REVISTA Ação Ergonômica

R. Ação Ergon., 14(2), 2020.
ISSN 2965-7318. doi: 10.4322/rae.v14n2.e202006.es

LA ACTIVIDAD DE LOS CAMILLEROS EN EL TRANSPORTE Y TRASLADO DE PACIENTES EN UNA MATERNIDAD DE ALTA COMPLEJIDAD Y SU RELACIÓN CON LOS EVENTOS ADVERSOS Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Aianna Rios Magalhães Véras e Silva[1]*

Ricardo José Matos de Carvalho[2]

Ricardo José Matos de Carvalho[3]

Nathaly Silva de Santana[4]

Paulo Ricardo Fernandes de Lima[5]

Resumen

Los camilleros son una categoría profesional poco estudiada en la comunidad científica, aunque juegan un papel importante en la seguridad del paciente, ya que mantienen contacto directo con ellos. El objetivo principal de este estudio es analizar la actividad de las camilleras en una Escuela de Maternidad de una universidad pública, con el objetivo de identificar los determinantes de esta actividad laboral que impactan en la seguridad del paciente, indicando medidas para mejorar la actividad que minimicen las posibilidades de ocurrencia de eventos adversos e incrementen la seguridad del paciente, a través del método de Análisis Ergonómico del Trabajo. Así, se llevó a cabo una estructura de acción participativa, técnica y gerencial que involucró camilleros, gestores y pacientes. Con la investigación de campo, se observó la falta de una rutina de limpieza de los equipos, la no regularidad en los cambios de sábanas utilizadas en el servicio de transporte y/o traslado, así como el uso común del ascensor para todas y cada una de las actividades, incluso para la basura común y/o hospitalaria, también se observaron controversias físicas, como la falta de accesibilidad y problemas con la distribución, Así, los camilleros utilizan estrategias como pedir ayuda a los demás o utilizar maniobras más arriesgadas al pasar con la camilla, dichas estrategias pueden aumentar la posibilidad de que se produzca un EA, lo que puede afectar directamente a la seguridad del paciente. Otra observación se refiere a algunos pacientes y transportes que necesitan la ayuda de enfermeras y/o técnicos de enfermería, otros camilleros o incluso del propio acompañante del paciente, aunque nada de esto está prescrito para estos casos.

Palabras clave: Incluya de 3 a 5 palabras clave después del resumen.

THE ACTIVITY OF STRETCHER BEARERS IN TRANSPORTING AND TRANSFERRING PATIENTS IN A HIGHLY COMPLEXITY TEACHING MATERNITY HOSPITAL AND ITS RELATIONSHIP WITH ADVERSE EVENTS AND PATIENT SAFETY

[1] Universidad Federal de Rio Grande do Norte (UFRN). * aianna.rios@hotmail.com.
[2] Universidad Federal de Rio Grande do Norte (UFRN)
[3] Universidad Federal de Rio Grande do Norte (UFRN)
[4] Universidad Federal de Rio Grande do Norte (UFRN)
Universidad Federal de Rio Grande do Norte (UFRN)

Abstract

Stretcher bearers are a professional category that has been little studied in the scientific community, although they play an important role in patient safety, since they are in direct contact with patients. The main objective of this study is to analyze the activity of stretcher bearers at a teaching maternity hospital at a public university, aiming to identify the determinants of this work activity that impact patient safety, indicating measures to improve the activity that minimize the possibility of adverse events and increase patient safety, through the Ergonomic Work Analysis method. Thus, a participatory, technical and managerial action structure was created involving stretcher bearers, managers and patients. During the field research, it was observed that there was a lack of routine equipment cleaning, that linens used in transport and/or transfer were not changed regularly, and that the elevator was used for any and all activities, including for common and/or hospital waste. Physical constraints were also observed, such as lack of accessibility and layout problems, so stretcher bearers use strategies such as asking third parties for help or using riskier maneuvers when carrying the stretcher. Such strategies can increase the chance of an AE, which can directly affect patient safety. Another observation was that some patients and transports require assistance from nurses and/or nursing technicians, other stretcher bearers, or even the patient's companion, although none of this is prescribed for these cases.

Keywords: Ergonomics, Patient Safety, Stretcher Bearers, Patient Transport.

1. INTRODUCCIÓN

A pesar de que las organizaciones que se encargan de la salud de los pacientes (maternidades, hospitales, etc.) están destinadas a su curación, muchos eventos adversos ocurren sin que la causa se origine en el tratamiento directo adoptado para la correcta curación del paciente. No fue hasta la década de 2000 cuando la seguridad del paciente pasó a formar parte de las estrategias internacionales (Organización Mundial de la Salud - OMS) y nacionales (Ministerio de Salud - MS) *en las organizaciones sanitarias públicas y privadas.* Por lo tanto, estas organizaciones de salud se han preocupado cada vez más por el control de los eventos adversos con miras a la seguridad del paciente durante la atención.

En julio de 2011, la revista VEJA publicó el siguiente titular: "OMS: ir al hospital es más arriesgado que volar" (VEJA, 2011). Según este artículo, los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que millones de personas mueren cada año debido a errores médicos e infecciones adquiridas en el hospital. Tribuna do Norte (2017) reportó que los fracasos hospitalarios matan más que los accidentes y el cáncer, destacando también los eventos adversos como la 2ª causa de muerte en Brasil. Leape, Brennan, Laird, Lawthers, Localio, Barnes et al. (1991) definieron los Eventos Adversos (EA) como todos los incidentes que resultan en daño a la salud del paciente. Para Vincent (2009, p. 51), los eventos adversos se entienden como "una lesión no intencional causada por un tratamiento médico, y no por el progreso de la enfermedad" (VINCENT, 2009, p. 51). De acuerdo con Padilha, Barbosa,

Oliveira, Andolhe, Janzantte y Secoli (2015), los eventos adversos (EA) son aquellos que no están relacionados con la evolución natural de la enfermedad subyacente, lo que puede llevar a un aumento del tiempo y costo de hospitalización, discapacidad e incluso mortalidad de los pacientes

La atención sanitaria en organizaciones que prestan servicios de alta complejidad requiere una atención especial, ya que se trata de pacientes que necesitan cuidados de naturaleza compleja, cuyos aspectos deben ser tenidos en cuenta para promover la seguridad del paciente y garantizar la minimización de los eventos adversos (EA) correlacionados.

La *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente* (2004) (en portugués, Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente) fue creada en 2004, a través de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el objetivo de difundir el conocimiento sobre la seguridad del paciente en todo el mundo, proporcionando alertas sobre los aspectos sistémicos y técnicos involucrados y promoviendo campañas internacionales sobre el tema, en un intento de minimizar los eventos adversos y, en consecuencia, el número de víctimas de eventos adversos evitables (WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY, 2004).

Según la *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente* (2004), la principal causa de los EA está relacionada con deficiencias en el diseño, organización y funcionamiento del sistema hospitalario. Así, la mayoría de los eventos adversos (EAs) ocurren por causas latentes dentro de los sistemas, y no por negligencia o falta de formación de los profesionales (WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY, 2004).

Para Belela, Peterlini y Pedreira (2010), las causas de los EA y sus consecuencias en el ambiente hospitalario también se deben a la precariedad de los servicios prestados, la falta de personal adecuado, la excesiva carga de trabajo y la mala remuneración de los profesionales. De esta afirmación se puede inferir que los aspectos organizativos del trabajo están relacionados con los eventos adversos y, por lo tanto, con la seguridad del paciente, como también lo señaló la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.

La seguridad del paciente involucra una amplia gama de aspectos, que se enumeran en las Ordenanzas n.º 1377/2013 (BRASIL, 2013) y n.º 2095/2013 (BRASIL, 2013) en los protocolos básicos de seguridad del paciente. Los aspectos mencionados en estas ordenanzas son: cirugía segura, identificación del paciente, higiene de manos, prevención de caídas, uso seguro de medicamentos y entorno de atención seguro.

Cabe destacar que no solo los profesionales de la salud son responsables de la seguridad del paciente, sino también todos los profesionales involucrados en su cuidado y tratamiento, los acompañantes e incluso los propios pacientes (MINISTERIO DE SALUD, 2016).

La recogida en el punto de origen, el transporte en camilla o silla de ruedas y la entrega de los pacientes en el punto de destino es una actividad que conlleva riesgos y está sujeta a sucesos accidentales, que pueden provocar caídas del paciente, golpes de parte del cuerpo del paciente contra superficies, desconexión de los dispositivos de tratamiento inyectados en el cuerpo, recogida, transporte y entrega del paciente equivocado al punto de destino, entrega del paciente al destino equivocado, etc.

El presente estudio es en curso y se enfoca en el área temática de la seguridad del paciente, teniendo como unidad de análisis la actividad de transporte y traslado de pacientes realizada por camilleros en una organización federal de salud pública – maternidad de atención de alta complejidad. Este artículo busca mostrar la relación entre la actividad del camillero y la seguridad del paciente, a través de la comprensión de las estrategias y acciones utilizadas por los camilleros para manejar las variabilidades y los contratistas (restricciones, restricciones) (DE MONTMOLLIN, 1995; GUÉRIN, KERGUELEN y LAVILLE, 2001; ROCHA, 2017) de la actividad.

2. METAS

El objetivo general de la investigación, al que se vincula este artículo, es proponer un conjunto de medidas para mejorar la actividad de transporte y traslado de pacientes realizada por camilleros, con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente en la escuela de maternidad. Los objetivos de este artículo son presentar los resultados del análisis global de la maternidad hospitalaria y del sector de la investigación, así como definir el prediagnóstico de la actividad estudiada.

3. MÉTODO

3.1. Tipo de estudio

El método científico a adoptar en esta investigación es el Análisis Ergonómico del Trabajo (AET) (WISNER, 2004; GUÉRIN, KERGUELEN y LAVILLE, 2001; VIDAL, 2008). Para los autores, el SAT comprende el análisis de la demanda, el análisis del proceso técnico y de la tarea, el análisis de la actividad, la formulación y difusión del diagnóstico y las recomendaciones ergonómicas. Así, se adoptará la siguiente estructura adaptada de Vidal

(2008): instrucción de la demanda; análisis global; focalización y prediagnóstico; análisis focalizado; validación y reembolso; y especificaciones ergonómicas.

3.2. Población

La población investigada está constituida por las 10 camilleras de la Escuela de Maternidad (EM) estudiadas, por lo que se considera un estudio censal. Estos camilleros se distribuyen entre los 3 turnos de trabajo diarios (mañana, tarde y noche) y las observaciones ocurrieron en los 3 turnos, con el fin de verificar si existen variaciones entre ellos.

3.3. Recogida de datos

La AET comienza con la emergencia de una demanda, que puede originarse en la dirección de la empresa, en los propios trabajadores (GUÉRIN, KERGUELEN y LAVILLE, 2001), o incluso ser una demanda provocada, es decir, cuando los investigadores interesados en un tema buscan una organización que le proponga ayudarla a comprender y resolver los posibles problemas existentes, en el campo de la Ergonomía (Carvalho y Saldanha, 2001). La presente investigación fue una demanda provocada, ya que la investigadora buscó el BD y propuso un estudio, lo que despertó el interés del sector responsable de la seguridad del paciente en la maternidad, debido a que este sector evidenció problemas con esta actividad.

Así, para el desarrollo del análisis de la demanda, Vidal (2008) recomienda que se realice un análisis global, en el sentido de conocer el lugar, recabando información que ayude en el análisis y clarificación de la demanda, a través de la cual se establecerá la demanda ergonómica negociada (VIDAL, 2008). Para la autora, el análisis global sirve para ampliar el alcance inicial, ajustar los enfoques y temas, y afinar la demanda, consistente en reconocer el lugar donde la acción ergonómica debe producir sus efectos.

Así, para la inmersión en el tema de seguridad del paciente, eventos adversos y actividad del camillero, en lo que respecta al relevamiento de conceptos asociados, investigaciones relacionadas y datos estadísticos, se realizó investigación bibliográfica y documental en bases de datos académicas, como *scopus, science direct y pubmed* y agencias gubernamentales. La instrucción de la demanda en el BD se llevó a cabo mediante un proceso de construcción social, tal como lo propone Vidal (2008), utilizando técnicas de interacción como la acción conversacional y las verbalizaciones espontáneas, además de cuestionarios, técnicas observacionales e investigación bibliográfica.

Para analizar la tarea, se realizó una entrevista con el responsable del sector de transporte y traslado de pacientes, con el fin de identificar las tareas planificadas para los camilleros y

describirlas. También, con el mismo propósito, se realizó una reunión (focus group) con los camilleros. Los resultados de las interacciones con el jefe del sector y los camilleros complementarán y validarán el análisis de la tarea de los camilleros.

Para el análisis de la actividad se realizó un plan de observación y grabación audiovisual de las actividades de los camilleros, utilizando cámaras, verificando los observables de la actividad (VIDAL, 2008), tanto elementales, como posturas, desplazamientos y comunicaciones, como compuestos (secuencias de acciones, medición del estado de equipos e instalaciones) y verbalizaciones.

Wisner (2004) afirma que el análisis de la actividad no se limita al estudio del curso de la acción, y que la capa subyacente a la cognición, la representación, debe ser explorada. Por esta razón, también se realizaron entrevistas y conversaciones semiestructuradas con los camilleros, con el fin de conocer los determinantes de la actividad de los camilleros que afectan la seguridad del paciente. Con ello, se pudo formular el prediagnóstico y, posteriormente, a partir del registro sistemático y análisis de los observables, se formulará el diagnóstico de la actividad, apuntando a la elaboración de la Memoria Descriptiva de las Transformaciones (GUÉRIN, KERGUELEN y LAVILLE, 2001).

Todos los datos recogidos, la exigencia ergonómica, el diagnóstico formulado y las indicaciones de mejora de la actividad serán devueltos a los respectivos participantes de la investigación y validados durante el curso. Cabe destacar que en este artículo se abordan los resultados de las etapas iniciales de la ETS, finalizando con la etapa de focalización y prediagnóstico antes mencionada.

3.4. Aspectos éticos de la investigación

Un proyecto de investigación que involucra seres humanos tiene aspectos éticos, y es necesario discutirlos para cumplir con las determinaciones éticas previstas en la Resolución Nº 466/2012. Así, un proyecto fue sometido al Comité de Ética de Plataforma Brasil, el 04/08/2019 para su aprobación y aprobado el 05/03/2019, como el número del Certificado de Presentación de Apreciación Ética (CAAE): 08910118.0.0000.5292.

4. Resultados del análisis global del sector de la maternidad y camilleros

Para llevar a cabo el análisis global, se realizaron observaciones in situ y entrevistas y conversaciones semiestructuradas (VIDAL, 2008) con los responsables hospitalarios del Centro de Seguridad del Paciente (PNE) y del sector de actividad de camilleros, respectivamente.

4.1. Descripción y funcionamiento general de la Escuela de Maternidad

4.1.1. Historia de la Escuela de Maternidad

La construcción del ME comenzó en 1932 y se completó a principios de la década de 1940. Pero no fue hasta 1950 cuando se produjo, de hecho, la inauguración del Hospital Materno Infantil de Natal, ya que este edificio fue cedido, entre 1941 y 1947, al Ministerio de la Guerra, mediante un convenio con la Sociedad de Asistencia Hospitalaria, encontrándose bastante deteriorado, requiriendo tres años de obras para recuperar el edificio. De acuerdo con Trindade (2015), cuando se fundó en 1950, la maternidad contaba con 130 camas, con el equipamiento hospitalario más moderno de la época.

4.1.2. Estructura de la Escuela de Maternidad

El ME cuenta con un edificio de estilo neocolonial ecléctico, predominantemente, que cuenta con una estructura compuesta por 141 camas, de las cuales 26 son camas de Unidad de Cuidados Intensivos, 16 camas quirúrgicas de ginecología y 72 camas de obstetricia clínica y quirúrgica; 22 consultorios ambulatorios; 01 Anfiteatro y 01 Centro de Estudios, distribuidos en una superficie total equivalente a 7.787 m².

El ME también ofrece consultas externas de embarazo de alto riesgo, planificación familiar, perinatología, medicina fetal, ginecología general y especializada y prevención de enfermedades del tracto genital inferior, además de consultas externas multiprofesionales (psicóloga, enfermera, trabajadora social, nutricionista) y el Centro de Reproducción Asistida. Cuenta con un servicio de urgencias y urgencias las 24 horas con Centro Obstétrico, UCI Neonatal, UCI Materna, Banco de Leche Humana, Mamografía, Ecografía, así como servicios de laboratorio de Análisis Clínicos, Microbiología y Citopatología.

4.1.3. Servicios ofrecidos por la Escuela de Maternidad

El ME es un complejo hospitalario especializado, de carácter público, que ofrece atención integral al público utilizando el Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil, actuando en las áreas de salud de la mujer, alto riesgo gestacional y cirugía ginecológica. También, en la EM se realizan actividades docentes (formación de estudiantes de pregrado en medicina) e investigación (Programas de Posgrado, Residencia Médica y Maestrías). En 2016 se realizaron más de 3.800 partos en el BD, de los cuales el 63% fueron cesáreas y el 37% normales. De estos, el 91% se consideró de alto riesgo y el 9% de riesgo habitual. En el mismo año, se llevaron

a cabo más de 9.400 hospitalizaciones. Entre ellos se encuentran las cirugías ginecológicas y los tratamientos clínicos, con un total de 1.500 cirugías realizadas y más de 2.600 tratamientos clínicos.

La maternidad también cuenta con el Centro de Seguridad del Paciente (NSP), que tiene como objetivo promover una cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario, con la planificación, desarrollo, control y evaluación de los procesos asistenciales, con el fin de garantizar la calidad de los mismos. Los miembros de este núcleo deben representar a diferentes sectores del hospital, además de contar con la participación de pacientes, familiares y/o cuidadores siempre que sea posible (EBSERH, 2019).

4.2. Descripción y funcionamiento general del Sector de Soporte de Camilla

4.2.1. Caracterización de los camilleros

En total, hay 10 camilleros que trabajan en la maternidad. Los camilleros se subcontratan. En 2016, hubo un cambio en la empresa que terceriza este sector, sin embargo, el 80% de los camilleros se quedaron. Así, el ME cuenta con el apoyo de nueve camilleros tercerizados, de los cuales uno no es exclusivo de ME, siendo programados a varios hospitales cuando hay demanda o falta de algún profesional, sin embargo es más demandado para el ME en sí, todos ellos se intercalan en un régimen de turnos de 12 horas, tomando 36 horas libres, además de estos hay un camillero fijo en régimen de 44 horas semanales (horario administrativo: de 7 a 17 horas de lunes a viernes), con tres o cuatro presentes en el turno diurno y, siempre, dos en el turno nocturno. El turno diurno para los camilleros que trabajan en un turno de 12 horas comienza a las 7 a.m. y termina a las 7 p.m., mientras que el turno de noche comienza a las 7 p.m. y termina a las 7 a.m. Todos ellos tienen pausas de 1 hora para almorzar.

a) Datos sociodemográficos

- Edad: El 50% tiene entre 30 años –| 40 años y el 50% tiene más de 40 años;
- Género: 100% son hombres;
- Nivel educativo: el 90% ha completado la enseñanza media y el 10% la primaria;
- Salario de la profesión: el 100% recibe 1 salario mínimo y trabajo insalubre adicional, 13º salario y vacaciones anuales de 30 días;

- Antigüedad en la función: el 60% tiene más de 9 años, el 10% 7 años, el 20% tiene 5 años y solo el 10% 1 año de servicio en la función, en cuanto a la antigüedad en la empresa tercerizada, el 80% ha sido desde el inicio de la empresa en el ME, es decir, 3 años, y el 20% con 1 año o menos.
- Antigüedad en la Maternidad: el 40% tiene más de 19 años, el 40% tiene entre 5 y 7 años y el 20% tiene menos de 1 año;
- Trabajadores primarios y tercerizados: 100% tercerizados.

b) Organización del trabajo

- Horas de trabajo semanales: 90% trabajo en servicio, 12 horas/36 horas, y 10% 44 horas semanales;
- Turnos de trabajo: el 40% realiza trabajos nocturnos y el 60% realiza trabajos diurnos;
- Trabajar en sus días libres: el 67% trabaja y el 33% no trabaja de los 9 trabajadores de turno, estos trabajos extras varían entre lavado de autos, deportista de fútbol, carrito de ventas, reparación de muebles y servicios generales;
- Facturación: Baja

4.2.2. Instalaciones y equipamiento del Sector de Camilleros

Hay una sala administrativa, que no es exclusiva para camilleros, y también es utilizada por otros profesionales, como los de servicios generales. Los camilleros de guardia comparten esta sala con un profesional que dispone de un ordenador, a través del cual se reciben telefónicamente las llamadas de solicitud de transporte, que éste las transmite a los camilleros. El ME cuenta con 16 camillas, 9 sillas de ruedas, 1 silla para baño y 1 incubadora de transporte.

4.2.3. Flujo del proceso de llamada para el transporte de pacientes

Un profesional recibe las llamadas de transporte de pacientes de diversos sectores de la Maternidad vía telefónica y computadora, y las pasa a los camilleros, vía radio o al instante en la habitación, para que puedan realizar los cuidados solicitados. Este profesional también

controla las tareas de los camilleros, a partir de una hoja de cálculo de control de llamadas, que contiene el nombre del camillero, el tipo de transporte requerido (camilla, silla de ruedas, etc.), sector donde se transporta al paciente, el sector de destino del paciente, y la hora de salida y llegada a la sala administrativa de los camilleros. Este registro, sin embargo, solo se produce durante el día y, todos los viernes, el gerente del hotel, responsable de los camilleros en ME, guarda la hoja de cálculo de control de llamadas y la envía a la empresa subcontratada, de la que son empleados los camilleros.

4.2.4. Trabajo prescrito de los camilleros

El trabajo prescrito de los camilleros consiste: derivar a los pacientes a las áreas solicitadas; recibir, revisar y transportar exámenes, materiales o equipos, como oxígeno, historias clínicas, entre otros; controlar el material estéril; mantener el equipo limpio y organizado, como camillas y sillas; proporcionar camillas y sillas de ruedas para transportar a los pacientes; ayudar a las víctimas e informar sobre el servicio y la finalización de las llamadas con fines de control.

Las llamadas telefónicas, solicitando camilleros para el transporte de pacientes, deberán ser realizadas por enfermeras, quienes deberán identificarse informando su nombre al camillero, la extensión donde se encuentran, el lugar de origen y destino del paciente, el tipo de transporte que necesitan y si necesitan oxígeno durante el traslado, con el fin de cumplimentar correctamente la citada hoja de trabajo, previamente. Sin embargo, durante la entrevista con los camilleros, se relató que este protocolo no es seguido correctamente por las enfermeras.

4.2.5. Aspectos relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo

Según la empresa responsable de los camilleros de ME, estos profesionales están sujetos a riesgos laborales, como los riesgos debidos a agentes físicos (ruido, vibraciones, temperaturas extremas), químicos (polvo, gases, vapores, absorbidos por el cuerpo humano a través de la vía respiratoria, a través de la piel), biológicos (bacterias, hongos, bacilos, parásitos, protozoos, virus, entre otros), ergonómicos (trabajo de pie, manejo de pacientes, etc.) y accidentes de trabajo.

Durante el año 2018 se han producido dos bajas por parte del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). Anualmente se realizan capacitaciones con estos profesionales.

En diciembre de 2018 se realizaron sesiones de capacitación en las que se abordaron los siguientes temas: accidentes de trabajo; Norma Regulatoria 32 (riesgo biológico); Principios básicos en prevención y lucha contra incendios y Norma Reguladora 17 (ergonomía). Sin

embargo, estas formaciones no son específicas de la función de camillero, y también están presentes conductores y profesionales del sector de la lavandería.

4.2.6. Servicios prestados por camilleros

Hasta junio de 2019, el sector de camilleros tuvo, en promedio, 15000 asistencias, de estas, alrededor del 70% fueron para manejo, transporte y/o traslado de pacientes, y el 30% de otros materiales, entre los 5 sectores que más convocatorias se encuentran en primer lugar el sector de alto riesgo, en segunda unidad A, en tercero el sector de ultrasonografía, en la cuarta unidad B1, y en la quinta la UCI materna.

5. Resultados de la focalización y prediagnóstico de la actividad de los camilleros

5.1. Seguridad del paciente

Al preguntarles sobre qué entienden por seguridad del paciente, el 80% respondió que sería transportarlo con cuidado, atención y/o tranquilidad, el 40% respondió para brindar seguridad al paciente, revisando el equipo, el 30% de este para hacer el transporte acompañado de técnicos, enfermeras y/o médicos, el 30% respondió para detectar la enfermedad del paciente y saber si es urgente o no, El 20% dijo que sería tener cuidado con el bebé, solo el 10% mencionó el uso de EPP.

Como se puede observar, la comprensión de la seguridad del paciente, para ellos, consiste principalmente en transportar a los pacientes con cuidado, atención y/o tranquilidad. Veamos algunos informes de los camilleros:

"El paciente se siente seguro de nosotros y también, ya sabes, del equipo utilizado, pero muchas veces el equipo no es tan bueno" (Maqueiro F. M. S.).

"Hay que tener cuidado al transportar al paciente, ¿verdad? Presta atención, ten cuidado con el bebé también" (Camillero E.J.C.A)

"Transpórtalos con calma, transfiere la cama con cuidado, revisa el equipo, porque hay camillas con rieles que hay que colocar, de lo contrario el paciente se cae" (Camillero D. S. S.).

"Es a la hora de transportar al paciente, dependiendo de la gravedad, tener cuidado, siempre acompañado por la enfermera, el médico. Y ten cuidado con nosotros también, ¿verdad?, para que no te salga sangre, porque no sabemos lo que tiene" (Camillero C. R. A. P.).

5.2. Incidentes y accidentes

Cuando se les preguntó sobre haber experimentado algún tipo de incidente (casi accidente) y/o accidente durante el transporte del paciente, el 60% dijo que no y el 40% respondió que sí; a saber:

1- Se rompió el ascensor, tuvieron que subir las escaleras y el paciente se cayó (Camillero I. D. T. O.)

2- Pasó la camilla por encima del pie de la técnica de enfermería a la que acompañaba, ella se despidió (Camillero E. J.C.A.)

3- La paciente se desmaya durante el traslado en la unidad B, porque no hay ascensor y tiene que subir las escaleras recién entregadas (Camillero D. N. S.).

4- Algunos desmayos y caídas de pacientes (Camillero F. M. S.).

5.3. Adiestramiento

En cuanto a haber realizado ya algún tipo de formación específica para desempeñar su función, el 10% respondió que nunca ha recibido ninguna formación y el 90% que ya ha recibido, pero el 30% tuvo solo 1 formación, el 40% 2 formación y el 20% tuvo 4 formaciones y

solo un 10% más de 15, dichas capacitaciones duraron, en promedio, de 2 a 4 horas, cubriendo temas como manejo seguro del paciente, forma correcta de traslado, postura, humanización, uso de EPP, uso de equipos (frenos, etc.), y todos ellos ya han recibido más de 1 año y medio sin capacitación.

5.4. Puntos positivos y negativos del rol

Como puntos positivos en relación a su función, el 80% reportó una buena relación con el equipo y los directivos, el 30% buen equipamiento y camillas nuevas, el 10% mencionó que es una función esencial, ya que tienen el primer contacto con el paciente y el 10% reportó que es importante disfrutar de lo que hacen. Algunos de los reportes que hicieron fueron: "Creo que un punto positivo es que te guste lo que haces, ¿verdad?, si no me gustara, no hubiera trabajado con esto por más de 30 años, es bueno ayudar a los demás, hay que entender a los pacientes, porque cada uno tiene sus problemas, y no sabemos por lo que están pasando, hay que respetarlo" y "Los camilleros son los primeros en recibir a los pacientes, entonces somos, digamos, su entrada, claro, es una función esencial, y el equipo también, somos amigos".

En cuanto a los puntos negativos, el 70% citó la falta de rampa o ascensor y la plataforma de transporte rota en la Unidad B1, el 40% citó el bajo salario, el 40% falta de radio en algunas salas, siendo este un problema específico del turno de noche, porque no había ningún empleado responsable de recibir llamadas en la sala, el 30% mencionó el ascensor con desniveles y sillas de ruedas viejas, sin frenos y sin soporte, y el 10% el teléfono de llamadas no es solo para llamadas y también suena para cosas aleatorias y se encarga también de recoger equipos, exámenes, o cualquier cosa que te pidan.

5.5. Sugerencias de mejora de la actividad señaladas por los propios camilleros

Como sugerencias de mejora, se mencionaron las siguientes:

- ✓ Tener una habitación exclusiva y mejorar el lugar de descanso;
- ✓ Tener radio en todos los sectores;
- ✓ El teléfono es exclusivo para llamadas;
- ✓ Ascensor o rampa en la unidad B;
- ✓ Pasarela a la unidad B;
- ✓ Sillas de ruedas con soporte.

Entre las sugerencias de mejora mencionadas anteriormente, los camilleros señalaron la necesidad de instalar una rampa de acceso en un determinado lugar de la Unidad B1 (ver Figura 1), debido a que la plataforma automática encargada de elevar al paciente en la silla de ruedas, en este apartado, no funciona, provocando que pacientes con menos de 24 horas de cirugía o parto tengan que subir las escaleras solos o, sólo, con la ayuda de camilleros. También informaron que, para ciertos tipos de pacientes y transporte, existe la necesidad de ayuda de enfermeras y/o técnicos de enfermería, otros camilleros o incluso el propio acompañante del paciente.

Figura 1. Acceso a la unidad B1 (Autores, 2019)

Otra sugerencia mencionada a menudo fue el mejoramiento de la sala del sector, que, como se puede observar en la Figura 2, es un ambiente pequeño, con techos bajos para la antropometría de los ocupantes, con infiltraciones en una de las paredes, así como el lugar de descanso, visto en la Figura 2, que se encuentra debajo de una escalera, cuyo techo es inclinado y muy bajo, Además de que el lugar es extremadamente pequeño, en vista de esto, se ha reportado que se han producido accidentes de golpes de cabeza en el techo al levantarse del colchón, o en la puerta por ser más baja que la altura de la mayoría de ellos.

Figura 2. Espacio en el sector de camilleros y lugar de descanso para camilleros (Los autores, 2019).

Además, con las observaciones abiertas, se encontró que el equipo solo se limpia cuando está visiblemente sucio (con manchas), y el cambio de la tela en la silla de ruedas también solo se hace cuando está muy sucio con manchas oscuras o cuando hay sangre del paciente, también se observaron las condiciones de las sillas de ruedas, que son oxidadas, y con reposapiés rotos, y ninguno de ellos tiene soporte para suero u otro medicamento, como se muestra en la Figura 3.

Figura 3. Sillas de ruedas en el sector. (Autores, 2019)

El protocolo de higiene de manos, anteriormente mencionado en las Ordenanzas n.º 1377/2013 (BRASIL, 2013) y n.º 2095/2013 (BRASIL, 2013), con los protocolos básicos de seguridad del paciente, se transmitió a todos los empleados del sector, sin embargo, se observó que no siempre se lavan las manos antes y después del servicio. Además, se encontró difícil el paso con la camilla en la UCI materna (que se encuentra entre los 5 sectores con más llamadas), debido a que a un lado del pasillo hay una silla y al otro lado dos extintores, dejando un pequeño espacio para el paso de la camilla, lo que se puede observar en la Figura 4, además del problema de la unidad B1, Como se mencionó anteriormente, otro punto observado fue un pequeño desnivel en el ascensor (resaltado en rojo en la Figura 4), y además no hay un ascensor exclusivo para basura común

y/o Hospital Así Todos los ascensores transmiten Pacientes compañeros, empleados, y también la basura.

Figura 4. Acceso a la Unidad A de la Maternidad y desnivel del ascensor. (Autores, 2019)

A partir de los reportes y observaciones, se llegó a los siguientes prediagnósticos:

La falta de una rutina de limpieza de los equipos, la falta de regularidad en el cambio de las ropas utilizadas en el servicio de transporte y/o traslado, así como el uso común del ascensor para todas y cada una de las actividades, incluidos los residuos comunes y/o hospitalarios y, también, el transporte de pacientes, pueden aumentar el riesgo de infecciones hospitalarias, considerado un EA común en Brasil. De acuerdo con Oliveira y Maruyama (2008), las principales causas de infección hospitalaria son: esterilización y desinfección inadecuadas de

artículos y equipos, ruptura de las rutinas de limpieza del hospital, ruptura de los procedimientos rutinarios de enfermería y médicos. En otras palabras, estos procedimientos pueden generar el agravamiento del riesgo de EA para los pacientes con TB.

Las controversias físicas observadas, que involucran la falta de accesibilidad en la Unidad B1, problemas con la disposición en la Unidad A, hacen que los camilleros tengan que utilizar estrategias como pedir ayuda a terceros durante el transporte hacia o desde la Unidad B1, o utilizar maniobras más riesgosas al pasar con la camilla en la Unidad A, así como levantar la camilla durante la entrada y salida del ascensor debido a los desniveles encontrados. Estas estrategias pueden aumentar la probabilidad de que se produzca un EA, como caídas y/o desmayos, lo que puede afectar directamente a la seguridad del paciente con BD.

Para ciertos tipos de pacientes y transportes, es necesaria la ayuda de enfermeras y/o técnicos de enfermería, otros camilleros o incluso el propio acompañante del paciente, aunque nada de esto está prescrito para estos casos.

6. Conclusión

El artículo presentó las etapas iniciales de la construcción del SAT con los camilleros de una escuela de maternidad en la ciudad de Natal-RN. Se encontró que el levantamiento de los datos globales de la empresa y del sector, como ingredientes del Análisis Global, son importantes para conocer el funcionamiento global de la empresa, lo cual es de gran importancia para precisar mejor la demanda, para entender cómo se relacionan los aspectos de dimensión organizacional o macro ergonomía con los problemas relacionados con la demanda ergonómica negociada.

El artículo también demostró que los camilleros, en el desempeño de sus actividades, se enfrentan a contratistas físicos – debido a las características de las instalaciones físicas (degradación de los equipos, disposición inadecuada, ausencia de acceso por ascensor a la unidad B2, etc.) del ME y de los equipos utilizados – y con limitaciones de tiempo – debido a la urgencia del transporte, la alta demanda, etc. y que, para conseguir su objetivo -transportar y trasladar al paciente de forma segura- llevan a cabo normativas que consisten en el desarrollo de estrategias y acciones, como confiar en la colaboración

para realizar determinados traslados y hacer anticipaciones, como por ejemplo hacer previsiones de demanda de pacientes ante flujos intensos en determinados momentos y días de la semana.

El objetivo de este estudio fue llamar la atención sobre la relación entre la actividad del camillero y la ocurrencia de posibles eventos adversos con pacientes transportados y

trasladados, y contribuir a la adopción de mejoras en la actividad del camillero y la seguridad de los pacientes en el Hospital Materno, minimizando la ocurrencia de eventos adversos.

7. RENUNCIA

Los autores son los únicos responsables de la información incluida en este trabajo y autorizan la publicación de este trabajo en los canales de difusión científica de ABERGO 2020.

REFERENCIAS

Belela, A.S.C.; PeterlinI, M.A.S. e Pedreira, M. L. G., 2010. "Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos". *Rev. bras. ter. intensiva*, v. 22, n. 3, p. 257-263.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2013 *Portaria n° 1377, de 9 de julho de 2013*. BRASIL, Ministério da Saúde, 2013. *Portaria n° 2095, de 24 de setembro de 2013*.

BRASIL, Ministério da saúde, 2016. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. *Segurança do paciente no domicílio*. Brasília, 2016.

Carvalho, R.J.M. e Saldanha, M.C.W., 2001. *Relatório de instrução da demanda*.CESERG, GENTE/COPPE/UFRJ.

De Montmollin, F.D. Contraintes In: DE MONTMOLLIN, M., 1995. *Vocabulaire de l'Ergonomie*. Toulouse: Octares.

Guérin, F.; Kerguelen, A.; Laville, A., 2001. *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia*. São Paulo: Edgard Blucher.

Leape, L. L.; Brennan, T. A.; Laird, N.; Lawthers, A. G.; Localio, A. R. e Barnes, B. A., 1991. "The nature of adverse events in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study II". *N Engl J Med*. v. 324, p.377-384.

Padilha, K. G.; Barbosa, R. L.; Oliveira, E. M.; Andolhe, R. ; Janzantte, A. D. e Secoli, S. R., 2015. "Segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva: desenvolvimento de um projeto de pesquisa". *Revista da escola de enfermagem da USP*, v. 49, p. 157- 163.

Radovanovic, C.A.T. e Alexandre, N.M.C., 2002. "Desenvolvimento de um instrumento para avaliar a movimentação e transferência de pacientes: um enfoque ergonômico". São Paulo: *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 36 n. 3, p. 231-239.

Rocha, R., 2017. Atividade coletiva na redução da carga de trabalho: uma articulação entre regulações quentes e frias. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional - 42: e5. DOI: https://doi.org/10.1590/2317-6369000005316

Trindade, A.V.L., 2015. *Maternidade Escola Januário Cicco: história, arquitetura e patrimônio* (Trabalho de conclusão de curso). Natal: UFRN, 108 p.

VEJA, 2019. Grupo Abril. "OMS: ir ao hospital é mais arriscado do que viajar de avião", 2011. 5 Abr. 2019 https://veja.abril.com.br/saude/oms-ir-ao-hospital-e-mais-arriscado- do-que-viajar-de-aviao/

Vidal, M.C.R., 2008. *Guia para análise ergonômica do trabalho na empresa: uma metodologia realista, ordenada e sistemática*. 2. ed. RJ: Virtual científica.

Vincent, C., 2009. *Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos* . São Paulo: Yendis Editora.

Wisner, A., 1987. Por *Dentro do Trabalho: Ergonomia: Método e Técnica*. São Paulo. FTD: Oboré.

World Alliance for Patient Safety, 2004. Forward programme. Geneva.