Periodo de observación	Lugar de administración de la medicación	Número de enfermeras y auxiliar de enfermería	Número de pacientes
8h	7h15 - 10h15	En las habitaciones de los pacientes	3 enfermeras, 2 auxiliares de enfermería Excepcional, una enfermera tuvo que salir a una reunión	14
12h	11h - 14h	En el comedor común	3 enfermeras, 2 auxiliares de enfermería Excepcional, una enfermera tuvo que salir a una reunión	14
18h	16h30 - 19h30	En el comedor común	2 enfermeras, 2 auxiliares de enfermería El estándar de servicio	14

El estudio se realizó durante dos semanas en una unidad psiquiátrica. A continuación, el equipo asistencial (enfermeras y auxiliares de enfermería) participó en un análisis reflexivo colectivo, con objetivos mixtos de puesta en común de los resultados (y su adaptación si fuera necesario) y de las reflexiones. Los resultados se utilizaron como base para la retroalimentación organizada por el jefe de departamento y su equipo.

Resultados y discusión

Los dos eventos adversos

Los dos sucesos son similares, ya que se trata de errores de administración de medicamentos entre dos pacientes.

El primero ocurrió durante la ronda de medicación "en la habitación" de las 8 de la mañana: la enfermera estaba a punto de entrar en una habitación para administrar la medicación de un paciente cuando unos gritos en la habitación de al lado le hicieron suponer que su colega auxiliar de enfermería estaba en dificultades con un paciente en crisis. La enfermera se une a la auxiliar, tranquilizan a la paciente, le dan un vaso de agua y, como un reflejo, la enfermera le da los tratamientos (preparados para la paciente de la habitación de al

lado que ha dejado a toda prisa) que tiene en la mano. Las enfermeras se dieron cuenta rápidamente del error y se informó a los médicos, que pusieron en marcha el control adecuado.

El segundo evento ocurrió en el comedor a las 12 del mediodía. Una enfermera preparó los tratamientos, se los dio a una compañera que los administró al paciente equivocado. Del mismo modo, los cuidadores se dieron cuenta rápidamente.

Ninguna de las dos situaciones es más tranquilizadora que la otra, ambas tienen especificidades ligadas a la actividad en psiquiatría: la crisis de un paciente, las comidas a las 12 y a las 18 horas en el comedor (en la mayoría de los servicios asistenciales, la medicación se distribuye en la habitación).

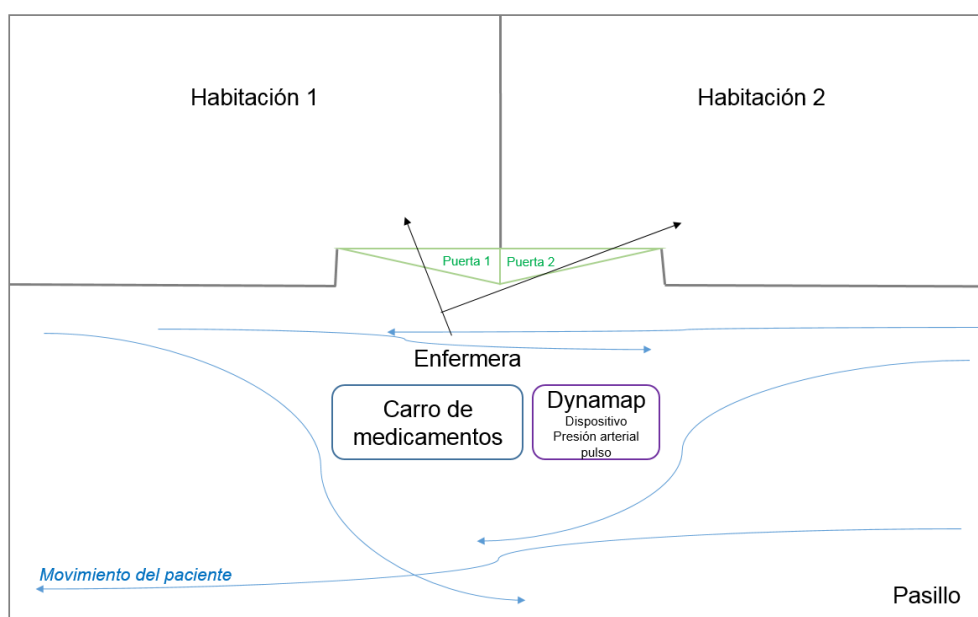
Administración teórica de medicamentos desde la organización prevista a la organización real del turno

En muchas unidades de hospitalización, se dice que las enfermeras están sectorizadas, es decir, si hay 2 enfermeras para 14 pacientes, cada enfermera se ocupará de 7 pacientes. La enfermera 1 se encargará de las habitaciones 1 a 7 y la enfermera 2 se encargará de las habitaciones 8 a 14. Ambos tienen que llevar el carro de la medicación y el tensiómetro de una habitación a otra.

Los pacientes se mueven libremente por la unidad y, por lo tanto, pueden interrumpir la actividad de los cuidadores, salvo en el caso de los trastornos psiquiátricos, en los que los pacientes pueden ser muy insistentes. Los pacientes pueden tener potencialmente acceso a la medicación (riesgo de intoxicación por drogas) y a los datos confidenciales de los expedientes cuando la enfermera está en una habitación para atender a un paciente.

En este modo de organización puede haber cierta ayuda mutua, pero cada enfermera es responsable de "sus pacientes". Este modo de funcionamiento se muestra en la figura 1.

Figura 1. Organización teórica de la distribución de los medicamentos en la sala.



Este modo de organización en el sector no permite el control de los movimientos de los pacientes por parte del equipo y es potencialmente arriesgado.

Se verá que el equipo de atención se ha reorganizado en una configuración más segura.

Dos lugares para la administración de medicamentos: Una construcción en función de los recursos y las restricciones

En la situación real, la administración de medicamentos se realiza de forma diferente según el contexto y el momento. Los enfermeros adaptan su actividad a la situación (incluida la actividad del paciente) y modulan su modo de funcionamiento.

Como la mayoría de los pacientes están en sus habitaciones a las 8 de la mañana, la ronda a esta hora se realiza en este lugar con el movimiento del carro de la medicación, así como el tensiómetro (para tomar las constantes vitales al mismo tiempo que la administración de la medicación con el fin de agrupar la atención) y el ordenador móvil para introducir los parámetros.

A las 12:00 y a las 18:00, los pacientes están en el comedor, por lo que la medicación se administra en esta zona.

La construcción de espacios de seguridad colectiva

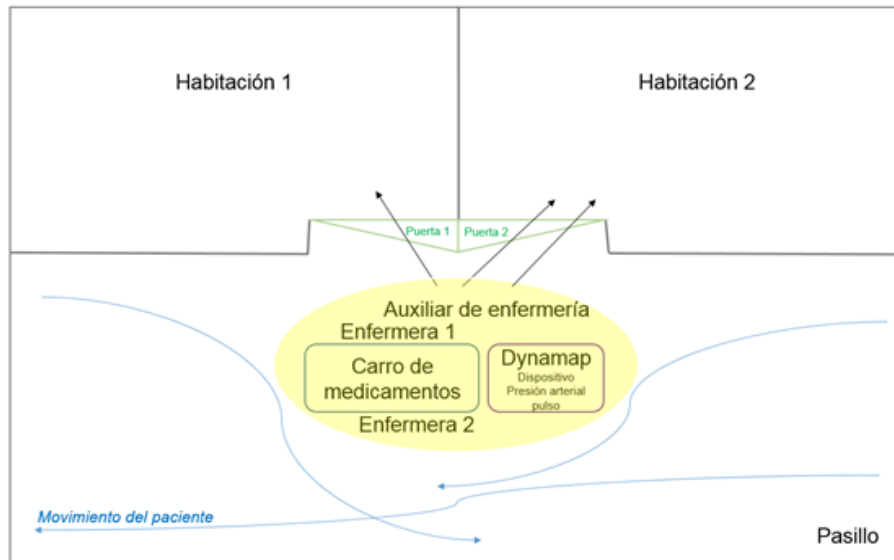
El turno de 8 horas en las habitaciones: Las enfermeras se reparten las tareas entre ellas, 2 para la administración de la medicación, 1 para tomar las constantes vitales.

Se elige el primer turno de 8 horas porque se acerca a la teoría que se enseña en la escuela. Además, algunos de los pacientes están en sus habitaciones mientras se despiertan. También, en algunos pacientes es necesario tomar los signos vitales (pulso y presión arterial) "en reposo". Esta fase no se desarrolla de manera uniforme, y los pacientes pasan de una habitación a otra en orden. Permite despertar al final de la ronda a algunos pacientes que son muy exigentes con el sueño una vez despiertos (piden el desayuno varias veces por minuto, por ejemplo), lo que evita las múltiples interrupciones relacionadas con estos pacientes, interrupciones que podrían dar lugar a errores.

El equipo se desplaza frente a cada par de habitaciones y, por lo tanto, se crea "una zona de seguridad colectiva móvil": la enfermera 1 se encarga de atender a los pacientes que podrían molestar a la enfermera encargada de la tarea de medicación (enfermera 3), la enfermera 2 se encarga de tomar las constantes vitales. Los camilleros recurren a los pacientes que necesitan ayuda para levantarse y asearse, y luego preparan el desayuno.

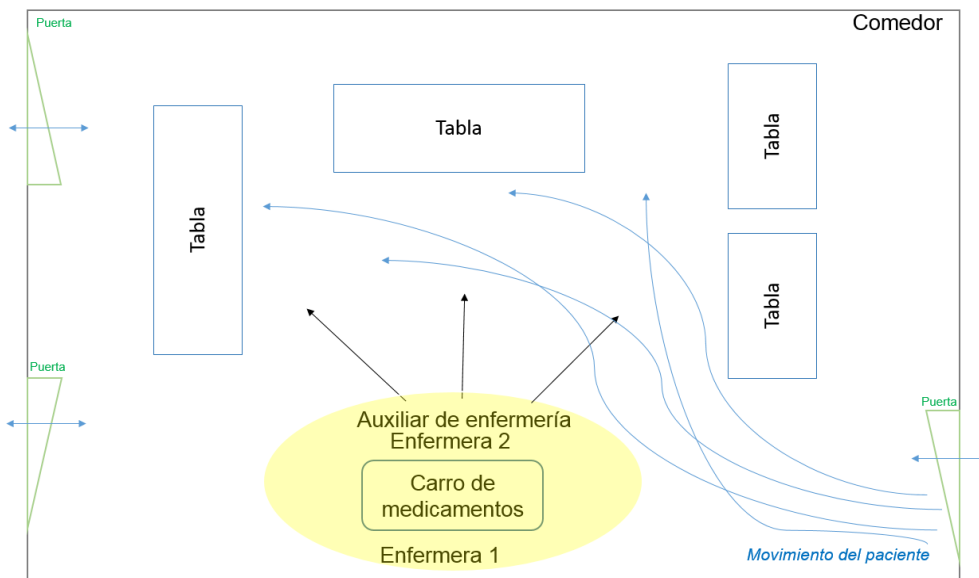
La figura 2 muestra estas observaciones.

Figura 2. Organización práctica de las zonas de seguridad colectiva en la sala.



Las rondas de las 12:00 y las 18:00 en el comedor: Además de las enfermeras, están presentes los auxiliares de enfermería. Esta fase se muestra en la figura 3.

Figura 3. Organización práctica de las zonas de seguridad colectiva en el comedor.



La modalidad de funcionamiento 2 de los turnos de 12 y 18 horas se implementa teniendo en cuenta una de las especificidades del ejercicio en una unidad psiquiátrica, que es la realización de las comidas en el comedor y no en la habitación como en la gran mayoría de los servicios asistenciales.

El carro de la medicación está colocado de cara a la habitación, y los cuidadores tienen una pared detrás, lo que limita el paso de los pacientes sin que los vean y favorece la confidencialidad. Se crea un "espacio de seguridad colectiva".

A su vez, las enfermeras preparan los medicamentos y los administran acercándose a los pacientes o los entregan a un auxiliar de enfermería que distribuye una bandeja de comida y los administra bajo su supervisión. En el caso de algunos pacientes en los que es necesario negociar, 1 enfermera y 1 agente sanitario administrarán conjuntamente la medicación.

Ambas organizaciones muestran una construcción que aísla y "protege" la zona de preparación de los medicamentos adaptada al entorno. Esta fase incluye la comprobación de la prescripción, la verificación de la identidad varias veces, la preparación y la validación. Además, esta organización favorece el "aislamiento de esta zona" por parte de los cuidadores que interceptan a los pacientes susceptibles de molestar a sus compañeros que están ocupados en la tarea de la medicación. También garantiza el respeto de la confidencialidad de los datos contenidos en el registro asistencial de la pantalla y la naturaleza de los medicamentos administrados a los distintos pacientes.

Las áreas de seguridad creadas e implementadas en esta unidad para la administración de medicamentos tienen en cuenta las especificidades del ejercicio en una unidad psiquiátrica conciliando la protección individual y colectiva de los pacientes, la seguridad del circuito de los medicamentos (desde la reserva contenida en los carros de atención, desde la fase de preparación hasta la administración) y la protección individual y colectiva de los profesionales.

Lógicas de acción orientadas a la seguridad

Se identificaron una serie de acciones relacionadas con la seguridad que se discutieron con el equipo, algunas de las cuales se presentan brevemente en esta sección.

Una de ellas es colocar el ordenador (utilizado para introducir la información sobre los signos vitales) frente a la entrada de la habitación para limitar la entrada de otros pacientes mientras el cuidador atiende al paciente en la habitación, a veces de espaldas a la entrada. Bloquea el acceso a la habitación de otros pacientes, pero permite ver el pasillo.

Además, esto garantiza la confidencialidad de los datos que aparecen en la pantalla.

La misma lógica se utiliza para el carro de la medicación.

Otra lógica de la acción de seguridad individual se refiere a la repetición de la prescripción en voz alta:

"Tiapridal ®, 20 gotas", "Valium ®, 30 gotas" (enfermera).

Esta enfermera repite todas las prescripciones en voz alta, especialmente cuando cuenta las gotas durante la administración. Le preguntaron "¿por qué haces esto?" y respondió que era su manera de no olvidar nada y evitar errores.

Se observó la llamada fase de información/asignación de tareas: las enfermeras estaban reunidas en la estación de enfermería, excepcionalmente 3 enfermeras estaban presentes. Se seleccionaron algunos verbatim que ilustran esto:

Enfermera 1: *¿Quién quiere encargarse de la medicación? ¿Quién quiere encargarse de la ronda de constantes vitales (tomar la presión arterial, el pulso y la saturación con la*

ayuda de aparatos)?

Enfermera 2: *No he dormido bien, quiero ocuparme de los signos vitales.*

Enfermera 1 y 3: *No hay problema.*

Estos intercambios muestran que se tienen en cuenta los recursos internos de cada enfermera (problema de sueño para una enfermera) y los recursos externos (3 enfermeras presentes).

Esto muestra claramente una construcción de la seguridad en equipo (De Terssac, 2013) y en acción (Lafeuillade & Nascimento, 2018).

Combinar seguridad, atención y educación

Las misiones de los hospitales universitarios son la asistencia, la enseñanza y la investigación. Se observó a una enfermera preservando las fases de enseñanza con los estudiantes de enfermería. Cuando distribuía los tratamientos a los pacientes, pedía al estudiante que supervisaba que los distribuyera:

"Hyperium®, ¿sabe lo que es?" "Lysanxia®, ¿sabe lo que es?" es un Benzo (benzodiazepina)...4 acciones..." (enfermera a estudiante).

A pesar del ajetreo de los cuidados, la enfermera mantiene su papel de supervisora y tutora, lo que requiere recursos internos adicionales que se combinan con la seguridad, entre otras cosas.

Conclusiones

Pocos estudios muestran esta construcción de la seguridad de los medicamentos en una situación nominal. Se ha demostrado que en esta unidad asistencial se ha desarrollado una construcción de la seguridad con especificidades adaptadas a los recursos y limitaciones particulares de la práctica psiquiátrica. Así, la actividad está bien situada (Suchman, 1987).

La organización de estas áreas de seguridad farmacéutica supone pasar de una distribución espacial (teórica) de los pacientes a una distribución colectiva de las tareas en función de los recursos (individuales y colectivos) y de las limitaciones de la actividad asistencial. La seguridad es una construcción de individuos y equipos anclada en la actividad y la acción del cuidado. Esta intervención permitió poner de relieve las medidas de anticipación y adaptación en función de los recursos y las especificidades demostradas por los cuidadores, y asociarlas a la enseñanza, otra misión del hospital público. Se han destacado formas de regulación de la actividad como la creación de zonas de seguridad colectivas, la instalación de equipos o la lectura en voz alta de medicamentos, que se convierten en normas de seguridad para estos operadores.

La originalidad de este estudio se basa en una evaluación cualitativa que permite comprender la construcción de la seguridad en acción y en funcionamiento compartida por un grupo de cuidadores

No se cambia el trabajo como resultado de este estudio, pero se desvela la construcción de la seguridad a los operarios, al gerente y al jefe de departamento, lo que quizás permita empezar a trabajar en los factores de éxito para que se entiendan y se conserven (Dekker, 2014), una idea poco común en el mundo de los cuidados.

Referencias

- Brickell, T. A., Nicholls, T. L., Procyshyn, R. M., McLean, C., Dempster, R. J., Lavoie, J. A. A., Sahlstrom, K. J., Tomita, T. M., & Wang, E. (2009). *La sécurité des patients et la santé mentale*. Institut canadien pour la sécurité des patients et Association des hôpitaux de l'Ontario.
- Comité d'orientation sur les facteurs sociaux, organisationnels et humains. (2019). *Développer la sécurité, synthèse des travaux du groupe de travail D*. <https://www.asn.fr/content/download/167488/1711428>
- Daniellou, F. (2008). *Développement des TMS: Désordre dans les organisations et fictions managériales*. 2ème congrès francophone sur les troubles musculo-squelettiques: De la recherche à l'action.
- Dekker, S. (2014). *Safety differently*. CRC Press.
- De Terssac, G. (2013). De la sécurité affichée à la sécurité effective: L'invention de règles d'usage. En *Annales des Mines-Gerer et comprendre* (pp. 25-35). ESKA.
- Falzon, P., Di Cioccio, A., Mollo, V., & Nascimento, A. (2013). *Qualité réglée, qualité gérée*. halshs-00869623. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00869623>
- Guérin, F., Laville, A., Daniellou, F., Duraffourg, J., & Kerguelen, A. (2006). *Comprendre le travail pour le transformer: La pratique de l'ergonomie*. Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail.
- Lafeuillade, A. C., & Nascimento, A. (2018). L'activité d'arboriste-élagueur en milieu urbain: La sécurité en action comme structurante pour le travail dans les arbres. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, (20-2). <https://doi.org/10.4000/pistes.6039>
- Monhonval, P. (2012). La violence en psychiatrie, témoignage d'une psychiatre en formation. *Cahiers de psychologie clinique*, 39(2), 131-139. <https://doi.org/10.3917/cpc.039.0131>
- National Patient Safety Agency. (2006). *With safety in mind: Mental health services and patient safety*. *Patient Safety Observatory Report 2*. Recuperado el 1 de mayo de 2008. <https://psnet.ahrq.gov/issue/safety-mind-mental-health-services-and-patient-safety>
- Suchman, L. A. (1987). *Plans and situated actions: The problem of human-machine communication*. Cambridge university press.