



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

TEMA:

**EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LOS CUIDADOS
DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
PERÍODO 2013-2014**

AUTORAS:

**BARAHONA CISNEROS MIREYA ESTEFANÍA
ORTEGA LÓPEZ CARLA ELIZABETH**

DIRECTORA DE TESIS:

ESP. PAULINA MUÑOZ

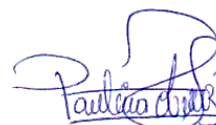
IBARRA – ECUADOR

2014

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR

En calidad de directora de la tesis de grado, presentada por: Mireya Estefanía Barahona Cisneros y Carla Elizabeth Ortega López, para obtener el título de Licenciadas en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 22 días del mes de Septiembre de 2014.



Esp. Paulina Muñoz

C.I. 1710225648



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN**

A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	100300177-1		
APELLIDOS Y NOMBRES:	ORTEGA LÓPEZ CARLA ELIZABETH		
DIRECCIÓN:	SANTO DOMINGO DE SAL ANTONIO. CALLE RIO AMAZONAS 4-23		
EMAIL:	lizortega14@live.com		
TELÉFONO FIJO:	2933 - 015	TELÉFONO MÓVIL:	0983509966

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	100323213-7		
APELLIDOS Y NOMBRES:	BARAHONA CISNEROS MIREYA ESTEFANÍA		
DIRECCIÓN:	YACUCALLE. ANTONIO CORDERO 8-116 Y RICARDO SÁNCHEZ.		
EMAIL:	stefylion@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:	2643 - 490	TELÉFONO MÓVIL:	0983111011

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL PERÍODO 2013-2014.
AUTOR (ES):	BARAHONA, MIREYA; ORTEGA, CARLA
FECHA: AAAAMMDD	2014-10-09

SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Enfermería
ASESOR /DIRECTOR:	Esp. Paulina Muñoz

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD


Yo, Ortega López Carla Elizabeth con cédula de identidad número 100300177-1 y yo, Barahona Cisneros Mireya Estefanía con cédula de identidad N° 100323213-7 en calidad de autoras y titulares de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS


Las autoras manifiestan que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que son las titulares de los derechos patrimoniales, por lo que asumen la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrán en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 09 días del mes de Octubre de 2014

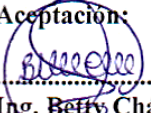
Las autoras:



Carla Ortega López
 C.I 100300177-1



Mireya Barahona Cisneros
 C.I 100323213-7

Aceptación:


Ing. Betty Chávez
 Jefa Biblioteca



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, Ortega López Carla Elizabeth con cédula de identidad número 100300177-1 y yo, Barahona Cisneros Mireya Estefanía con cédula de identidad N° 100323213-7 manifestamos nuestra voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autoras de la obra o trabajo de grado denominado: “EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL PERÍODO 2013-2014”, que ha sido desarrollado para optar por el título de: Licenciadas en Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 09 días del mes de Octubre de 2014

Las autoras:


.....
Carla Ortega López
C.I 100300177-1


.....
Mireya Barahona Cisneros
C.I 100323213-7

DEDICATORIA

Llego el tiempo del galardón, un momento de felicidad donde lo inalcanzable fue alcanzado y lo imposible fue posible, inicialmente dedico mi trabajo de tesis a mi hija Paulita regalo de Dios inspiración de mi vida, a mi abuelita Esther con quien tomada de la mano inicie mi aprendizaje en la vida, la familia es una de las joyas más preciadas que uno puede tener, es la fuerza necesaria para lograr las metas, dedico también a mi mamá, a mi esposo, a mi tía Consuelo, a mi prima Doris y a mi hermana Joselyn que son el motor que me obliga a funcionar y ser cada día mejor.

Con todo mi cariño y mi amor para todos ellos que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños.

“Carla”

Esta tesis se la dedico con todo mi amor y cariño: A mi Dios quien me da la oportunidad de vivir y de regalarme una familia tan maravillosa. A mis padres, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. Su tenacidad y lucha insaciable han hecho de ellos el gran ejemplo a seguir y destacar. A mis hermanos y mi sobrino por estar siempre presentes, acompañándome para poderme realizar.

Ustedes me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos. Los quiero con todo mi corazón y este trabajo es para ustedes.

“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar”. **Thomas Chalmers**

“Estefanía”

AGRADECIMIENTO

La gratitud es una virtud que nos vuelve más humanos, gracias a ello se alimenta el amor, la bondad y los buenos recuerdos. Doy infinitas gracias a Dios por lo aprendido y el camino recorrido, a mi hija por ser mi fuerza y templanza, a mi Tía Norma un gracias gigante por confiar en mí y no dejarme sola nunca, a toda familia por su amor y apoyo, a mi Universidad Técnica Del Norte por darme la oportunidad de superarme profesionalmente, a mis maestros quienes con su cúmulo de experiencia y sabiduría han sembrado en mí el deseo constante de superación, principalmente a la Esp. Paulina Muñoz quien con sus conocimientos y amistad nos ayudó a la culminación exitosa de nuestro trabajo de tesis.

A mis amigos, compañeros de clase quienes me acompañaron en esta trayectoria de aprendizaje.

“Carla”

Me gustaría que estas líneas sirvieran para expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo. A la Universidad Técnica del Norte, por acogernos en sus aulas y darnos la oportunidad de salir como profesionales en beneficio propio y de la sociedad. A mi directora de tesis, Esp. Paulina Muñoz por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, y su paciencia ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

A mis docentes porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación, a mis amigos y familiares quienes me animaron a seguir adelante en la realización de este trabajo. Gracias a todos.

“Estefanía”

ÍNDICE

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR.....	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN	iii
CAPÍTULO I.....	1
1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del Problema	5
1.3 Objetivos	6
1.3.1 General	6
1.3.2 Específicos.....	6
1.4 Preguntas de investigación	7
1.5 Justificación.....	8
CAPÍTULO II	0
2. MARCO TEÓRICO	0
2.1 Introducción.....	0
2.1.1 Antecedentes del estudio.....	2
2.1.2 Estudios de incidencia de Eventos Adversos en la atención sanitaria.....	3
2.1.3 Calidad	6
2.1.4 Conceptos relacionados con el evento adverso.....	11
2.1.5 Riesgo e incertidumbre en la práctica sanitaria	16
2.1.6 Ética y profesión	18
2.1.7 Eventos adversos y enfermería	19
2.1.8 La enfermería como profesión	19
2.1.9 Responsabilidad profesional y civil del personal de enfermería.	21
2.1.10 La enfermería y la seguridad de los pacientes	28
2.2 Marco Contextual	29
2.2.1 Caracterización del Hospital San Vicente de Paúl	29
2.2.2 Misión de la institución.....	29
2.2.3 Visión de la institución	30

2.2.4	Valores y principios institucionales	30
2.2.5	Servicios con los que cuenta el Hospital San Vicente de Paúl	30
2.2.6	Médicos Especialistas	35
2.2.7	Historia del Hospital San Vicente de Paúl.....	35
2.3	Marco Referencial	37
2.4	Marco Legal	40
2.4.1	Base Legal en Ecuador.....	40
2.4.2	El Buen Vivir en la Constitución del Ecuador.....	41
2.4.3	Los derechos como Pilares del Buen Vivir	42
2.4.4	Constitución 2008	42
2.4.5	Ley Orgánica de Salud	43
2.4.6	Código Orgánico Integral Penal.....	44
2.4.7	Mala praxis	46
2.5	Marco Ético	47
2.5.1	Principios éticos básicos	47
2.6	Variables.....	49
2.6.1	Variables Independientes	49
2.6.2	Variables Dependientes.....	49
2.6.3	Matriz de relación de variables	50
CAPÍTULO III.....		56
3.	METODOLOGÍA	56
3.1	Tipo de estudio	56
3.2	Diseño de estudio	57
3.3	Población y muestra	58
3.3.1	Población.....	58
3.3.2	Muestra.....	58
3.4	Criterios de inclusión y exclusión	59
3.4.1	Criterios de inclusión.....	59
3.4.2	Criterios de exclusión.....	59
3.5	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	59
3.5.1	Revisión de literatura científica	59

3.5.2	Revisión documental	60
3.5.3	Observación directa	60
3.5.4	Encuesta de Cribado (Guía De Cribado - GC).....	60
3.5.5	Diario de Campo	61
3.5.6	Herramientas Tecnológicas	62
3.5.7	Procedimiento.....	62
3.5.8	Análisis e Interpretación de Datos	63
3.5.9	Validez Y Confiabilidad	63
CAPÍTULO IV		64
4.	ANÁLISIS	64
4.1	Resultados	64
4.2	Discusión	85
4.3	Conclusiones	88
4.4	Recomendaciones	89
CAPÍTULO V		92
5.	PROPUESTA.....	92
CURSO AUTOADMINISTRADO SEGURIDAD DEL PACIENTE		92
5.1	Introducción.....	92
5.2	Objetivos	93
5.2.1	Objetivo General:.....	93
5.2.2	Objetivos Específicos:.....	93
5.3	Justificación.....	94
5.4	Metodología.....	95
5.5	Características	96
5.6	Esquema Estrategia Seguridad del Paciente.....	96
5.7	Plan Temático.....	97
5.8	Logros.....	99
BIBLIOGRAFÍA		100
ANEXOS		106
Anexo 2.....		108
Marco Conceptual		108

Clasificación de Términos en Seguridad del Paciente:(Taxonomías).....	108
Marco Administrativo	129
<input type="checkbox"/> Recursos Humanos	129
<input type="checkbox"/> Recursos Materiales:	129
<input type="checkbox"/> Recursos Técnicos y Tecnológicos:	129

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Matriz De Relación De Variables	54
Tabla 2 Frecuencia Variable Edad	64
Tabla 3 Frecuencia Variable Sexo	66
Tabla 4 Frecuencia Variable Servicio Hospitalario	67
Tabla 5 Frecuencia Variable Factores De Riesgo Extrínsecos	69
Tabla 6 Frecuencia Variable Descripción Del Suceso	70
Tabla 7 Frecuencia Variable Tipo De Evento.....	73
Tabla 8 Frecuencia Variable Criterio Determinante	75
Tabla 9 De Contingencia Descripción del Suceso/Tipo de Evento	76
Tabla 10 De Contingencia Descripción del Suceso/Criterio Determinante.....	79
Tabla 11 De Contingencia Tipo De Evento/Criterio Determinante.....	81
Tabla 12 De Contingencia Descripción Del Suceso/Servicio Hospitalario	82
Tabla 13 Del Cronograma De Actividades Del Proyecto De Tesis	107
Tabla 14 De Presupuesto Del Proyecto De Tesis	130

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Frecuencia Variable Edad	64
Gráfico 2 Frecuencia Variable Sexo	66
Gráfico 3 Frecuencia Variable Servicio Hospitalario	67
Gráfico 4 Frecuencia Variable Factores De Riesgo Extrínsecos	69
Gráfico 5 Frecuencia Variable Descripción Del Suceso.....	71
Gráfico 6 Frecuencia Variable Tipo De Evento.....	73
Gráfico 7 Frecuencia Variable Criterio Determinante	75
Gráfico 8 De Contingencia Descripción del Suceso/Tipo de Evento	77
Gráfico 9 De Descripción del Suceso/Criterio Determinante	80
Gráfico 10 De Contingencia Tipo de Evento/Criterio Determinante.....	81
Gráfico 11 De Contingencia Descripción Del Suceso/Servicio Hospitalario.....	84

**EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LOS CUIDADOS
DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
PERÍODO 2013-2014**

Autores: Barahona Cisneros Mireya Estefanía
Ortega López Carla Elizabeth
Directora de Tesis: Esp. Paulina Muñoz

RESUMEN

El ejercicio de la Enfermería como disciplina profesional tiene por naturaleza y por paradigma el cuidado, con el fin de mejorar o aliviar las condiciones de vida humana. La seguridad del paciente se considera un indicador importante en la calidad de la atención. El principal objetivo de este trabajo ha sido identificar los eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería en pacientes hospitalizados en el Hospital San Vicente De Paúl Ibarra-Imbabura, el tipo de estudio es observacional, descriptivo, prospectivo no experimental con una metodología con enfoque mixto (cualicuantitativo), de diseño observacional descriptivo de cohorte concurrente sobre eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería. El universo de estudio estuvo constituido por 286 Pacientes que ingresaron al Hospital San Vicente de Paúl, la muestra fue los 45 casos registrados en el Sistema de Información para la Vigilancia y Control de Efectos Adversos. Al Cumplir las 24 hs. de estancia hospitalaria fue aplicada la Guía de Cribado (GC), posterior a la supervisión y presencia de un evento adverso se aplicó el Cuestionario Modular (MRF2) instrumento que evaluaba de acuerdo al tipo de EA posibles factores de riesgo, la ocurrencia del mismo y su prevención. De acuerdo a los resultados del presente estudio podemos decir que los sucesos que presentan una mayor incidencia son flebitis (34,50%), incumplimiento de indicaciones médicas (22,80%) y no se administra medicación en horario establecido (19,10%), los mismos que ocurrieron en los servicios de Medicina Interna, Cirugía y Pediatría. Además hay que tomar en cuenta que todos los casos pudieron haberse evitado (100 %). Es así que podemos decir que el proceso de atención de enfermería al cuidado directo del paciente y el cumplimiento estricto de protocolos en cada procedimiento no se los está llevando correctamente. Por otra parte debemos conocer su epidemiología la que nos ayudará a establecer medidas para su prevención y control.

ADVERSE EVENTS RELATED TO CARE NURSING IN THE HOSPITAL OF SAN VICENTE DE PAUL PERIOD 2013-2014

SUMMARY

Authors: Barahona Cisneros Mireya Estefanía
Ortega López Carla Elizabeth

Thesis Supervisor: Esp. Paulina Muñoz

The practice of nursing as a professional discipline has by nature and care paradigm, in order to improve or alleviate the conditions of human life. Patient safety is considered an important indicator of quality of care. The main objective of this study was to identify adverse events related to nursing care in hospitalized patients in the San Vicente de Paul Hospital Ibarra - Imbabura the kind of study is observational, descriptive, prospective non experimental methodology with a mixed approach (quality-quantitative), descriptive observational cohort design concurrent adverse events related to nursing care. The study group consisted of 286 patients admitted to the Hospital San Vicente de Paul, the sample was 45 cases in the Information System for Monitoring and Control of Adverse Effects. To comply within 24 hours. hospital stay was applied Screening Guide (GC), after monitoring and the presence of an adverse event Questionnaire Modular (MRF2) instrument assessed according to the type of EA potential risk factors was applied, the occurrence thereof and prevention. According to the results of this study we can say that the events that have a higher incidence are phlebitis (34.50%), breach of medical indications (22.80%) and no medication is administered at set times (19.10%), the same as occurred in Internal Medicine, Surgery and Pediatrics. We also have to take into account that all cases could have been (100%) avoided. Thus we can say that the process of nursing care for direct patient care and strict adherence to protocols for each procedure they are not being carried properly. Moreover we must know its epidemiology which will help us establish measures for its prevention and control.

**EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LOS CUIDADOS
DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
PERÍODO 2013-2014**

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas venimos asistiendo a una proliferación de riesgos de salud asociados a la asistencia sanitaria, bien por tratamientos y cuidados implementados a los pacientes o derivados exclusivamente de la estancia de los usuarios en los centros sanitarios. Tal situación está provocando, sobre todo en el seno de las sociedades más desarrolladas, una creciente preocupación, tanto por parte de autoridades, administraciones y profesionales sanitarios, como de la población en general.

La seguridad de los pacientes es un tema de amplia actualidad, que ha cobrado interés para los profesionales sanitarios, entre ellos los profesionales de Enfermería. Sin embargo la escasa información del rol de la enfermera en la prevención de errores y gestión de riesgos sanitarios en el ámbito asistencial, hace necesario el estudio de la participación de Enfermería en la seguridad de los pacientes.

Al ser el ejercicio asistencial de la enfermera constante y continuo, ya que suelen ser estos profesionales los que se encuentran en mayor cantidad de tiempo al lado de los usuarios, muchas actividades de su quehacer, realizadas sin el conocimiento y capacitación necesaria, pueden conllevar a la ocurrencia de eventos adversos, generando una preocupación y un reto en el ejercicio profesional que sin duda requiere actuación que contribuya a la seguridad y calidad.

El desarrollo del presente trabajo pretende proporcionar un sustento teórico que brinde la oportunidad de reconocer los errores que de manera más frecuente se presentan en el proceso de atención del paciente hospitalizado como son las úlceras por presión, caídas, flebitis, etc. Brindar cuidado con calidad es dar respuesta a las necesidades de bienestar de un usuario, con los mejores recursos humanos, materiales y aspectos técnico - científicos de los que se dispone buscando el máximo grado de desarrollo y de satisfacción, brindando así una atención de calidad con calidez.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

Como parte inherente de la naturaleza, los seres humanos, necesitan protegerse y defenderse de las adversidades, lo cual es tan antiguo como la vida misma. Los eventos adversos son situaciones impredecibles que pueden llegar a ser de grandes magnitudes, donde la muerte, la discapacidad, las alteraciones dinámicas, familiares, sociales y económicas, son sus grandes repercusiones.

Dentro del equipo de salud el profesional de enfermería juega un papel protagónico no solo por su trabajo de cuidar al paciente sino porque por su misma condición es el puente conector entre paciente y el resto del equipo, sin embargo, se pueden presentar situaciones en las que la calidad y por ende el cuidado se impactan de manera negativa debido a errores, incidentes, confusiones o eventos adversos. (Ruiz, 2008)

La seguridad del paciente es un problema grave de salud pública en todo el mundo. La preocupación de los países por mejorar la seguridad de los pacientes ha aumentado en los últimos años, es importante tener presente que se sabe muy poco sobre la magnitud de las lesiones producidas por la atención insegura en los países en desarrollo, y que éstas pueden ser superiores a las de los países desarrollados debido a limitaciones de infraestructura, tecnología y recursos humanos. (Organización Mundial de la Salud, 2013)

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente se estableció a fin de promover esfuerzos mundiales encaminados a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes de todos los Estados Miembros de la OMS. La Alianza hace especial

hincapié en fomentar la investigación como uno de los elementos esenciales para mejorar la seguridad de la atención sanitaria. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

Se estima que 10 de cada 100 pacientes hospitalizados han presentado efectos adversos alguna vez durante la hospitalización y se espera que la tasa aumente a 20 si se duplica el número de días hospitalizados. En el Estudio Iberoamericano de Efectos Adversos (IBEAS), el primer trabajo a gran escala sobre incidentes que causan daño en la asistencia sanitaria, realizado en 58 hospitales de cinco países, la prevalencia estimada de efectos adversos fue de 10%, hallándose además que más de 28% de los efectos adversos desencadenaron discapacidad y 6%, muerte. (Mondragón A, et al., 2012)

La atención a la salud nunca estará libre de riesgos, por su complejidad, extensión y vulnerabilidad del paciente, aunado a ello, esos riesgos no se conocen con detalle en todos los escenarios y posibilidades. La creciente complejidad de los sistemas de salud en el mundo puede favorecer la proliferación de errores e incidentes, de cuya identificación dependerá que se instauren las medidas necesarias para evitarlos y minimizarlos en cuanto sea posible. (Fajardo G, 2010)

Cada año decenas de millones de pacientes de todo el mundo sufren daño o fallecen como consecuencia de una atención sanitaria no segura. En distintos lugares del mundo se está realizando un esfuerzo organizado para conocer cuáles son los principales riesgos de la atención de la salud; identificar sus causas y desarrollar y poner en práctica soluciones efectivas a esos problemas. Conocer la realidad es el primer paso para diseñar soluciones dirigidas a prevenir los riesgos y a disminuir la carga de enfermedad asociada a incidentes involuntarios en los cuidados de salud. El Proyecto IBEAS ha sido el primer estudio llevado a cabo a gran escala en América Latina para conocer la magnitud de los problemas que pueden ocurrir en los hospitales como resultado de la atención. Se ha tratado de un esfuerzo valiente que reconoce la complejidad del sector y que realza el compromiso de sus líderes con la

salud y el bienestar de sus pacientes. (OMS, IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica, 2010)

El conjunto de hospitales que han decidido, de manera coordinada, colaborar en el proyecto IBEAS, está demostrando con ello su compromiso firme por avanzar hacia una mayor seguridad en la atención y por la mejora de sus sistemas de salud. La tarea desarrollada en este proyecto ha sido de gran magnitud e importancia. Se ha establecido un modelo colaborativo en el que han participado 58 centros y equipos de investigadores de Argentina, Costa Rica, Colombia, México y Perú, bajo el liderazgo de sus respectivos Ministerios de Salud. Se ha fortalecido con ello una masa crítica de profesionales cualificados en seguridad del paciente de enorme importancia para el futuro del sector en América Latina. (OMS, IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica, 2010)

Cabe mencionar que Ecuador no participó en el estudio IBEAS, de igual manera no existen estudios publicados relacionados con Eventos Adversos o Seguridad del Paciente, por lo tanto no se encuentran registrados datos estadísticos los cuales nos ayuden a identificar la magnitud del problema que existen en nuestro país, punto importante por el cual este estudio es de vital importancia ya que será la base de inicio para la realización de nuevos estudios a nivel nacional.

En los últimos años, en la mayoría de los sistemas de salud en el mundo se han implementado políticas que lleven a controlar la aparición de eventos adversos en la atención en salud. (Gallegos S, 2007)

Sólo hasta el año 2000, con la publicación “Errar es humano” del Instituto de Medicina de los Estados Unidos, se empezó a analizar en más detalle el tema y a buscar eventos adversos prevenibles; hoy, la seguridad del paciente es una preocupación universal (dado que a diario se producen en los hospitales fallas en la atención, tanto en los países desarrollados como en los del tercer mundo). (Gallegos S, 2007)

La OMS, lanzó recientemente la “Alianza mundial para la seguridad del paciente” buscando estandarizar en los hospitales y en los sistemas de salud prácticas que brinden mayor seguridad y menores errores. Lo anterior se logra uniformando el conocimiento y estimulando la investigación; no obstante lo anterior, hoy las IPS encuentran dificultades acerca de cómo detectar y disminuir el riesgo en la atención, y brindar mayor seguridad. (Gallegos S, 2007)

La atención en salud involucra un proceso complejo donde interaccionan seres humanos con características diferentes en un entorno organizacional y una cultura específica. Factores en la atención como el trabajo en equipo, la comunicación efectiva y el aprendizaje colectivo, juegan un papel determinante para lograr el éxito. De esta manera, su presencia o ausencia puede aportar beneficios importantes al paciente o, en contraste, también puede generar riesgos que aumentan la probabilidad de ocurrencia de un daño colateral al paciente. (Gallegos S, 2007)

La literatura publicada en referencia a la Seguridad del Paciente muestra un problema de tal magnitud que ha llevado a algunos autores a considerarlo como la nueva epidemia del siglo 21 y conmina a todas las instituciones de salud a trabajar en pro de la seguridad de la atención. (Gallegos S, 2007)

La seguridad del paciente es un aspecto de la calidad que debe ser encarado por los profesionales de las instituciones, entre ellos el personal de Enfermería. La creciente importancia de la seguridad del paciente se debe no sólo a la relevancia que tiene en la salud de los usuarios, sino también a la disminución de costos para las instituciones hospitalarias. (Torres L, 2011)

El personal de Enfermería constituye el grupo más numeroso de trabajadores en cualquier institución sanitaria; muchos de los reclamos y demandas que se presentan involucran a los profesionales de enfermería, como consecuencia de sus funciones asistenciales. (Torres L, 2011)

Como lo manifiesta el estudio Español Proyecto Séneca, "...la reducción de efectos adversos requiere un abordaje organizacional y multidisciplinar, los profesionales de Enfermería dados los tipos de eventos adversos evitables (errores en la medicación, lesiones por presión, flebitis, falta de información del paciente, infecciones nosocomiales, etc.), desempeñan un papel importante en los resultados en salud que se obtienen de la asistencia sanitaria y por tanto están muy implicados en la seguridad del paciente." (Torres L, 2011)

Si bien existen estudios relacionados con el error en Medicina, en los cuales se relacionan como eventos adversos más frecuentes: el error en la medicación, las lesiones por presión, las caídas y las infecciones nosocomiales entre otros, todas actividades relacionadas con Enfermería, no se encontraron en la revisión bibliográfica, estudios que hablen específicamente de la magnitud de los eventos adversos que pueden ocurrir dentro del marco de las actividades desarrolladas por Enfermería. (Torres L, 2011)

1.2 Formulación del Problema

¿Cuáles son los eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería identificados en los pacientes del Hospital San Vicente de Paúl?

1.3 Objetivos

1.3.1 General

Identificar los eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería en pacientes hospitalizados en el Hospital San Vicente De Paúl.

1.3.2 Específicos

1. Caracterizar a la población objeto de estudio.
2. Identificar la presencia o ausencia de los factores extrínsecos e intrínsecos que determinaron el evento adverso relacionado con los cuidados de enfermería.
3. Señalar los criterios determinantes del cribado para la identificación del evento adverso relacionado con los cuidados de enfermería.
4. Identificar los eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería que ocurrieron en el HSVP.
5. Diseñar un curso autoadministrado para prevenir los eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería y fortalecer la implementación de prácticas seguras en el HSVP.

1.4 Preguntas de investigación

1. ¿Cuáles son las características de la población objeto de estudio?
2. ¿Cuál es la frecuencia de los factores extrínsecos e intrínsecos que determinaron el evento adverso relacionado con los cuidados de enfermería?
3. ¿Cuáles son los criterios determinantes del cribado para la identificación del evento adverso relacionado con los cuidados de enfermería?
4. ¿Cuáles son los eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería que ocurrieron en el HSVP?
5. ¿Cómo diseñar un curso autoadministrado para prevenir los eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería y fortalecer la implementación de prácticas seguras en el HSVP?

1.5 Justificación

La seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad de salud; mejorarla requiere una labor compleja que incluye a todo el sistema de salud. (León S, 2009)

La enfermería es una profesión con profundas raíces humanistas, genuinamente preocupada por las personas que confían en su cuidado, en especial de quienes experimentan una situación de enfermedad y sufrimiento. Es una actividad formal que aprecia y valora la conciencia colectiva del gremio. Desde *Florence Nightingale*, hasta la actualidad, la enfermería siempre ha mostrado disposición y compromiso con la seguridad del paciente y mejorar de manera continua los procesos de atención que brinda. (León C, 2006)

Hoy en día, las soluciones para mejorar la seguridad del paciente ofrecen un enfoque más interactivo, el éxito es determinado por lo bien que los profesionales de salud trabajan en equipo, cuán efectivamente se comunican entre sí y con los pacientes, y cuán cuidadosamente diseñados están los procesos de prestación de atención. (Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente, 2007)

La Seguridad del Paciente abarca casi todas las disciplinas y los actores de la atención sanitaria y, por tanto, requiere un enfoque general y multifacético para identificar y gestionar los riesgos reales y potenciales para la seguridad del paciente en cada servicio, y para encontrar soluciones generales a largo plazo para el conjunto del sistema de salud. (Fortes J, 2007)

Los eventos adversos aumentan la morbilidad y mortalidad, por esto la seguridad de los pacientes es un deber y una responsabilidad que constituye una prioridad y un indicador de calidad ante los que Enfermería no puede ser ajeno, por su actuar directo y entorno a personas con problemas de salud, pues por su formación debe perseguir mejores prácticas, resultados y condiciones. (Bernal D, Garzón N, 2008)

El cuidar implica una responsabilidad consciente e intencional para enfermería. Es un ideal moral que requiere sensibilidad y un alto compromiso ético y moral, por este motivo nuestro interés como estudiantes en ser partícipes activos de este proceso investigativo el cual nos ayudará a reforzar nuestro conocimiento en cuidado directo con el paciente.

Es por esta razón que el estudio se justifica en el hecho que los resultados se utilizarán para mejorar la asistencia en beneficio de los pacientes, quienes tienen derecho a una atención eficaz y segura en todo momento, por esto es muy importante sintetizar y comunicar eficazmente los resultados de la investigación a todo el equipo multidisciplinario que labora en el Hospital San Vicente de Paúl para influir en la modificación de prácticas y políticas sanitarias de manera que se mejore la seguridad y se brinde una atención de excelencia con calidad y calidez en todo momento.

La factibilidad de este trabajo de investigación es alcanzable ya que existe la apertura y la buena disponibilidad del personal tanto administrativos, docente, como el personal dedicado al cuidado directo de pacientes de las instituciones inmersas en este estudio investigativo.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Introducción

La preocupación por la seguridad de los pacientes como un aspecto clave de la calidad en salud; es universal y está promovida por la OMS (2004) a través de La Alianza para la Seguridad del Paciente. Los hallazgos arrojados por diversos estudios evidencian que a diario se cometen errores en los hospitales en el manejo de la seguridad de los pacientes, tanto en el campo profesional como en el administrativo. Se generan así eventos adversos con consecuencias letales o de daño permanente. El interés actual es encontrar la forma de minimizarlos. (Alarcón C)

La seguridad de los pacientes se constituye en una prioridad en la gestión de calidad del cuidado que se brinda. De ahí la importancia de reflexionar sobre la magnitud que tiene el problema de eventos adversos, para prevenir su ocurrencia y progresar en acciones que garanticen una práctica segura. Se trata de un compromiso que debe ser de todas las instituciones formadoras del talento humano, profesionales, prestadoras de servicios de salud y de la comunidad para un cuidado seguro y de calidad. (Villarreal C, 2007)

La práctica médica y en general la práctica asistencial sanitaria, es una actividad de riesgo, tanto para los pacientes, como para los profesionales y las instituciones. El término “riesgo” en el ámbito de la sanidad hace referencia inmediata a un peligro para el paciente en forma de resultado no esperado y casi siempre desfavorable. (Torres L, 2011)

Un estudio del National Patient Safety Benchmarking Center mostró que “los EA (Eventos Adversos) más costosos para las instituciones de salud fueron los

producidos en cirugía, los errores de medicación, la caída de pacientes, las infecciones intrahospitalarias y las úlceras por decúbito”. (Torres L, 2011)

Con esta información es fácil entender la importancia no sólo del equipo médico, sino también del equipo de Enfermería de las instituciones. El mismo se encuentra directamente relacionado con actividades como administración de medicamentos, prevención y cuidado de las úlceras por decúbito, prevención de infecciones intrahospitalarias y prevención de caídas. Es decir que está directamente relacionado con la cadena de eventos adversos de más alto costo para las instituciones hospitalarias. (Torres L, 2011)

Estudios internacionales como el proyecto Séneca, también ponen de manifiesto la relevancia del rol de Enfermería en la gestión de seguridad de los pacientes. Asimismo, sugieren que organizaciones donde se cuenta con cantidad suficiente de enfermeros y un apoyo organizacional a ellos se traducen en la mejora de la calidad del servicio, garantizando la seguridad para el paciente. (Torres L, 2011)

Es decir que “enfermeros mejor capacitados y mejor formados producen mejores resultados en los pacientes, incluido un menor riesgo ajustado de muerte”. Es así que “sería importante lograr reducir los errores y los resultados negativos en salud mediante la inversión en recursos por parte de los hospitales para mejorar el entorno laboral, especialmente en la enfermería y en la gestión de servicios de enfermería. (Torres L, 2011)

El ejercicio de la enfermería como disciplina profesional tiene por naturaleza y por paradigma el cuidado, entendiendo este como “aquellos actos de asistencia, de soporte o facilitadores que van dirigidos a otro ser humano o grupo con necesidades reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las condiciones de vida humana”. Su aplicación constituye el objetivo principal del ejercicio y exige para su correcta consecución el que se tenga en cuenta un entramado de factores que incluyen la teoría, la ética, la técnica, los recursos, el conocimiento científico, las personas, sus relaciones y el medio ambiente. (Bernal D, Garzón N, 2008)

2.1.1 Antecedentes del estudio

La ocurrencia de Eventos adversos en la atención sanitaria no es un problema nuevo. De hecho, la historia de la medicina muestra la presencia de los mismos y cómo se han ido superando muchos de ellos desde tiempos remotos; destacando en este sentido la resolución de situaciones y casos concretos como los ya comentados, relacionados con la higiene, las transfusiones o la medicación. (Seguridad del paciente en la Asistencia Sanitaria, 2010)

Otra cuestión es el reconocimiento o la toma de conciencia sobre la importancia del problema que se hubiera tenido en cada época, así como el abordaje de iniciativas de estudio y de valoración general y de casos concretos para la aplicación de las correspondientes mejoras. (Seguridad del paciente en la Asistencia Sanitaria, 2010)

Reconocido lo anterior, no cabe duda de que los nuevos modelos de atención sanitaria, con tratamientos y procedimientos complejos y multidisciplinarios, técnicas diagnósticas y terapéuticas sofisticadas, así como otros factores relacionados con la masificación de intervenciones, las prisas y situaciones estresantes propios de nuestro tiempo, han ido entrañando más y nuevos riesgos potenciales. Además, existen múltiples factores que condicionan las decisiones clínicas, el proceso asistencial y el resultado de los cuidados, pudiendo conducir a la aparición de un daño evitable o no en los pacientes. (Seguridad del paciente en la Asistencia Sanitaria, 2010)

La asistencia que proporciona cualquier organización sanitaria consiste esencialmente en tratar de alcanzar la curación o paliar las dolencias y los problemas de salud de la población de su entorno. En este complejo intercambio intervienen gran número de bienes y servicios, desde administración, mantenimiento y material médico hasta los cuidados médicos y de enfermería. (Estudio APEAS, 2008)

La integración de todos estos elementos en la organización sanitaria debe aspirar a ofrecer una asistencia de la mayor calidad posible, en la que el paciente que busca un tratamiento médico tenga la garantía de que se le realiza un procedimiento correcto y

seguro en aras del resultado deseado. Sin embargo, la creciente complejidad de los sistemas sanitarios puede favorecer la proliferación de sucesos adversos como consecuencia de fallos del sistema o de errores humanos. Del conocimiento de los mismos dependerá que se puedan establecer las medidas necesarias para evitarlos y/o minimizarlos cuanto sea posible. (Estudio APEAS, 2008)

Uno de los ejes de la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que los tratamientos y los cuidados que reciben los pacientes no les supongan daños, lesiones o complicaciones más allá de las derivadas de la evolución natural de la propia enfermedad que padezcan, y de los necesarios y justificados para el adecuado manejo diagnóstico, terapéutico o paliativo del proceso de enfermedad. A este interés han contribuido diferentes iniciativas, como la impactante publicación del informe “To Err is Human” del Instituto de Medicina de EEUU, o la constitución, por parte de la OMS, de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente. (Estudio APEAS, 2008)

Hasta la fecha, numerosos estudios han sido publicados sobre la frecuencia de los efectos adversos (EA) ligados a la asistencia sanitaria, su efecto en los pacientes, el potencial impacto en los sistemas de salud y la necesidad de su estudio y aunque la mayoría de ellos se ha realizado en el entorno hospitalario, ya empiezan a verse experiencias en otros niveles asistenciales como el de Atención Primaria (AP). (Estudio APEAS, 2008)

2.1.2 Estudios de incidencia de Eventos Adversos en la atención sanitaria

Los primeros estudios sobre este tema, con escasa repercusión, proceden del decenio 1950-1960. No es hasta principios de 1990 cuando se comienza a disponer de estudios científicos concluyentes. Diversas investigaciones posteriores en multitud de países (Estados Unidos, Reino Unido, Australia, etc.) han ido alertando sobre las dimensiones del problema. (Seguridad del paciente en la Asistencia Sanitaria, 2010)

En 1999, el “Instituto Americano de Medicina” publica el estudio *To err is human: building a safer health system*, el cual sitúa el problema en el punto de mira sociopolítico, al aportar información relevante sobre la magnitud y consecuencias de los errores en la atención sanitaria, tanto en términos de morbilidad/mortalidad como en relación con los costes económicos que ocasionan. (Seguridad del paciente en la Asistencia Sanitaria, 2010)

En el año 2000, la publicación de *An Organisation with a Memory* pone en marcha el movimiento por la seguridad de los pacientes en Inglaterra, e identifica cuatro aspectos críticos: unificar procedimientos de notificación y análisis; culturas organizativas más abiertas en las que los incidentes o fallos puedan ser comunicados y discutidos; monitorización de los cambios que se ponen en marcha para evitar el problema en el futuro y un enfoque sistémico que abarque la prevención, el análisis y el aprendizaje a partir de los incidentes y Eventos Adversos. (Seguridad del paciente en la Asistencia Sanitaria, 2010)

La Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la Resolución 55.18 (2002) reconoció la necesidad de promover la seguridad del paciente como principio fundamental de todos los sistemas sanitarios y bajo el lema “primero no hacer daño” estableció en su “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (2005)”. (Seguridad del paciente en la Asistencia Sanitaria, 2010)

En la actualidad, asistimos a un crecimiento considerable en el número de publicaciones, informes y proyectos de investigación destinados a aumentar el conocimiento sobre la incidencia y tipo de EA, y son numerosos los países que ya están abordando el problema y definiendo sus estrategias (Inglaterra, Dinamarca, Países Bajos, Suecia, Canadá, Francia, USA, España, etc.). Es destacable el esfuerzo económico implícito en muchas de estas estrategias. (Seguridad del paciente en la Asistencia Sanitaria, 2010)

2.1.2.1 Estudios importantes de eventos adversos en España

La publicación del primer Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (Estudio ENEAS 2005) supone un paso importante en el establecimiento de una cultura en seguridad de pacientes mediante el conocimiento de los efectos no deseados que se producen en los procesos de atención sanitaria. En el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud de 2006, de la Agencia de Calidad del SNS, se contempla como una medida la difusión de los resultados del primer Estudio Nacional de Efectos Adversos.

Los principales hallazgos del ENEAS indican que un 8,4% de pacientes que han ingresado en los hospitales españoles presenta algún efecto adverso relacionado directamente con la asistencia hospitalaria. Esta cifra aumenta al 9,3% si se incluyen todos los efectos relacionados con la asistencia sanitaria. Las tres causas principales de efectos adversos en los hospitales están relacionadas con el uso de los medicamentos (37,4%), con las infecciones hospitalarias (25,3%) y con la aplicación de procedimientos quirúrgicos (25%), en particular si requieren anestesia. El 42,8% de los efectos adversos se consideraron evitables.

El estudio APEAS, publicado en 2008, tuvo como objetivo principal mejorar el conocimiento en relación con la seguridad de pacientes en atención primaria, por medio de una aproximación a la magnitud, trascendencia e impacto de los EA y al análisis de las características de pacientes y de la asistencia recibida que se asocian a la aparición de EA evitables. La prevalencia de EA fue de un 11,18%, de los cuales el 54% se consideraron leves. Los principales factores causales del EA estaban relacionados en el 48,2% de los casos con la medicación, en el 25,7% con los cuidados y en el 24,6% con la comunicación. El 70% de los EA se consideraron evitables. (Bernal M, et al., 2011)

El estudio concluye que, si bien a la vista de los resultados la práctica sanitaria en atención primaria es relativamente segura, la prevención de los EA se perfila como

una estrategia prioritaria dado el alto porcentaje de evitabilidad de los mismos. (Bernal M, et al., 2011)

2.1.2.2 El estudio Iberoamericano de eventos adversos (IBEAS)

Es el primer estudio sobre incidentes que causan daño en la asistencia sanitaria que se realizó a gran escala en Latinoamérica. La ausencia de estudios previos en el ámbito latinoamericano supone un difícil reto, pero a la vez pone de relieve la trascendencia del Estudio IBEAS como primer paso necesario para avanzar en la seguridad de los pacientes. La investigación se realizó en 58 centros hospitalarios (11379 pacientes) pertenecientes a los siguientes 5 países: Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. (OMS, IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica, 2010)

Los resultados de los estudios fueron: 10 de cada 100 pacientes ingresados en un día determinado en los hospitales estudiados habían sufrido daño producido por los cuidados sanitarios. Este riesgo se duplicaba si consideráramos todo el tiempo en que el paciente estuvo hospitalizado. De modo que 20 de cada 100 pacientes ingresados presentaron al menos un incidente dañino a lo largo de su estancia en el hospital. (OMS, IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica, 2010)

2.1.3 Calidad

Calidad es un concepto que tiene diferentes acepciones y percepciones dependiendo del contexto en el que se describa o de la persona a quien se le pregunte, dicha multiplicidad responde a la subjetividad y ambigüedad del término, de ahí que podamos hablar de calidad desde la perspectiva de labor, usuario, producción, tecnología o estrategia teniendo en cuenta que para todas las anteriores, el punto en común es el que describe el término como la condición o indicador por el

que un servicio o producto recibido/ofrecido con sus características, constitución y comportamiento cumple, complace y resuelve de manera oportuna, adecuada y excelente las expectativas, deseos, y exigencias explícitas o implícitas de una persona o grupo de personas. (Bernal D, 2008)

El diccionario de la real academia de la lengua española describe la calidad como aquella “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie” (Bernal D, 2008)

El concepto de calidad desde sus inicios ha estado relacionado al producto o servicio y ha sido utilizado para describir sus atributos; algunos de los expertos la definen como:

“Aquellas características que responden a las necesidades del cliente y la ausencia de deficiencias” “Juran” (Garzón M, 2012)

De acuerdo a esta definición adoptada por Juran, la calidad de un producto o servicio se mide por el grado de satisfacción de las necesidades de las personas que utilizan los productos o servicios y por la ausencia de errores. Juran argumenta además que las empresas deben incorporar la calidad estableciendo un plan, realizando el control de la misma e implementando el plan de mejora. (Garzón M, 2012)

Crosby asegura:

“La calidad de un producto o servicio es equivalente a estar seguro de medir todas las características de un producto o servicio que satisfagan los criterios de especificación” (Garzón M, 2012)

Según lo planteado por Crosby, es importante reconocer los lineamientos que deben establecerse, como características medibles de los productos y servicios que permitan evaluar diferentes aspectos de un producto o los resultados de un servicio. (Garzón M, 2012)

En general se puede decir que los estudiosos de la calidad coinciden en que la calidad busca constantemente la satisfacción permanente de necesidades de los usuarios. Con lo anterior, una entidad prestadora de servicios, deberá enfocar sus esfuerzos en satisfacer y superar los requerimientos de los usuarios y más allá de esto, en atender a todas aquellas expectativas que éstos tengan en cuanto a los servicios que esperan recibir. (Garzón M, 2012)

De esa forma, organizacionalmente, una entidad prestadora de servicios debe fidelizar a los mismos, de modo tal que su calidad sea retenedora de estos, y que los resultados en el paciente sean los mejores con los mínimos riesgos lo que conlleva a que los resultados financieros, operacionales y productivos sean los esperados. La calidad es un concepto que ha ido cambiando con los años, y sobre el cual existe una gran variedad de formas de concebirla, tal como lo expresan algunos autores. (Garzón M, 2012)

Es importante mencionar cómo la filosofía de la Calidad Total proporciona una concepción global que fomenta la Mejora Continua en las organizaciones y la participación de todos sus miembros, centrándose en la satisfacción tanto del cliente interno como del externo. (Garzón M, 2012)

La calidad de un producto o servicio no depende solamente de los procesos internos de las empresas, sino también de la calidad de productos y/o servicios suministrados, lo que implica trabajar conjuntamente con todo el equipo que de una u otra manera interviene para que el producto o servicio se entregue a satisfacción de las personas, siendo este el fin común de todos. (Garzón M, 2012)

Como se puede notar, según las anteriores citas, la calidad es entonces ir más allá de la necesidad de las personas, permitiendo percibir por estas experiencias que marcan la diferencia cuando de comprar un producto o servicio se trata. (Garzón M, 2012)

Finalmente y en relación con las exigencias y demandas del mundo moderno el concepto se ha transformado hasta llegar a lo que hoy en día se conoce como calidad total término acuñado por Armad Feigenbaum y que se refiere a todas las formas a través de las cuales las organizaciones no solo aseguran y procuran la calidad, si no que la entienden e incorporan como filosofía, como meta sin fin que pretende la obtención de la excelencia, de los niveles más altos de perfección y la plena satisfacción de los clientes y de la organización misma. (Bernal D, 2008)

De ahí que la calidad se ha convertido no solo en un atributo o cualidad de un producto o servicio si no también es una cultura empresarial, un requisito esencial, un factor clave y estratégico del que se depende para asegurar éxito, posición en el mercado, satisfacción, rentabilidad, competitividad e incluso asegurar supervivencia, por esto mismo la calidad se planifica, controla, asegura y mejora. (Bernal D, 2008)

2.1.3.1 Calidad en salud

La calidad en la atención en salud es la característica más valorada tanto por los pacientes como por los profesionales de la salud. (Bernal D, 2008)

La OMS define como requisitos de la calidad en salud: alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción del usuario y el impacto final en la salud de la población. (Bernal D, 2008)

Los primeros datos relacionados con la calidad en la atención se remontan a la época de Florence Nightingale, quien introduce importantes principios que desde entonces favorecerían la calidad, el primero fue la formación de enfermeras, es decir, que el cuidado brindado tuviera fundamento científico (requisito primordial en la calidad en salud) y el segundo el estudio que hizo acerca de la tasa de mortalidad en los hospitales en el curso de la guerra de Crimen, donde observo que un mejor seguimiento de las normas de asepsia y una mejor ubicación – hospitalización disminuyó el índice de mortalidad de un 40 al 4%. (Bernal D, 2008)

La palabra calidad ha adquirido importancia, con ella se expresa un valor que se tiene con un criterio general sobre los atributos de un proceso cuyo resultado se ofrece a un paciente; éste criterio tiene como fundamento, la evaluación del proceso y del resultado en función de los productos o servicios que condicionaron los enfoques, estrategias y métodos utilizados. (Garzón M, 2012)

Satisfacer las necesidades de los pacientes requiere de una estructura organizativa que adopte la gestión de calidad en los procesos como política institucional, a fin de obtener los mejores resultados, que garanticen servicios de calidad, con eficiencia y oportunidad ante las necesidades diversas de los pacientes o usuarios. Desde esa perspectiva, es importante mencionar que la calidad se convierte en una estrategia competitiva en las instituciones de salud. (Garzón M, 2012)

Teniendo en cuenta que, la calidad hace alusión a un conjunto de características que deben tener una clase, una aptitud o una excelencia; los profesionales de enfermería, aportan en este sentido la oportunidad y conocimientos al respecto de los cuidados que brindan a los pacientes, así como la satisfacción de las necesidades que puedan ser suplidas por ellas. (Garzón M, 2012)

La seguridad del paciente se considera un indicador importante en la calidad de la atención, un evento adverso es una situación inesperada, lesiva para el paciente producto de la relación de este con el equipo de salud, el contexto hospitalario, la actividad y la condición humana. La aparición de un suceso de este tipo condiciona

negativamente la calidad, de ahí que enfermería deba conocer y tener en cuenta los eventos adversos de manera que preste una atención integral y con excelencia. (Bernal D, 2008)

De acuerdo a las definiciones anteriores, la calidad debiera ser inherente a la prestación de los servicios de salud un bien y un valor de los mismos con el fin de brindar esta atención y que el usuario/cliente/paciente satisfaga sus necesidades presentes y porvenir. (Bernal D, 2008)

2.1.4 Conceptos relacionados con el evento adverso

2.1.4.1 El evento adverso

Un evento adverso se podría definir como cualquier lesión no intencional causada por el manejo médico, más que por el proceso de enfermedad, que produce demora en el alta, estancia prolongada o discapacidad, y que puede amenazar la vida o causar la muerte del paciente. (Ministerio De Protección Social Colombia, 2007)

Dentro de las definiciones de evento adverso, se relaciona con frecuencia la no intencionalidad, la discapacidad y la relación causal de la lesión con la atención; por lo tanto, cualquier signo no intencionado, desfavorable, temporal o permanente relacionado con cualquier procedimiento en el ambiente hospitalario es un Evento Adverso. (Ministerio De Protección Social Colombia, 2007)

Los eventos adversos están clasificados:

Según Severidad

Como severos y no severos. Se considera que un evento reportable severo es aquel que produce la muerte o deja una discapacidad mayor a seis meses. (Ministerio De Protección Social Colombia, 2007)

Un evento adverso puede tener varios grados de intensidad o de severidad (por ejemplo, un dolor de cabeza secundario a punción lumbar puede ser grave, moderado o leve) la lesión o daño puede estar relacionada a la discapacidad con el tiempo, según la publicación se definen según severidad del evento adverso:

1. Efecto Adverso Grave: Aquel que ocasiona muerte o incapacidad residual al alta hospitalaria o que requirió intervención quirúrgica.
2. Efecto Adverso Moderado: Aquel que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de 1 día de duración.
3. Efecto Adverso Leve: Aquel que ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estancia hospitalaria. (Ministerio De Protección Social Colombia, 2007)

Según Prevención

Los Eventos Adversos, en algunas ocasiones, crean una discusión que finalmente subestima o desvía la causa del problema ocasionando de forma no intencional un mal análisis, un desenfoque en los objetivos del mejoramiento, costos elevados en suministros y desgaste del personal por una mala intervención. (Ministerio De Protección Social Colombia, 2007)

Se los clasifica en:

1. **Prevenible:** Resultado no deseado asociado con un error en el suministro de la atención, debido a una falla para observar una práctica considerada adecuada a un nivel individual o del sistema. Proviene de la no adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
2. **No Prevenible:** Resultado no deseado, causado de forma no intencional, que se presenta a pesar de la adecuada utilización de los protocolos, guías o estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado. (Garzón M, 2012)

2.1.4.2 El error humano

En medicina, la asociación entre el error y la condición humana data desde que Hipócrates enunció «primero no hacer daño. (Ministerio De Protección Social Colombia, 2007)

En el 2000, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos presentó a la opinión pública el reporte «Errar es Humano» con una proyección numérica aterradora. Según este informe, entre 44.000 y 98.000 personas mueren cada año en ese país debido a errores en los procesos de atención. Aunque este reporte ha sido controvertido, a partir de su publicación se ha generado un movimiento creciente en pro de mejorar la seguridad del paciente, al interior de los sistemas de salud de los países desarrollados. (Ministerio De Protección Social Colombia, 2007)

Se encuentran definiciones estrechamente vinculadas al concepto de error Humano tal como el concepto que asevera: “Se refiere a la lesión causada por la gerencia del cuidado médico incluyendo actos de omisión es decir de diagnosticar o de tratar, y los actos del diagnóstico o tratamiento incorrecto”. (Ministerio De Protección Social Colombia, 2007)

A pesar de que error y evento adverso prevenible pueden significar en cierto modo lo mismo, la primera palabra tiende a ser evitada. El uso del término error al interior del ambiente hospitalario y con los pacientes, podría generar respuestas simultáneas de defensa y agresividad que no agregan valor a la solución de los problemas. (Ministerio De Protección Social Colombia, 2007)

En nuestro medio las definiciones del error médico se han basado en concepciones y principios de la moral, la ética y deontología médica, es decir que está vinculada, al deber, al humanismo, hermandad y solidaridad, que significan el respeto a la dignidad humana. (Bernal D, 2008)

El Dr. Lucian Leape, pediatra y profesor, quien inicia con la investigación y estudio de la seguridad de los pacientes en 1993 junto con sus colaboradores idearon una categorización útil para agrupar errores sobre los cuales el sistema o el médico pueden intervenir de forma conjunta y que los dividen en:

Diagnósticos: Error o retardo en el diagnóstico, Falla en el uso de las pruebas indicadas, Uso de pruebas terapéuticas desactualizadas, Falla para actuar sobre los resultados ofrecidos por la monitoria o la prueba

Terapéuticos: Error en la realización de una operación, un procedimiento una prueba, Error en la administración del tratamiento, Error en el método o la dosis de un medicamento, Retraso evitable en el tratamiento o en la respuesta a una prueba anormal, Cuidado inapropiado o no indicado

Preventivos: Falla para proveer un tratamiento profiláctico, Seguimiento del tratamiento inadecuado

De otro tipo: Falla en la comunicación, Falla en el equipo, Falla de otros sistemas. (Bernal D, 2008)

Estos errores tiene la facultad de ser prevenibles, con presencia en su mayoría en áreas de mayor tecnología tal como la neurocirugía, cirugía cardiovascular, salas de cirugía, servicios de urgencias y unidades de cuidado intensivo. La presencia e incidencia de los errores depende también en gran parte de la condición general de salud de los pacientes. (Bernal D, 2008)

Teniendo en cuenta esto los fallos más importantes se presentan en el manejo de infartos de miocardio, el diagnóstico de los accidentes cerebro vasculares y de medicación y respuesta sub óptima de los médicos a los signos y síntomas en los casos de paro cardíaco. En estos casos, dichos pacientes deben ser atendidos y tratados por personal altamente entrenado en el tema y que siga procedimientos estándar de atención, que no permitan la sub utilización o el sobre uso de las estrategias diagnósticas o terapéuticas y que identifique precozmente cualquier desviación del curso esperado para la enfermedad. (Bernal D, 2008)

2.1.4.3 Iatrogenia

La palabra iatrogenia deriva del griego: iatos: médico y genia: origen. Según el diccionario de la Real Academia de la lengua española: Dícese de toda alteración del estado del paciente producida por el médico". Sin embargo la iatrogenia se encuentra latente en todos los actos médicos (entiéndase estos como toda intervención por cada uno de los integrantes del equipo de salud). (Bernal D, 2008)

Son muchas las causas de iatrogenia, entre ellas se encuentran: error médico, negligencia médica o procedimientos inadecuados (mala praxis), errores al escribir la formulación, interacción de los medicamentos recetados, tratamientos no seguros, diagnóstico erróneo, rechazo por parte del médico a tomar en consideración los efectos negativos que el paciente dice sufrir, infección nosocomial, experimentación médica no ética, entre otras. Es más frecuente de lo que se piensa y por lo tanto representa un riesgo evidente para los pacientes. (Bernal D, 2008)

2.1.4.4 Seguridad del paciente

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. (Garzón M, 2012)

La seguridad del paciente es una dimensión de la calidad de la atención, existe una preocupación de carácter mundial, debido a que todos los días se presentan en las instituciones de salud fallas en la atención. (Garzón M, 2012)

Por ello se implementan en las instituciones actividades de gestión de calidad como la auditoría clínica, el aseguramiento de la calidad, la evaluación de desempeño, la mejora continua de la calidad y los esfuerzos de implementación de evidencias en la práctica como las guías de práctica clínica. (Garzón M, 2012)

Para mejorar la seguridad de las personas en las instituciones de salud, es importante contar con equipos competentes, responsables, comprometidos y preocupados por la seguridad en la atención, para prestar una asistencia segura, y la conciencia de realizar notificaciones oportunas de los errores y eventos adversos. (Garzón M, 2012)

2.1.5 Riesgo e incertidumbre en la práctica sanitaria

En los últimos tiempos se ha realizado una reflexión más profunda sobre la presencia de los eventos adversos y el consecuente error sanitario. Sin embargo, se debe destacar que la práctica médica es realizada en un ámbito de riesgo e incertidumbre. Pueden citarse entonces las siguientes definiciones de Martínez López, Francisco José de su manual de gestión de riesgos sanitarios, así como la definición de evento adverso expresada en el estudio Eneas (2005): (Torres L, 2011)

Riesgo: Contingencia o proximidad de un daño.

Incertidumbre: Falta de certeza; duda o perplejidad.

Incertidumbre en salud: Es la falta de certeza que ocurre cuando se ignoran las implicaciones indicadas derivadas de las distintas alternativas de acción ante un problema clínico.

Riesgo en salud: El término riesgo en salud o riesgo sanitario hace referencia a un peligro para el paciente en forma de resultado no esperado y casi siempre desfavorable. Es un incidente crítico, es decir un evento que puede o habría podido desencadenar un efecto no deseado en el paciente y reducir el margen de seguridad de los cuidados.

Gestión: Del latín gestio: Gestión, para efectos del presente estudio se entenderá como la acción y efecto de llevar a cabo acciones encaminadas al logro de objetivos específicos.

Gestión de seguridad del paciente: Son todas aquellas actividades y estrategias encaminadas a garantizar la seguridad de los usuarios en un marco de calidad institucional. (Torres L, 2011)

La incertidumbre en la práctica clínica constituye un factor de riesgo muy importante como lo manifiesta Martínez López, Francisco José, lo que hace entender la importancia de tratar la incertidumbre, generando estrategias tendientes a la disminución de la misma, para evitar que ésta produzca errores. (Torres L, 2011)

2.1.6 Ética y profesión

La deontología o moral profesional para nuestro caso, estudia las relaciones profesionales entre las enfermeras y los pacientes/clientes. Los profesionales de enfermería trabajan en cooperación con el médico, no solo como alguien que realiza labores encomendadas, sino que tiene por supuesto sus propias competencias a las cuales debe responder. (Bernal D, 2008)

En la actualidad no se pone en duda que la profesión de enfermería es una ciencia autónoma, con sus propios principios y sus competencias específicas, que afirman su independencia y le otorgan al profesional el fundamento ético para su quehacer en todos los ámbitos en los que se puede desenvolver. (Bernal D, 2008)

La formación de la enfermera con fundamentos en principios éticos incitan al profesional a buscar su perfeccionamiento, que le permiten en la búsqueda de esta perfección la elaboración de códigos y categorizaciones para la unificación de criterios que influyen en los diferentes comportamientos y situaciones, en la toma de decisiones y en la participación desde su ámbito profesional con otras disciplinas. (Bernal D, 2008)

Esto conduce a pensar y aplicar la ética en todos los actos de enfermería y no solo en aquellos que se consideren excepcionales (aplicación reductiva de la ética), el profesional de enfermería debe estar en permanente búsqueda de respuestas acerca de cuál debe ser su comportamiento en cada situación. (Bernal D, 2008)

Como se ha dicho antes, los profesionales de enfermería trabajan con otras ramas de la salud, principalmente con la medicina con la que está en estrecha relación de colaboración y coordinación y en algunas situaciones dependencia de su accionar, sin embargo no debe entenderse esta dependencia como una subordinación, como un desentendimiento de la responsabilidad en los actos de modo que no puede cobijarse al amparo de que se actúa por delegación, pues no es admisible la confusión o

imprecisión en su comportamiento y mucho menos la ambigüedad respecto de la ética. (Bernal D, 2008)

2.1.7 Eventos adversos y enfermería

Para enfermería se creó recientemente una taxonomía de los errores, clasificada así: falta de atención las condiciones clínicas y reacción a los tratamientos instaurados, pérdida del rol de representante de los mejores intereses del paciente, inapropiado criterio clínico, error de tratamiento, falta de intervención sobre la evolución clínica del paciente, falta de prevención en el cuidado, equivocación en la ejecución en la prescripción médica y errores en la documentación. (Bernal D, 2008)

Cada actividad incluida en el proceso de atención de enfermería tiene de manera intrínseca, entonces, un riesgo de aparición de error en las que intervienen además otras variables como tipo de prácticas, de producto, procedimientos – protocolos y el sistema en sí, sin que se pueda tener un único responsable dada la misma interacción entre los diferentes elementos. (Bernal D, 2008)

Dentro del equipo de salud el profesional juega un papel protagónico no solo por su trabajo de cuidar al paciente sino porque por su misma condición es el puente conector entre paciente y el resto del equipo de modo que un error en la comunicación considerase ya un evento adverso por lo que este fallo puede generar. (Bernal D, 2008)

2.1.8 La enfermería como profesión

La Enfermería es una profesión liberal enmarcada dentro del método científico que se encarga del cuidado y promoción de la salud, y la prevención de la enfermedad. La profesión se encuentra reglamentada internacionalmente por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y el código de ética de la Federación

Panamericana de Profesionales de Enfermería (C, E., FEPPEN) entre otros. (Torres L, 2011)

El ejercicio de la profesión de enfermería en el Ecuador, asegurará una atención de calidad científica, técnica y ética; que deberá ejecutarse con los criterios y normas de educación que establezca la Asociación Ecuatoriana de Facultades y Escuelas de Enfermería (ASEDEFE) y las escuelas de enfermería universitarias y las políticas, dirección, lineamientos y normas del Ministerio de Salud Pública y de la Federación de Enfermeras y Enfermeros. (Ley de Ejercicio profesional de las enfermeras y enfermeros del Ecuador, 2011)

2.1.8.1 La Enfermería y el error

El error en el cuidado de enfermería se define como la falta de una acción planeada, para ser completada como se pretende, o un plan equivocado que puede generar costos extras para el paciente y el hospital. (Alba A, et al, 2011)

El error existe, cuando aparece en las culturas la diada enfermera-paciente; o bien desde que existen enfermos y personas que se dedican a cuidarlos; sin embargo, ha sido más evidente desde que se dio la oportunidad de que el paciente expone sus dudas y reclamos. (Alba A, et al, 2011)

Aun cuando equivocarse es de humanos, las sociedades son cada vez más críticas de las acciones que cada uno realizamos, sobre todo en las decisiones que tomamos y sus consecuencias. Por lo que los errores ocurren en todas las profesiones, porque forman parte de la condición humana, sin embargo, estos son más visibles en el área de la atención a la salud, por ser una de las más complejas y estar llena de incertidumbre. Cada paciente es una situación inédita por lo que es imposible estandarizarlos, dada su enorme variabilidad, ya que no se trata de enfermedades, sino de enfermos. (Alba A, et al, 2011)

2.1.9 Responsabilidad profesional y civil del personal de enfermería.

El código de ética para enfermeras del Consejo Internacional de Enfermería (C.E., CIE), manifiesta “la responsabilidad de la Enfermera en cuatro aspectos fundamentales: Promover la salud, prevenir la enfermedad, restablecer la salud y aliviar el sufrimiento”. (Torres L, 2011)

Del mismo modo el código de ética de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (C, E., FEPPEN), manifiesta en su artículo cuarto: “La enfermera tiene responsabilidad legal por las acciones, decisiones y criterios que se aplican en la atención de la Enfermería directa y de apoyo, considerando que Enfermería es una profesión independiente que contribuye con otras profesiones afines a proporcionar los cuidados de salud necesarios. (Torres L, 2011)

La enfermera es además responsable de la atención total de Enfermería y por consiguiente debe conocer la competencia del personal auxiliar de Enfermería a quienes asigna determinadas tareas para asegurar la calidad de la atención, manteniendo una supervisión adecuada”. (Torres L, 2011)

La enfermera consolida su responsabilidad a través de su actividad profesional y de su formación universitaria y de postgrado: fortaleciéndola cuando sus acciones profesionales se encaminan hacia el bienestar del hombre y bien de la humanidad. (Torres L, 2011)

El ejercicio responsable de la Enfermería está delimitado por el cumplimiento estricto de las normas morales y legales, la calidad y la eficiencia son responsabilidad de los profesionales de Enfermería, pues constituyen factores protectores en la prevención del error. (Torres L, 2011)

En materia de acciones negligentes del personal de Enfermería, las situaciones más comunes son: error en la medicación, casos de quemaduras y lesiones en la piel,

casos de descuidos en el control del paciente, casos de identificación incorrecta del enfermo, entre otros. (Torres L, 2011)

2.1.9.1 Error en la medicación

Los errores en la medicación son ocasionados por muchas variables, entre ellas el gran número de medicamentos que existen en el mercado y la variedad de métodos de administración. (Torres L, 2011)

Los errores de Enfermería vinculados a la medicación consisten en:

- a) No leer la etiqueta del medicamento
- b) Leer mal o calcular incorrectamente la dosis
- c) No identificar correctamente al paciente
- d) Administración errónea (vía incorrecta)

Como lo pone de manifiesto la declaración de posición del CIE (Consejo Internacional de Enfermería) sobre la seguridad de los pacientes, la seguridad constituye un aspecto de vital importancia en la atención de salud de calidad, lo cual debe ser fundamental para la Enfermería. (Torres L, 2011)

En dicho manifiesto se expresa que una de las principales causas de muerte y discapacidad está constituida por los errores en la medicación: “Por errores de medicación mueren cada año más personas que por lesiones en el trabajo” Algunos estudios indican que los médicos, los administradores y las enfermeras consideran que la seguridad de los pacientes incumbe ante todo a la Enfermería. Como las enfermeras ocupan un lugar de capital importancia en la seguridad de los pacientes, hay peligro de que los errores puedan atribuirse a ellas y no a fallos del sistema. (Torres L, 2011)

El comunicado del CIE sobre los errores en la medicación relaciona algunas de las posibles causas para que se sucedan los errores y cita algunas posibles causas y características de los errores en la medicación: “En un estudio sobre los errores que se cometen al recetar, los factores más frecuentemente asociados con los errores eran los siguientes: Utilizar un nombre, forma de dosificación o abreviatura del medicamento; errores en el cálculo de la dosis; dosificación atípica o poco habitual y crítica” (Torres L, 2011)

Al igual que sucede con otros problemas de seguridad, los errores de medicación provienen de errores humanos o de fallos del sistema. Por tanto, los errores de medicación pueden originarse por problemas de práctica profesional, productos, procedimientos o sistemas. Asimismo, pueden contribuir a esos errores otros factores, tales como las deficiencias de la formación, la excesiva presión del tiempo y la escasa percepción del riesgo. (Torres L, 2011)

“Los tres tipos de errores más frecuentemente notificados son:

Los errores por omisión (no administrar un medicamento recetado); la dosis inadecuada (dosis, fuerza o cantidad de medicamento distintas de las recetadas); errores por medicamentos no autorizados (el medicamento dispensado o administrado no fue el autorizado por quien lo recetó).” (Torres L, 2011)

“Los errores de medicación pueden evitarse, aunque para reducir en medida significativa el índice de errores se precisarán múltiples intervenciones y una estrecha colaboración entre el equipo de salud y los gestores” (Torres L, 2011)

2.1.9.2 Casos de quemaduras y lesiones en la piel

Una acción de mala práctica relativamente frecuente es quemar a un enfermo. Las quemaduras pueden ser producidas por bolsas de agua caliente, almohadillas eléctricas y soluciones demasiado calientes para su administración. (Torres L, 2011)

Es necesario mencionar en este ítem la aparición de quemaduras por frío y lesiones por decúbito. Si bien existen muchos factores que están relacionados con las lesiones de la piel, las lesiones por decúbito suelen estar directamente relacionadas con la falta de protección en las zonas de presión. (Torres L, 2011)

En este punto, también se pueden mencionar las lesiones ocasionadas como consecuencia de las venopunciones, flebitis y extravasación, entre otras. (Torres L, 2011)

2.1.9.3 Accesos Vasculares Periféricos

Una de las prácticas clínicas habituales en la atención especializada es el uso de dispositivos intravenosos para la administración de líquidos, medicaciones, nutrientes y componentes sanguíneos. Como cualquier práctica clínica invasiva, esta técnica no está exenta de efectos adversos. (Viana T, 2012)

Los dispositivos intravasculares son la causa más frecuente de infecciones del torrente sanguíneo y estas infecciones están directamente relacionadas con los cuidados dispensados (Viana T, 2012)

Aspectos relevantes de los cuidados son desde el lavado de manos y la realización de una técnica de inserción aséptica en la colocación del dispositivos, hasta la elección del tamaño del dispositivo, su ubicación, la forma de administrar medicación o su retirada y/o sustitución (Viana T, 2012)

Según los estudios encontrados, la presencia de EA vinculados a dispositivos intravasculares conduce a un aumento de la estancia hospitalaria (Rodríguez, 1992), un mayor coste de los cuidados y a empeorar el estado de salud del usuario, siendo los EA más frecuentes: la flebitis infecciosa o no, extravasaciones y obstrucción. (Viana T, 2012)

2.1.9.4 Flebitis

El término flebitis se refiere a la inflamación de una vena, frecuentemente acompañada por coágulos sanguíneos que se adhieren a la pared de la vena. Los síntomas de la flebitis superficial incluyen dolor moderado, edema, eritema y calor alrededor de la vena afectada, la vena se siente dura al tocarla debido a la sangre coagulada. (Flebitis, 2011)

Las causas son:

1. Catéter venoso
2. Técnica de punción: Asepsia, multipunciones
3. Fijación: Falla en la fijación
4. Manipulación: Barrera de seguridad ineficaces
5. La condición clínica del enfermo
6. La condición del vaso venoso
7. El medicamento o solución (tipo y pH)

Los tratamientos convencionales para la flebitis superficial incluyen analgésicos para el dolor, compresas calientes y vendajes de compresión o medias para incrementar el flujo sanguíneo. En casos más severos, los anticoagulantes o la cirugía menor pueden ser requeridos. (Flebitis, 2011)

Las complicaciones más frecuentes que se derivan de la administración intravenosa de los fármacos son las flebitis y la extravasación. La incidencia de éstas en ambos casos es alta cerca del 27 al 70% de los pacientes que han recibido terapia venosa (IV) desarrollan algún grado de flebitis. (Flebitis, 2013)

2.1.9.5 Úlceras por presión

Se definen como zonas localizadas de necrosis que tienden a aparecer cuando el tejido blando está comprimido entre dos planos, uno las prominencias óseas del

propio paciente y otro una superficie externa. Estas lesiones son frecuentes en los pacientes, además la mayoría se consideran evitables y constituyen un importante problema económico. (Demetrio A, et al., 2010)

La prevención es el método más efectivo y ético de abordarlas. Para ello hay que aplicar unas medidas preventivas que implican un importante coste en recursos materiales y humanos. Una necesidad para adoptar medidas preventivas efectivas es conocer a los pacientes que tienen riesgo de presentar una Úlcera por Presión. (Viana T, 2012)

La Úlcera por Presión es un evento adverso en gran medida prevenible y del que en se sabe cómo se produce, cómo se evitan en la mayoría de situaciones y la forma más efectiva para tratarlas. Pese a ello es un problema por el que a día de hoy aún hay personas, especialmente ancianos, discapacitados y personas en situación de enfermedad, que mueren. (Viana T, 2012)

2.1.9.6 Descuidos en el control del paciente

Los pacientes a menudo se caen accidentalmente, a veces con producción de lesiones. Algunas caídas pueden evitarse con el uso de barandas. (Torres L, 2011)

El denominado fallo al observar y adoptar la acción adecuada, es otro supuesto de fallo en que pueden incurrir las enfermeras. Por ejemplo, si no se informa el dolor abdominal agudo de un paciente, la enfermera es negligente y puede ser encontrada culpable de mala práctica si llega a sobrevenir una perforación de apéndice y la muerte. (Torres L, 2011)

Otro caso de negligencia, puede ser no controlar la tensión arterial, ni la frecuencia cardíaca, o no comprobar el drenaje de un paciente en postoperatorio inmediato o la curación del mismo. Omisiones como estas resultan de gran importancia, ya que si el paciente sangra y muere, la enfermera puede ser

considerada responsable de la muerte como resultado de esa mala práctica. (Torres L, 2011)

2.1.9.7 Casos de identificación incorrecta del enfermo

Otro caso de mala práctica se da con la identificación incorrecta del enfermo, especialmente en los establecimientos asistenciales congestionados. Cuando se prepara al paciente equivocado (casos de identidad errónea) y surge daño para el paciente, la enfermera es responsable por mala práctica. (Torres L, 2011)

Algunos autores consultados coinciden en afirmar que: la conducta del enfermero comprometido con la calidad de la atención del paciente será el mejor resguardo ante el riesgo de mala práctica en Enfermería. Así, a modo de prevención y para desarrollar un ejercicio profesional de la Enfermería más seguro y con la finalidad primaria de proteger la vida, la salud y la integridad psicofísica del paciente, Oscar Garay sugiere algunas recomendaciones: (Torres L, 2011)

1. Registrar todos los cuidados administrados al enfermo. Los registros han de contener información descriptiva, objetiva y completa. Esto es, que toda acción u observación de Enfermería quede registrada en forma oportuna y fehaciente. Lo registrado debe reunir los requisitos de un instrumento legal (fecha, hora, firma y aclaración, número de matrícula, sin tachaduras, ni enmendaduras, legible, descriptiva de la observación o el acto, etc.). (Torres L, 2011)
2. Registrar el detalle preciso de las condiciones del paciente al ingreso (evaluación, valoración física) a fin de tomar las precauciones que su cuidado y condición requiere.
3. No registrar cuidados que no se hayan realizado personalmente.
4. No delegar actividades que sean de su competencia y en su caso, no realizar actividades que no sean de su competencia.

5. Anotar todas las órdenes verbales y exigir posteriormente su ratificación. Por ejemplo, disponer de las indicaciones expresas (escritas) sobre la medicación del paciente y su cabal comprensión. Exigir que las prescripciones de los facultativos sean claras y precisas. (Torres L, 2011)
6. Administrar personalmente la medicación siguiendo los principios establecidos (nombre correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta y hora correcta) y su registro con letra clara, firma y aclaración.
7. Valorar y respetar la dignidad del paciente. Explicar al paciente cada procedimiento antes de realizarlo. Respetar la autonomía del paciente.
8. Delegar funciones profesionales a personal competente. (Torres L, 2011)
9. Mantener un programa de educación continua.
10. Proveer a las unidades de Enfermería de material de consulta ante dudas (vademécum clínico, textos de Enfermería, etc.).
11. Establecer un programa de control de infecciones nosocomiales.
12. Revisar y adecuar los formularios para registros de Enfermería, protocolo de admisión del paciente, protocolo pre-quirúrgico de manera que reúnan los requisitos de un instrumento privado. (Torres L, 2011)
13. Evaluar periódicamente la calidad de los registros de Enfermería.
14. Sistematizar la ejecución de procedimientos que por naturaleza impliquen mayores riesgos (medicación, recuentos en quirófanos, traslado de pacientes, pase de guardia, evaluación del paciente al ingreso, etc.), es decir protocolos de actividades propias de Enfermería.
15. Supervisar el cumplimiento de las normas de bioseguridad en la institución hospitalaria. (Torres L, 2011)

2.1.10 La enfermería y la seguridad de los pacientes

La seguridad de los pacientes ha sido una preocupación creciente por parte de los profesionales del mundo entero, tanto así que el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) incluyó dentro de sus páginas informativas y publicaciones algunos ítems de interés para la seguridad de los pacientes. (Torres L, 2011)

La preocupación creciente del CIE es la formación de recursos idóneos, capaces de asumir los retos de la seguridad en un marco de calidad e integración institucional. Sin embargo, no sería el único punto importante a ser tratado en el marco de la seguridad, ya que si bien los “errores humanos pueden a veces dar origen a fallos graves, hay generalmente factores sistémicos más profundos que, de haberse tratado antes, hubieran evitado los errores. De ahí que, para aumentar la seguridad de los pacientes, se precise una amplia serie de acciones en la contratación, formación y retención de los profesionales de salud y sea necesario también mejorar los resultados, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo, así como el control de las infecciones, el uso seguro de los medicamentos, la seguridad de los equipos, la seguridad de la práctica clínica y del entorno de los cuidados. (Torres L, 2011)

2.2 Marco Contextual

2.2.1 Caracterización del Hospital San Vicente de Paúl

El Hospital San Vicente de Paúl se encuentra ubicado en la ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura entre las calles Luis Vargas Torres 1-25 y Gonzalo Gómez Jurado (El Sagrario). Tiene una trayectoria formal y bien definida en cuanto a atención a usuarios externos ambulatorios desde el año 1875, su cobertura abarca a nuestra provincia, principalmente, y parte de las provincias de Esmeraldas, Carchi y Pichincha, es un hospital de referencia y contra referencia; actualmente, atiende una demanda de la población Colombiana que se asentado en nuestro país; presta servicios de segundo nivel de salud con enfoque integral a los usuarios.

2.2.2 Misión de la institución

El hospital San Vicente de Paúl tiene por misión ofertar los servicios de salud de II nivel con enfoque integral a los usuarios y cumpliendo con su rol con el sistema

nacional de salud capacitando al recurso humano, fortaleciendo la docencia e investigación como aporte a mejorar la salud de la población de su área de influencia. (Hospital San Vicente de Paúl, 2014)

2.2.3 Visión de la institución

El Hospital San Vicente de Paúl en cinco años será una institución líder en la prestación de servicios de salud del norte del país, brindará atención de calidad con acceso universal, equidad y calidez, contará con tecnología de punta, personal motivado y altamente capacitado, convirtiéndose en la institución de salud más valorada por la comunidad y que rinda cuentas de su gestión”. (Hospital San Vicente de Paúl, 2014)

2.2.4 Valores y principios institucionales

Servicio, Puntualidad, Ética, Solidaridad, Honestidad. (Hospital San Vicente de Paúl, 2014)

2.2.5 Servicios con los que cuenta el Hospital San Vicente de Paúl

Emergencia

El Servicio de Emergencia del Hospital San Vicente de Paúl tiene como misión fundamental brindar a los pacientes la solución a sus enfermedades en el menor tiempo posible. Diariamente se reciben entre 150 a 200 pacientes de toda condición social. (Hospital San Vicente de Paúl, 2014)

Neonatología

El servicio de neonatología del Hospital San Vicente de Paúl va de la mano con Pediatría y se caracteriza en brindar atención directa y personalizada a neonatos. Contamos con profesionales altamente capacitados, como médicos tratantes, médicos residentes, enfermeras y auxiliares de enfermería, quienes están disponibles las 24 horas del día. (Hospital San Vicente de Paúl, 2014)

Ginecología

El Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl atiende en la especialidad de ginecología a las mujeres ecuatorianas, teniendo como objetivo procurar la más alta calidad de servicios en el área desde el punto de vista científico, tecnológico y humano, a fin de educar, prevenir y recuperar la salud de las usuarias. (Hospital San Vicente de Paúl, 2014)

Cirugía

El servicio de Cirugía General atiende todo tipo de cirugía cuenta con profesionales que han logrado un alto nivel de preparación en cada una de las sub-áreas del servicio, tanto la cirugía programada como la cirugía emergente y de trauma con el paso de los años se fue atomizando de acuerdo a las exigencias de las especialidades se separó del servicio de traumatología, se incorporó la cirugía laparoscópica. (Hospital San Vicente de Paúl, 2014)

Traumatología

Es un servicio de especialidad el cual se encuentra encargado de atención de emergencia, diagnóstico y tratamiento tanto clínico como quirúrgico. Para ello

nuestro equipo clínico se conforma por médicos traumatólogos, enfermeras con vasta experiencia, quienes brindan el apoyo necesario para la recuperación y diagnóstico oportuno del paciente. (Hospital San Vicente de Paúl, 2014)

Medicina Interna

El servicio de Medicina Interna brinda atención médica y de enfermería al paciente que requiera tratamiento clínico en las diferentes sub-especialidades de la mano del personal más calificado, con alta tecnología y en un ambiente físico que satisfaga todas las necesidades del usuario los mismos que garanticen la recuperación del paciente en el menor tiempo de hospitalización y pronta integración a su comunidad. (Hospital San Vicente de Paúl, 2014)

Pediatría

El servicio de pediatría está dedicado a la atención integral del niño y adolescente en atención ambulatoria y hospitalización. Como misión ser modelos de atención a la infancia y la adolescencia a través de la investigación científica básica, clínica y epidemiológica aplicada a las necesidades priorizadas de la población a través de la formación y el desarrollo de recursos humanos de excelencia, para la salud, así como de la asistencia en salud de alta especialidad con gran calidad y constituyendo el modelo de atención de clase mundial. (Hospital San Vicente de Paúl, 2014)

Trabajo Social

Dentro del campo del trabajo social en el Hospital San Vicente de Paúl, presenta una dinámica evolutiva conforme se interrelaciona con las formas de vida de los seres humanos que determinan niveles de salud o enfermedad de acuerdo al proceso productivo de la sociedad. Investiga y diagnostica de acuerdo a indicadores sociales

que determina la realidad de cada ser humano, grupos y comunidades relacionados con el proceso de salud. (Hospital San Vicente de Paúl, 2014)

Medicina Física Y Rehabilitación

También denominada Fisiatría, esta especialidad del Hospital San Vicente de Paúl está encargada por agrupar los conocimientos y expectativas relativas a la naturaleza de los agentes físicos no ionizantes, a los fenómenos derivados de su interacción con el organismo y su aplicación diagnóstica, terapéutica y preventiva comprende un estudio, detección y diagnóstico, preventivo y tratamiento clínico quirúrgico de los enfermos con procesos discapacitantes. (Hospital San Vicente de Paúl, 2014)

Consulta Externa

El Servicio de Consulta Externa, brinda atención continua destinada al diagnóstico, tratamiento, seguimiento y prevención de los trastornos que afectan la salud. Atiende un promedio de 300 pacientes diarios, muchos transferidos de otras unidades operativas, principalmente de las provincias como Carchi, Esmeraldas, Sucumbíos. (Hospital San Vicente de Paúl, 2014)

Unidad de Terapia Intensiva

La Unidad de Terapia Intensiva presta atención Integral con calidad y calidez al paciente crítico, bajo la responsabilidad de un equipo de salud capacitado y especializado con asistencia de enfermería que brinda cuidado fundamentado científicamente y encaminados a la satisfacción de las necesidades básicas humanas, está ubicada en el primer piso del hospital frente a centro quirúrgico. (Hospital San Vicente de Paúl, 2014)

Laboratorio Clínico

El Laboratorio clínico del Hospital San Vicente de Paúl es un servicio en el cual brinda atención de manera ágil y oportuna a la comunidad los 365 días del año el cual los profesionales médicos y comunidad confían plenamente, dadas las condiciones de precisión y exactitud en la realización de exámenes, que motive a su personal y tenga capacidad de decisión (autonomía de gestión). (Hospital San Vicente de Paúl, 2014)

Servicio de Imágenes Médicas

Realización e interpretación de exámenes de Imagen de forma integrada y secuencial para conseguir una orientación diagnóstica oportuna. Siempre a la vanguardia del avance académico Radiológico. (Hospital San Vicente de Paúl, 2014)

Farmacia Institucional

Las funciones de la farmacia institucional del Hospital San Vicente de Paúl son las que determina el reglamento para la gestión del suministro de medicamentos y control administrativo financiero. (Hospital San Vicente de Paúl, 2014)

Servicio de Estomatología

El Servicio Odontológico de Hospital San Vicente de Paúl, brinda asistencia gratuita a los pacientes de la zona norte del país, con la finalidad de fomentar y preservar su salud bucal, a través de consultas y tratamientos generales y especializados. (Hospital San Vicente de Paúl, 2014)

Centro Quirúrgico

El servicio de centro quirúrgico del Hospital San Vicente de Paúl está destinado al tratamiento general, especializado y de recuperación a la vez se realiza acciones de docencia e investigación en sus especialidades. Todos los procedimientos y tratamientos quirúrgicos son realizadas con base al conocimiento científico-técnico que garantice la atención de calidad que se oferte al usuario. (Hospital San Vicente de Paúl, 2014)

2.2.6 Médicos Especialistas

1. Emergencia: 2 Emergenciólogos, 1 Pediatra
2. Neonatología: 2 Médicos Tratantes
3. Ginecología: 6 Ginecólogos
4. Cirugía: 4 Cirujanos Generales, 1 Cirujano Plástico, 1 Cirujano De Oftalmología, 2 Cirujanos De Urología, 1 Cirujano De Otorrinolaringología.
5. Traumatología: 5 Traumatólogos
6. Medicina Interna: 1 Geriatra, 4 Psicólogos, 1 Nefróloga, 1 Dermatóloga, 2 Internistas, 1 Alergóloga, 1 Cardióloga, 1 Neuróloga
7. Pediatría: 4 Pediatras
8. Centro Quirúrgico: 3 Anestesiólogos
9. Terapia Intensiva: 3 Intensivistas
10. Unidad Renal: 2 Nefrólogos

2.2.7 Historia del Hospital San Vicente de Paúl

Los hospitales en la Real Audiencia, tuvieron su origen en la intervención Real, Soberano que era informado continuamente, de la pobreza y enfermedades que sufrían los súbditos, en los remotos dominios americanos, antes de la fundación de la Villa de San Miguel de Ibarra en 1606, se habla del Hospital de la Misericordia de

Nuestro señor Jesucristo, en 1641 el Hospital recibe los bienes del Capitán Don Francisco López para gastos de los pobres del Hospital según escribe el Sacerdote Navas. (Hospital San Vicente de Paúl, 2014)

A raíz de la batalla de Ibarra en 1823, las huestes del Coronel Agualongo saquean la Capilla del Hospital, llevándose los utensilios de plata de la misma, las tropas de Agualongo luego fueron derrotadas por el mismo Bolívar en persona, a orillas del Tahuando. (Hospital San Vicente de Paúl, 2014)

En la madrugada de 1868, Ibarra y sus comarcas fueron destruidas por un terrible terremoto, por la actitud y la fuerza de voluntad del Doctor Gabriel García moreno, es reconstruida la ciudad de Ibarra, cuyos habitantes volvieron a sus solares desde los llanos de la esperanza, el 28 de abril de 1872 y el hospital de Ibarra es reconstruido bajo los planos del Hermano Benito Aulin, de las escuelas cristianas, con el nombre de Hospital San Vicente de Paúl edificio que se encuentra hasta la actualidad en las calles Juan Montalvo y salinas, fue considerado en su época como uno de los mejores de américa. (Hospital San Vicente de Paúl, 2014)

En el año 1979, se comienza a conversar del nuevo edificio del Hospital, entre los legisladores y autoridades del Hospital de esa época, después de largas liberaciones y entrevistas con el Ministro de Salud y el Presidente de la Republica, se le entrega la construcción y equipamiento a una firma Italiana, los terrenos son expropiados a la Señora Rosa Gómez de la Torres y se coloca la primera piedra el 23 de enero de 1981, después de 10 años de intenso trabajo, es inaugurado en la Presidencia del Doctor Rodrigo Borja y siendo Director del Hospital el Doctor José Albuja, larga es la vida del Hospital que sería reflejada en una obra literaria. (Hospital San Vicente de Paúl, 2014)

2.3 Marco Referencial

El sistema de salud requiere que todos los responsables en brindar atención a la población, se involucren con las acciones destinadas a mejorar la calidad del servicio en los diversos ámbitos. La Enfermería a nivel internacional trabaja arduamente por mejorar la calidad de la formación, la asistencia, la investigación y la gestión de Enfermería; para lograr así, la seguridad del paciente. Dentro de los programas de garantía de calidad, la seguridad del paciente no es un modismo, ni un nuevo enfoque en los servicios de salud; sino, una responsabilidad profesional implícita en el acto del cuidado. (Román C, 2006)

La cultura de seguridad del paciente es una temática de gran valor para el cuidado de la salud con un enfoque de calidad y excelencia; por lo tanto, es de vital importancia documentar su situación en el país y en el ámbito institucional consolidar las bases teóricas que propicien acciones para lograr el máximo de bienestar de los usuarios y trabajadores de la salud. (Gómez O, et al., 2011)

Para Enfermería, es una necesidad realizar estudios que proporcionen un alto nivel de evidencia científica, que permitan documentar las condiciones y las causas que favorecen o que ponen en riesgo un ambiente de seguridad hacia la promoción de un cuidado de Enfermería seguro. (Ramírez O, 2011)

La Seguridad del Paciente comenzó a tomar relevancia cuando en 1999 el Instituto de Medicina (IOM) de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos publicó el informe “To Err is Human” en el que según las estadísticas, cada año en Estados Unidos, los errores médicos ocasionaban la muerte de hasta 98.000 pacientes, cifra superior a la de las muertes por accidentes de tráfico, cáncer de mama o SIDA. (Moreno E, 2011)

Los grandes adelantos en la tecnología y el conocimiento desarrollado en las últimas décadas han generado un sistema de salud de enorme complejidad. Esta complejidad entraña numerosos riesgos potenciales inherentes al sistema que, al

combinarse con la variabilidad de procedimientos y la actuación humana, pueden provocar que los pacientes finalmente se vean afectados a pesar de los cuidados y dedicación de los profesionales. Por ello, la Seguridad del Paciente se considera un aspecto clave de las políticas de calidad de los sistemas de salud y por tanto, debe ser tratado como un principio esencial. (Moreno E, 2011)

Esta recomendación ha sido avalada por diferentes organismos, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Joint Commission (JC), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Comité Europeo de Sanidad del Consejo de Europa. En España, al igual que en el resto de países, la preocupación por la Seguridad del Paciente se pone claramente de manifiesto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Los últimos estudios e investigaciones evidencian el impacto que los eventos adversos (EA) tienen sobre la morbilidad y la mortalidad, apareciendo un amplio arsenal de problemas relacionados con la seguridad en todos los ámbitos de atención. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

La OMS estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. Casi uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados. Se conoce mucho menos acerca de la carga de la atención insegura en entornos diferentes de los hospitales, donde se presta la mayor parte de los servicios de atención sanitaria del mundo. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

Es importante tener presente que se sabe muy poco sobre la magnitud de las lesiones producidas por la atención insegura en los países en desarrollo, y que éstas pueden ser superiores a las de los países desarrollados debido a limitaciones de infraestructura, tecnología y recursos humanos. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

La seguridad del paciente es un tema vigente y de obligatoria documentación para todos los trabajadores del área de la salud. Este asunto se documentó a partir del

año 2000 con la publicación del libro *Errar es humano*, del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América ya mencionado, la investigación actual examina tanto el conocimiento como la aplicación de los conceptos relacionados con la seguridad del paciente, determinando con particular interés las actitudes y percepciones de los trabajadores de la salud, que en últimas constituye la cultura de seguridad del paciente como determinante para una atención segura. (Ramírez O, 2011)

En los últimos años se está dando el pleno desarrollo de una política y estrategia global en países con diferente nivel de desarrollo, auspiciada por la Organización Mundial de la Salud. De esta manera, la opción estratégica por la seguridad se ha incluido en las agendas de las instituciones, organizaciones y sistemas de salud. Pero más allá de iniciativas que puedan hacer parecer una cuestión de modas, la seguridad del paciente tiene un fundamento legal y ético. (Martínez Á, et al., 2010)

El problema de la seguridad clínica de los pacientes pertenece al mundo de la salud y no sólo a los hospitales. Esta perspectiva innovadora está teniendo repercusión en el despliegue de acciones y en el fomento de buenas prácticas. No obstante, existe el riesgo de convertir el tema de la seguridad en el Santo Grial de clínicos, epidemiólogos y gestores, con riesgo de perder su significado y volverse mera retórica. (Martínez Á, et al., 2010)

El Sistema debe por tanto conocer y reconocer sus errores, además de proponer medidas para evitarlos, sabiendo que una parte de estos generan daños en los pacientes. Si como se dice, errar es humano, desarrollar medidas para evitar los errores es una necesidad urgente. (Ques Á, 2010)

2.4 Marco Legal

2.4.1 Base Legal en Ecuador

En nuestro país la constitución política de la República del Ecuador, no hace una referencia específica al consentimiento informado, pero en la ley orgánica de la salud, y en el código de ética médica del Ecuador, se detalla en forma clara sobre el consentimiento informado. (García M, 2010)

La ley orgánica de la salud dice: “Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos: d) respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos; e) ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna.” (García M, 2010)

El código de ética médica del Ecuador dice: “Art. 15.- El médico no hará ninguna intervención quirúrgica sin previa autorización del enfermo, y si éste no pudiera darla recurrirá a su representante o a un miembro de la familia, salvo que esté de por medio la vida del paciente a corto plazo. En todos los casos la autorización incluirá el tipo de intervención, los riesgos y las posibles complicaciones. Art. 16.- igualmente, los casos que sean sometidos a procedimientos de diagnóstico o de terapéutica que signifiquen riesgo, a juicio del médico tratante, deben tener la autorización del paciente, de su representante o de sus familiares. También lo hará en caso de usar técnicas o drogas nuevas a falta de otros recursos debidamente probados como medios terapéuticos y salvaguardando la vida e integridad del paciente.” (García M, 2010)

Como requisitos del consentimiento informado, se deben cumplir por lo menos los siguientes:

Voluntariedad: Los sujetos deben decidir libremente someterse a un tratamiento o participar en un estudio sin que haya persuasión, manipulación ni coerción. El carácter voluntario del consentimiento es vulnerado cuando es solicitado por personas en posición de autoridad o no se ofrece un tiempo suficiente al paciente para reflexionar, consultar o decidir. (García M, 2010)

Información: debe ser comprensible y debe incluir el objetivo del tratamiento o del estudio, su procedimiento, los beneficios y riesgos potenciales y la posibilidad de rechazar el tratamiento o estudio una vez iniciado en cualquier momento, sin que ello le pueda perjudicar en otros tratamientos. El intercambio comunicativo entre ambos (profesional – paciente), basado en la confianza, ampliará las posibilidades de comprensión de los resultados del tratamiento por parte del paciente. (García M, 2010)

Comprensión: es la capacidad de comprender que tiene el paciente que recibe la información. (García M, 2010)

2.4.2 El Buen Vivir en la Constitución del Ecuador

El Buen Vivir, más que una originalidad de la Carta Constitucional, forma parte de una larga búsqueda de modelos de vida que han impulsado particularmente los actores sociales de América Latina durante las últimas décadas, como parte de sus reivindicaciones frente al modelo económico neoliberal. En el caso ecuatoriano, dichas reivindicaciones fueron reconocidas e incorporadas en la Constitución, convirtiéndose entonces en los principios y orientaciones del nuevo pacto social. (Políticas Culturales y el Buen Vivir en la FILSA 2012, 2012)

La Constitución ecuatoriana hace hincapié en el goce de los derechos como condición del Buen Vivir y en el ejercicio de las responsabilidades en el marco de la interculturalidad y de la convivencia armónica con la naturaleza. (Políticas Culturales y el Buen Vivir en la FILSA 2012, 2012)

2.4.3 Los derechos como Pilares del Buen Vivir

Las innovaciones fundamentales en el campo de los derechos, desde la perspectiva del Buen Vivir en la nueva Constitución del Ecuador, parten del reconocimiento del Estado como "constitucional de derechos y justicia" (Art. 1), frente a la noción tradicional de Estado social de derechos. Este cambio implica el establecimiento de garantías constitucionales que permiten aplicar directa e inmediatamente los derechos, sin necesidad de que exista una legislación secundaria. La Constitución ecuatoriana amplía además las garantías, sin restringirlas a lo judicial. Existen tres tipos de garantías: normativas, políticas públicas y jurisdiccionales (Ávila, 2008: 3-4). De este modo, la política pública pasa a garantizar los derechos. (Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017, 2013)

2.4.4 Constitución 2008

La Constitución de la República del Ecuador (Asamblea Constituyente, 2008) en sus artículos:

“Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La

prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”. (Constitución Política del Ecuador, 2008)

“Art. 42.- El Estado garantiza el derecho a la salud, su promoción, protección, seguridad alimentaria, provisión de agua, saneamiento, promoción de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario y el acceso permanente e ininterrumpido a servicios conforme a principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia”. (El derecho a la Salud, 2008)

“Art. 340.- El sistema nacional de inclusión y equidad social es el conjunto articulado y coordinado de sistemas, instituciones, políticas, normas, programas y servicios que aseguran el ejercicio, garantía y exigibilidad de los derechos reconocidos en la Constitución y el cumplimiento de los objetivos del régimen de desarrollo”. (Constitución Política del Ecuador, 2008)

“Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.” (Constitución Política del Ecuador, 2008)

2.4.5 Ley Orgánica de Salud

La Ley Orgánica de Salud (Ministerio de Salud Pública, 2010) en sus artículos 1, 7 y 10 indica lo siguiente:

“Art. 1. La ley se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioética. (Ley Orgánica de la Salud, 2006)

“Art. 7. Señala los derechos y deberes de las personas y del Estado, estipula que toda persona sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud con el derecho:

a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud. (Ley Orgánica de la Salud, 2006)

“Art. 10. Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud, aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley. (Ley Orgánica de la Salud, 2006)

2.4.6 Código Orgánico Integral Penal

En nuestro país actualmente se han realizado reformaciones importantes en el código penal, modificando y añadiendo nuevos artículos que involucran directamente el sector salud, y con este la seguridad del paciente.

Artículo 145.- Homicidio culposo por mala práctica profesional. La persona que al infringir un deber objetivo de cuidado en el ejercicio o práctica de su profesión, ocasione la muerte de otra, será sancionada con pena privativa de libertad de tres a cinco años.

Además será inhabilitada para el ejercicio de su profesión por un tiempo igual a la mitad de la condena.

Sección segunda

Delitos contra la integridad personal:

Artículo 151.- Lesiones. La persona que lesione a otra será sancionada de acuerdo con las siguientes reglas:

1. Si producto de las lesiones se produce en la víctima un daño, enfermedad o incapacidad de cuatro a ocho días, será sancionada con pena privativa de libertad de treinta a sesenta días.
2. Si produce a la víctima un daño, incapacidad o enfermedad de nueve a treinta días, será sancionada con pena privativa de libertad de dos meses a un año.
3. Si produce a la víctima un daño, incapacidad o enfermedad de treinta y uno a noventa días, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años.
4. Si produce a la víctima una grave enfermedad o una disminución de sus facultades físicas o mentales, o una incapacidad o enfermedad, que no siendo permanente, supere los noventa días, será sancionada con pena privativa de libertad de tres a cinco años.
5. Si produce a la víctima enajenación mental, pérdida de un sentido o de la facultad del habla, inutilidad para el trabajo, incapacidad permanente, pérdida o inutilización de algún órgano o alguna grave enfermedad transmisible e incurable, será sancionada con pena privativa de libertad de cinco a siete años.

La lesión culposa, en cualquiera de los casos anteriores, será sancionada con pena privativa de libertad de un cuarto de la pena mínima prevista en cada caso. Si la lesión se produce durante concentraciones masivas, tumulto, conmoción popular,

evento deportivo o calamidad pública, será sancionada con el máximo de la pena privativa de libertad prevista para cada caso, aumentada en un tercio.

Artículo 215.- Propagación de enfermedad de alta letalidad. La persona que cause un daño irreparable, irreversible o permanente a la salud de otra persona, al utilizar elementos biológicos o agroquímicos, será sancionada con pena privativa de libertad de siete a diez años.

Artículo 218.- Desatención del servicio de salud. La persona que, en obligación de prestar un servicio de salud y con la capacidad de hacerlo, se niegue a atender a pacientes en casos de emergencia o en estado crítico, será sancionada con pena privativa de libertad de tres a cinco años.

Si se produce la muerte de la víctima, la persona será sancionada con pena privativa de libertad de trece a dieciséis años.

Si se determina responsabilidad penal de una persona jurídica, será sancionada con multa de treinta a cincuenta salarios básicos unificados del trabajador en general y la clausura temporal. (Reinoso, y otros, 2013)

2.4.7 Mala praxis

Se considera que “existirá mala praxis en el área de la salud cuando se provoque un daño en el cuerpo o en la salud de la persona humana, sea este daño parcial o total, limitado en el tiempo o permanente, como consecuencias de un accionar profesional rea;;lizado con imprudencia o negligencia, impericia en su profesión o arte de curar o por inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo. (Torres L, 2011)

Al referirse a la mala praxis, es importante tener en cuenta que debe existir un daño verificable en el cuerpo o en la salud del usuario, entendiendo la salud desde el punto de vista físico y mental, incluyendo todas las alteraciones y trastornos psiquiátricos, psicológicos y laborales, tanto individuales como aquellos que tengan incidencia en las demás personas. El daño incluye no solo el deterioro físico y psicológico del individuo, sino también la disminución y los efectos nocivos que adicionalmente afectan a la persona sujeto de la mala praxis. Es decir, la disminución en sus ingresos y la alteración de la totalidad de sus actividades sociales, laborales y recreativas. (Torres L, 2011)

Una de las profesiones más hermosas y sacrificadas, por estar consagrada a preservar la vida y salud de la humanidad y por el gran esfuerzo que ello implica, es la Medicina, los profesionales de la salud (médicos, odontólogos, enfermeras/os, obstetrices/as, tecnólogos, etc.), a diferencia de otras profesiones, están expuestos a cometer mayor número de errores o desviaciones por el alto número de personas que atienden, una realidad que se pudo evidenciar en el Hospital San Vicente de Paúl – Ibarra- Ecuador.

2.5 Marco Ético

2.5.1 Principios éticos básicos

Toda investigación en que participen seres humanos debe realizarse de acuerdo con cuatro principios éticos básicos, a saber, el respeto por las personas, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. Se da por sentado habitualmente que estos principios guían la preparación concienzuda de propuestas para los estudio científicos. El respeto por las personas incorpora principios éticos fundamentales, a saber: (Principios generales de ética, 2010)

La autonomía.- Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones. (Principios generales de ética, 2010)

Beneficencia y no maleficencia.- ("No hagas daño") ocupa un lugar preponderante en la tradición de la ética médica, y protege contra daños evitables a los pacientes, Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada. (Principios generales de ética, 2010)

La justicia.- La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. (Principios generales de ética, 2010)

Valor fundamental de la vida humana.- El derecho a la vida aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto o a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida. Para ser libre es necesario vivir. Por esto la vida es indispensable para el ejercicio de la libertad. (Principios generales de ética, 2010)

2.6 Variables

2.6.1 Variables Independientes

1. Edad
2. Sexo
3. Factores intrínsecos
4. Factores extrínsecos
5. Tipo de servicio
6. Curso autoadministrado

2.6.2 Variables Dependientes

1. Evento Adverso Relacionado Con Los Cuidados De Enfermería
2. Criterio Determinante

2.6.3 Matriz de relación de variables

Tabla 1 Matriz de Relación de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Características poblacionales	Características sociales/ demográficas de los paciente ingresados en los diferentes servicios del HSVP.	Edad Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Años cumplidos	Edad <1 año 1-15 años 16-45 años 46-65 años > 65 años
		Sexo Características orgánicas que determinan si es hombre o mujer	Porcentaje de Pacientes	Masculino Femenino
Evento Adverso Relacionado con los Cuidados de	Son las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud (Cuidado de	Eventos adversos derivados de las acciones de Enfermería	Evidencia de Eventos adversos derivados del cuidado de Enfermería Procedimientos Enfermeros:	- Prevenible - No Prevenible

Enfermería	Enfermería)		<ul style="list-style-type: none"> -Administración de Medicación -Utilización incorrecta de barreras de protección -Mal manejo de la Historia Clínica -Cuidado directo del paciente inadecuado 	
Factores de riesgo extrínsecos	Son los factores derivados de determinadas terapias o procedimientos diagnósticos.	Factores de riesgo extrínseco	Ausencia o presencia de factor extrínseco: <ul style="list-style-type: none"> -Catéter venoso periférico -Catéter venoso central -Nutrición enteral -Bomba de Infusión -Hemodiálisis -Ventilación mecánica - Sonda Urinaria abierta 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Presente

			<ul style="list-style-type: none"> -Sonda Urinaria Cerrada -Terapia Inmunosupresora -Paracentesis Evacuadora -Sedación -Sonda Nasogástrica 	
Factores Intrínsecos	Son los factores relacionados con la condición o comportamiento de la persona originados como consecuencia directa de un problema de salud.	Factores de Riesgo Intrínseco	<ul style="list-style-type: none"> Ausencia o presencia de factores intrínsecos -Úlcera por presión -Insuficiencia Renal -Alteración de la conciencia (estupor, confusión) -Deficiencias sensoriales -Alteración motora (neurológica o 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Presente

			reumática) -Incontinencia fecal -Diabetes -Enfermedad psiquiátrica en fase activa -Dependiente abvd -Tabaquismo activo -Hipoalbuminemia/ desnutrición -Hipertensión -Neoplasia -Otra alteración cutánea	
Criterios Determinantes	Regla o norma conforme a la cual se establece un juicio o se toma una determinación	Valorar eventos adversos que pudieron evitarse en cuanto al cuidado de enfermería	Criterio determinante que pudo haberse evitado relacionado con los cuidados de enfermería Procedimientos	- EA evitables relacionados al cuidado de enfermería - EA no

			enfermeros: -Correcta administración de medicación -Utilización de barrearas de Protección - Manejo adecuado de la historia clínica -Cuidado directo del paciente con calidad y calidez	evitables relacionados al cuidado de Enfermería
--	--	--	---	--

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

El tipo de investigación es Observacional, Descriptivo, Prospectivo no experimental con una metodología de enfoque mixto (cualicuantitativo).

El tipo de investigación de nuestro estudio es observacional ya que nosotros como investigadores no decidimos ni manipulamos quienes van a estar expuestos a determinado factor. En nuestro caso no controlamos ni manipulamos a las variables de nuestro estudio sino que estas se dieron o se desarrollaron dentro de un contexto independiente a nuestra voluntad.

Hay que recalcar que la observación científica se encuentra en dos niveles pasiva y activa de acuerdo a estos dos criterios se encuentra dentro de la observación pasiva en la cual el investigador observa los fenómenos naturales sin interferir en ellos; es decir, conserva una actitud pasiva ante los hechos. El investigador observa y registra, mide pero no interviene.

Es Descriptiva porque describe las características o datos para conocer el impacto que van a generar las mismas por Ejemplo: el evento más frecuente que afecta a los adultos mayores y la respuesta a esto que se hace para prevenir estos eventos adversos y por lo tanto los pacientes no padecerlos. La descripción se expresa de dos maneras cualitativa y cuantitativa por eso nuestro enfoque es de origen mixto

Es Prospectivo porque es un estudio que se inicia con la exposición de una supuesta causa y luego va a seguirse a través del tiempo para determinar la presencia o ausencia del efecto.

Nuestro seguimiento se lo realizo 72 horas post evento mediante la aplicación de cribados y seguimiento con la Historia Clínica, para verificar si había reingresos con eventos adversos.

Es no experimental porque se realizó sin manipular deliberadamente las variables. Se basa fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para analizarlos con posterioridad.

Con una metodología con enfoque mixto cuali cuantitativo:

La metodología cualitativa, como indica su propia denominación, tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno

La metodología Cuantitativa es aquella que permite examinar los datos de manera numérica. Ejemplo en nuestro estudio es la edad expresados símbolos matemáticos medibles.

3.2 Diseño de estudio

El estudio fue observacional descriptivo de cohorte concurrente de pacientes hospitalizados al menos 24 horas entre el 2 de diciembre al 11 de diciembre de 2013, pertenecientes al Hospital San Vicente de Paúl.

Permitiendo “la observación y registro” de los acontecimientos sin intervención alguna en el curso natural de estos, para determinar la distribución del evento adverso en relación con los servicios asistenciales, factores intrínsecos y extrínsecos asociados a cuidados de enfermería.

Es de cohorte concurrente porque los grupos expuestos se obtuvieron de una población general y no grupos selectos porque nosotros no tuvimos una población específica. Si no se los obtuvo a los pacientes admisibles a la Guía de cribado GC.

3.3 Población y muestra

3.3.1 Población

La población de estudio estuvo constituido por 286 pacientes que ingresaron al Hospital San Vicente de Paúl, en la etapa de campo (2 de diciembre – 11 de diciembre de 2013) en los servicios en estudio.

3.3.2 Muestra

La muestra de estudio fueron 45 casos registrados en el Sistema de Información para la Vigilancia y Control de Efectos Adversos, los cuales fueron identificados por el sistema al aplicar el Cuestionario Modular MRF2 el cuál únicamente se desplegaba si el paciente presentaba evento adverso, previo a un tamizaje realizado con la Guía de Cribado GC, de los cuales 26 casos presentaron eventos adversos relacionados a los Cuidados de Enfermería los cuales fueron seleccionados de forma discrecional tomando en cuenta los criterios determinantes especificados en la tabla de variables, siendo estos nuestros casos reales y la base para nuestro estudio.

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

3.4.1 Criterios de inclusión

- Paciente hospitalizado HSVP.
- Haber cumplido 24 hs. de estancia hospitalaria y sea cual fuese la causa del ingreso, la especialidad o el servicio.
- Ingreso de Fecha (7 días).
- Consentimiento informado de participación.

3.4.2 Criterios de exclusión

- Pacientes ingresados al HSVP previo a las 24 horas de hospitalizados en la semana de estudio.
- Se descartan eventos adversos referidos de otras Unidades Operativas.
- Negación de la participación en el estudio.

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.5.1 Revisión de literatura científica

Comprende todas las actividades relacionadas con la búsqueda de información que tuvimos que realizar previamente sobre el tema, empaparnos sobre cuidados enfermeros, calidad de atención de salud, e innumerables temas relacionados a Seguridad del Paciente para fundamentar el propósito de la investigación y al mismo tiempo desarrollar el marco teórico y/o conceptual de nuestro trabajo de tesis.

3.5.2 Revisión documental

Se complementó con la revisión de la Historia Clínica documento médico-legal de todos los pacientes que fueron la muestra de estudio, para la recolección de información necesaria post evento, lo cual nos llevó a conocer si presentaron algún tipo de lesión o complicación y verificar si el evento adverso fue ocasionado por cuidados de enfermeros.

3.5.3 Observación directa

Esta técnica tuvo como propósito identificar el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis. Elemento fundamental del proceso investigativo para la obtención del mayor número de datos.

3.5.4 Encuesta de Cribado (Guía De Cribado - GC)

También conocido como screening o Tamizaje (Según la OPS).Este sirvió como sistema de alerta o rastreo de posibles incidentes.

3.5.4.1 Cribado I: (Guía De Cribado – GC)

Para el screening o tamizaje, se utilizó la guía de cribado de efectos adversos, adaptada del estudio IDEA23 (Anexo 1).

Encuesta con el cuestionario modular para revisión de casos MRF242, versión española (Anexo 2), modificado tras la experiencia del estudio ENEAS. El formulario consta de 5 módulos:

Módulo A: Identifica el Efecto Adverso. Guía De Cribado (GC)

3.5.4.2 Cribado II: (Cuestionario Modular - MRF2)

Módulo B: Describe la lesión y sus efectos.

Módulo C: Circunstancias (momento) de la hospitalización en que ocurrió el efecto (C0: Antes de la admisión; C1: Admisión a planta; C2: Procedimientos; C3: Reanimación, UCI; C4: Cuidados en planta; C5: Asesoramiento al alta).

Módulo D: Principales problemas en el proceso asistencial (D1: Error diagnóstico; D2: Valoración general; D3: Supervisión y cuidados; D4: Infección nosocomial; D5: Procedimiento quirúrgico; D6: Medicación; D7: Reanimación).

Módulo E: Factores causales y posibilidades de prevención.

3.5.5 Diario de Campo

El diario de campo es un instrumento utilizado por los investigadores para registrar aquellos hechos que son susceptibles de ser interpretados. En este sentido, el diario de campo fue una herramienta que permitió sistematizar las experiencias para luego analizar los resultados, utilizado en la investigación para tomar nota de datos importantes o algún tipo de novedad que se presentara, al igual que datos informativos de los pacientes y de los investigadores responsables de cada servicio.

3.5.6 Herramientas Tecnológicas

Aplicación informática SPSS V.18

3.5.7 Procedimiento

Para la presente investigación primeramente se inició con la revisión bibliográfica de literatura científica misma que permitió contar con referentes teóricos de otras investigaciones similares que sirvieron de base para esta investigación y reforzar los conocimientos.

Se capacitó a todo el personal de salud que participó en la investigación de seguridad del paciente, para la vigilancia activa de pacientes hospitalizados. Este procedimiento fue llevado diariamente previo a la etapa de campo, socializando los antecedentes, objetivos, metodología, los instrumentos a utilizar para el registro de casos y las respectivas variables, así se despejó dudas existentes para que la semana de campo sea exitosa, también se capacitó sobre el registro de casos en la aplicación Online IDEA (Identificación de Efectos Adversos) del SIVCEA (Sistema de Información para la Vigilancia y Control de Efectos Adversos), previo a esto se asignó un usuario y contraseña a todo el personal de salud e investigadores participantes en el estudio para poder acceder al sistema online de la aplicación.

En la semana de campo comprendida del 2 al 11 de diciembre de 2013 se realizó en la primera fase la aplicación de la Guía de Cribado GC a todos los pacientes que cumplieron las 24hs. de estancia hospitalaria. En una segunda fase se procedió a aplicar el Cuestionario Modular MRF2 el cuál se desplegaba únicamente si el paciente presentaba evento adverso, previo a un tamizaje realizado con la Guía de Cribado GC. Para determinar si el evento adverso estaba relacionado a los cuidados de enfermería. Posterior a la etapa de campo se realizó un monitoreo activo de 72hs. de post-evento, el cual nos ayudó a identificar posibles reingresos con presencia de eventos adversos.

Finalmente se realizó la revisión de base de datos Los datos se introducirán en la base de datos de la aplicación informática para la gestión de los datos (Sistema de Vigilancia y Control de Efectos Adversos) realizándose una depuración de los mismos mediante rangos y cruce de campos lógicos.

3.5.8 Análisis e Interpretación de Datos

En el análisis e interpretación de datos se aplicó un diseño uni y bivariado, para lo cual se utilizó el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), el cual ayudo en la representación estadística mediante el paquete Excel, a través de un análisis descriptivo básico.

3.5.9 Validez Y Confiabilidad

Los instrumentos son de uso internacional, para estudios de seguridad del paciente, el cribado I (módulo A) fue aplicado en el Estudio de frecuencia de eventos adversos en la Asistencia Hospitalaria – Proyecto IDEA y está Basado en “*Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I-II. NEJM 1991; 324:370-84*”. (Versión española).

Por otro lado el Cribado II – Modulo B – E (Cuestionario Modular MRF2), fue aplicado en el Estudio de la frecuencia de Eventos Adversos en la Asistencia Hospitalaria – PROYECTO IDEA y está Basado en “Cuestionario modular para la revisión de Efectos Adversos”. Clinical Safety Research Unit, Imperial College, London. (Versión española)

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS

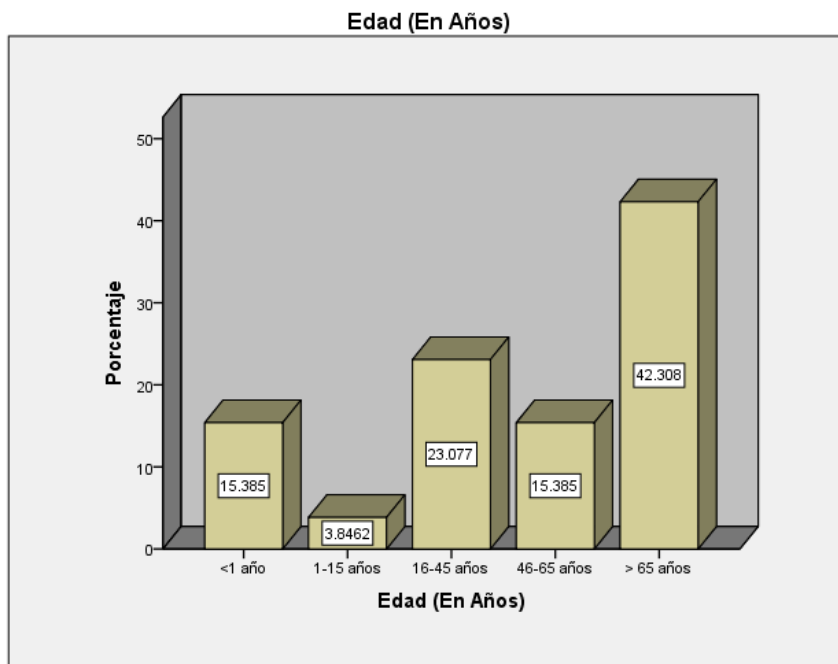
4.1 Resultados

Tabla 2 Frecuencia Variable Edad

		Edad (En Años)			
		Frecuencia	Porcentaje	Porc Válido	Porc Acumulado
Válidos	<1 Año	4	15,40%	15,40%	15,40%
	1-15 Años	1	3,80%	3,80%	19,20%
	16-45 Años	6	23,10%	23,10%	42,30%
	46-65 Años	4	15,40%	15,40%	57,70%
	> 65 Años	11	42,30%	42,30%	100,00%
	Total		26	100,00%	100,00%

Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Gráfico 1 Frecuencia Variable Edad



Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Análisis.- De los pacientes con EA relacionados con los cuidados de enfermería, la edad con mayor frecuencia fue en adultos mayores de 65 años, esto se relaciona a que este grupo es considerado el más frágil y predispuesto a sufrir EA debido al cúmulo de factores intrínsecos a la edad. Por otra parte se ve afectada la población económicamente activa que se encuentra entre los 16-45 años, lo que a más de alterar su salud, se altera la matriz económica familiar y los procesos productivos de una economía de un país, ya que se deja de generar ingresos a nivel micro y macro. En un menor número pero importante también se ve afectada la edad de menores de 1 año, lo que nos demuestra que los EA afectan a los dos extremos y la parte media en cuanto a las edades. Lo que genera una alteración en la matriz productiva y económica del país al igual que se altera el proceso normal de la salud de la población en los diferentes rangos de edad.

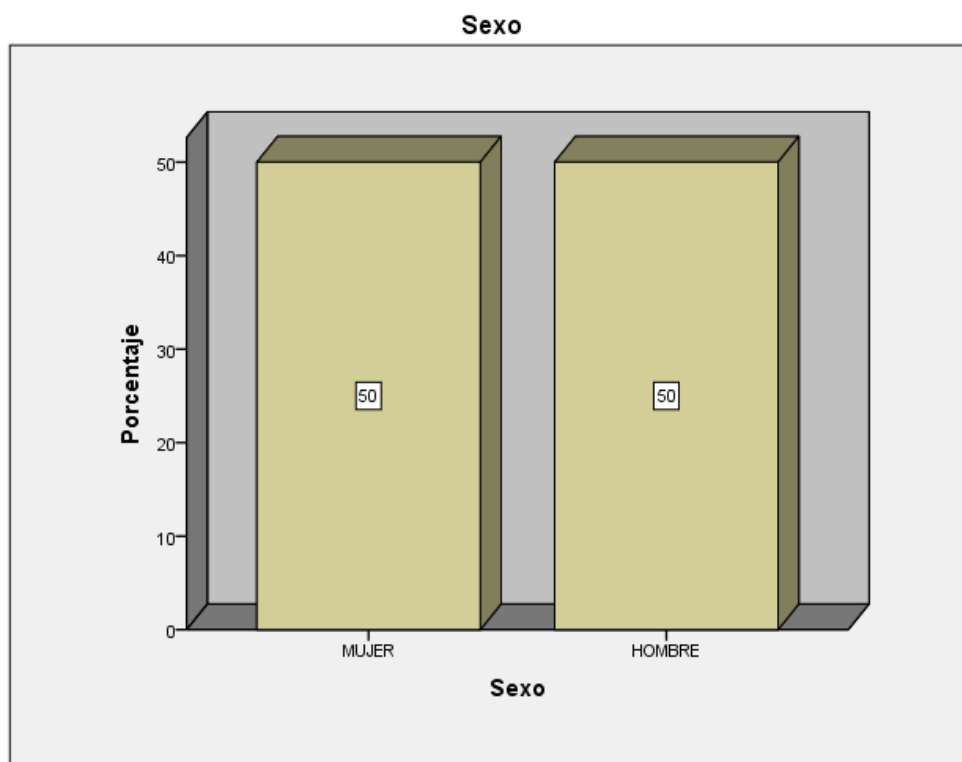
Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Tabla 3 Frecuencia Variable Sexo

		Sexo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porc Válido	Porc Acumulado
Válidos	MUJER	13	50,00%	50,00%	50,00%
	HOMBRE	13	50,00%	50,00%	100,00%
	Total	26	100,00%	100,00%	

Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Gráfico 2 Frecuencia Variable Sexo



Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

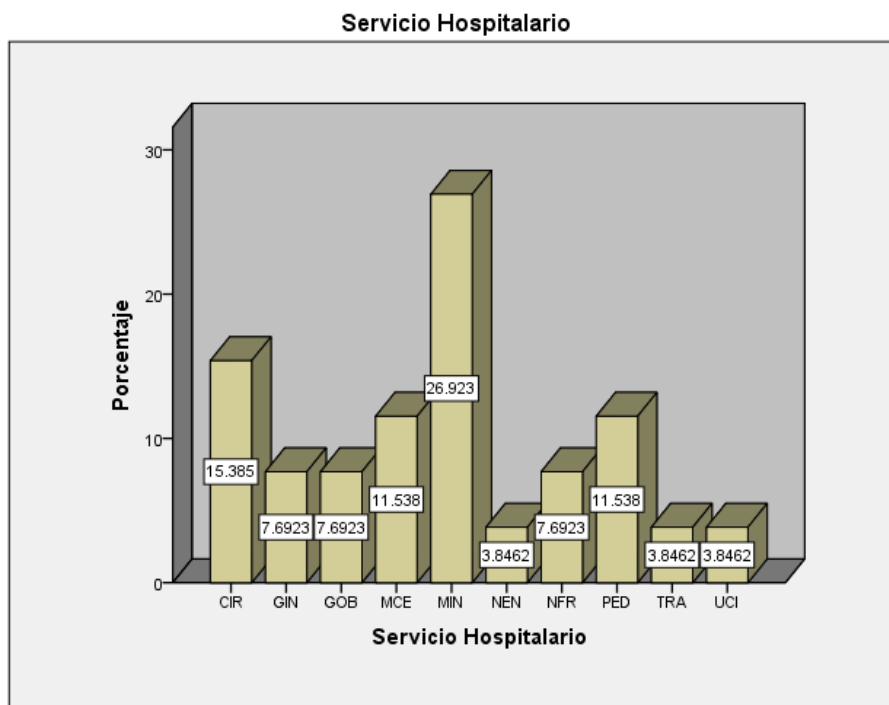
Análisis.- De los pacientes con eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería 13 correspondieron a hombres (50 %) y 13 correspondieron a mujeres (50 %). Es importante mencionar que el sexo no es un factor determinante en la aparición de los eventos adversos derivados de la atención por personal de enfermería. Por lo tanto no existe un discrimen de género en cuanto a este estudio.

Tabla 4 Frecuencia Variable Servicio Hospitalario

		Servicio Hospitalario			
		Frecuencia	Porcentaje	Porc Válido	Porc Acumulado
Válidos	CIR	4	15,40%	15,40%	15,40%
	GIN	2	7,70%	7,70%	23,10%
	GOB	2	7,70%	7,70%	30,80%
	MCE	3	11,50%	11,50%	42,30%
	MIN	7	26,90%	26,90%	69,20%
	NEN	1	3,80%	3,80%	73,10%
	NFR	2	7,70%	7,70%	80,80%
	PED	3	11,50%	11,50%	92,30%
	TRA	1	3,80%	3,80%	96,20%
	UCI	1	3,80%	3,80%	100,00%
	Total		26	100,00%	100,00%

Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Gráfico 3 Frecuencia Variable Servicio Hospitalario



Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

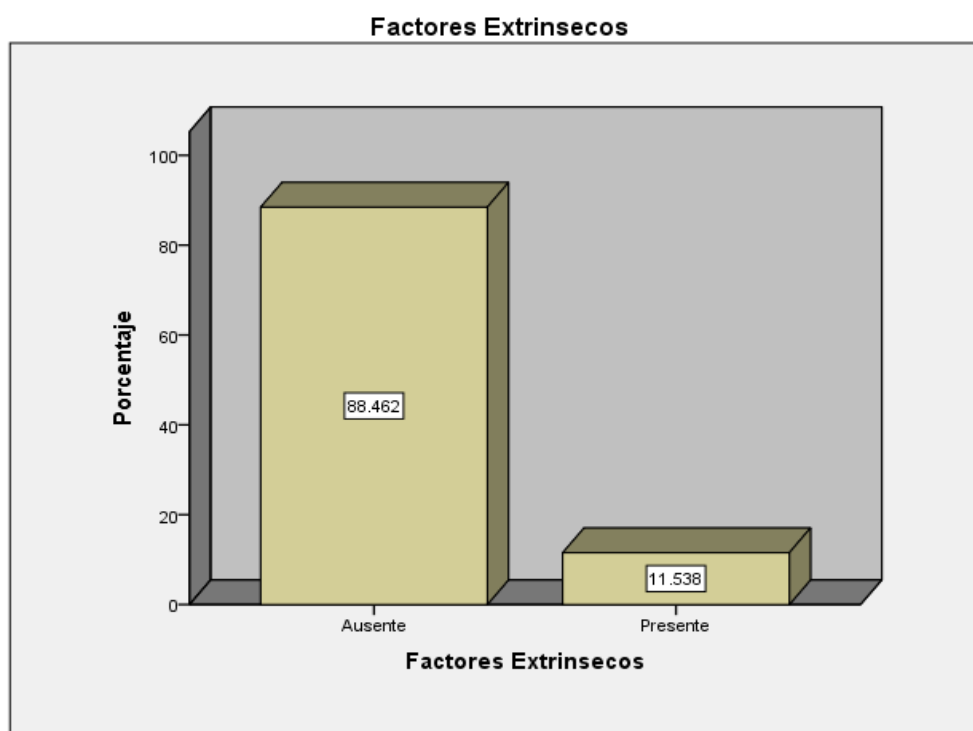
Análisis.- Los servicios hospitalarios donde se encontró la mayor frecuencia de eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería fueron: Medicina Interna, Cirugía, Emergencia y Pediatría, ya que la incidencia de los mismos tiende a aumentar en servicios de mayor complejidad por lo que se aplica a mayor complejidad del servicio mayor riesgo es por eso que se requiere una atención del cuidado directo de enfermería especializado. Por otra parte los medios de diagnósticos invasivos que se realizan hacen que aumente el riesgo de padecer un EA. En el mismo sentido una estancia prolongada, el cuidado inmediato y el cuidado especializado de enfermería en pacientes pediátricos que son un grupo etario de riesgo hace que estos servicios engloben un mayor riesgo para ocasionar a los pacientes un EA relacionado con los cuidados de enfermería.

Tabla 5 Frecuencia Variable Factores De Riesgo Extrínsecos

		Factores Extrínsecos			
		Frecuencia	Porcentaje	Porc Válido	Porc Acumulado
Válidos	Ausente	23	88,50%	88,50%	88,50%
	Presente	3	11,50%	11,50%	100,00%
Total		26	100,00%	100,00%	

Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Gráfico 4 Frecuencia Variable Factores De Riesgo Extrínsecos



Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

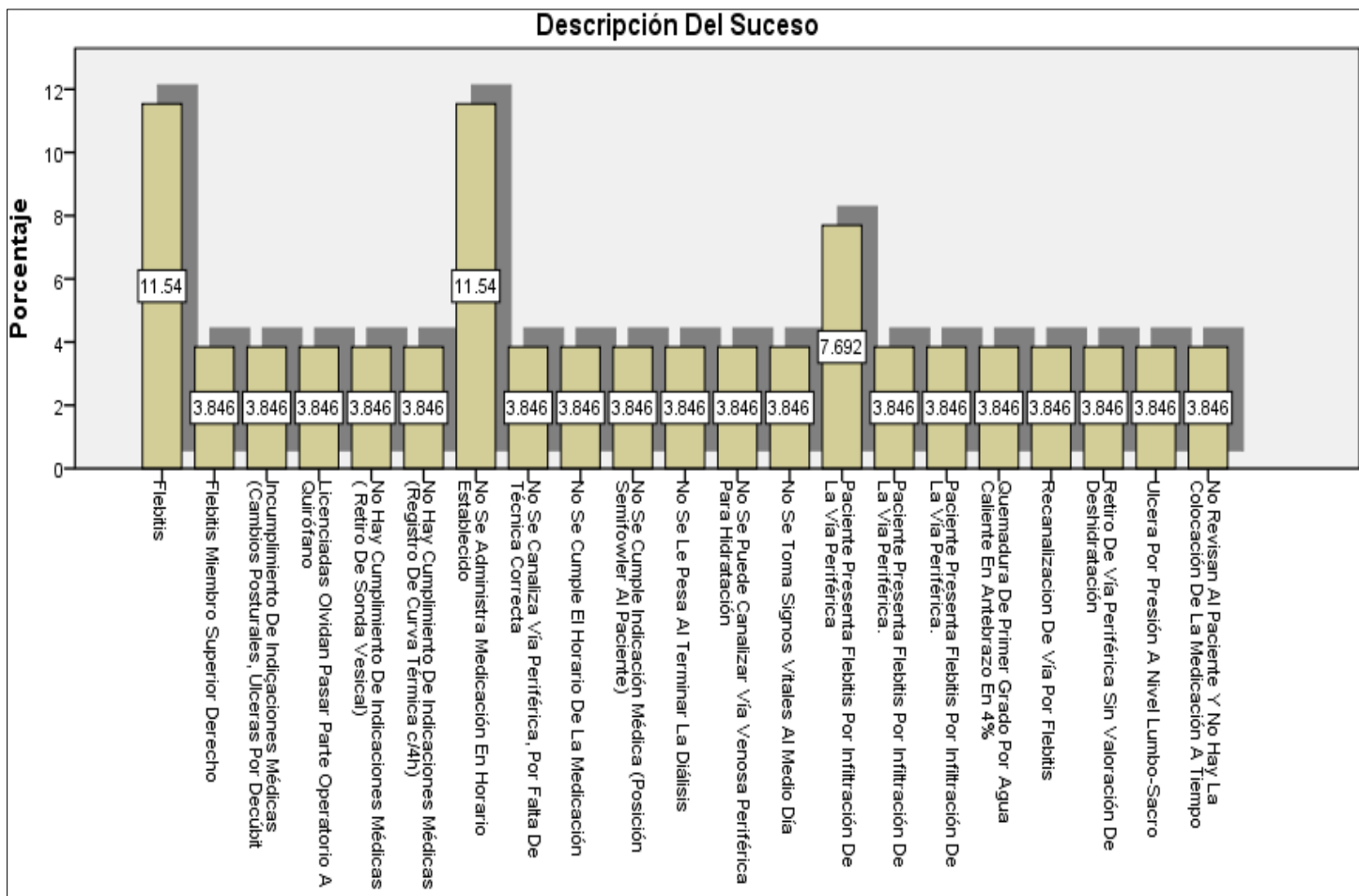
Análisis.- Se puede observar la presencia de factores extrínsecos en un 11,50% ya que en los pacientes hospitalizados se utilizaron dispositivos (intravenosos, sondas etc.) requeridos en el plan de tratamiento. Razón por la que podría elevar el riesgo de desencadenar evento adverso debido a dichos factores.

Tabla 6 Frecuencia Variable Descripción del Suceso

		Descripción del Suceso			
		Frecuencia	Porcentaje	Porc Válido	Porc Acumulado
Válidos	Flebitis	3	11,50%	11,50%	11,50%
	Flebitis Miembro Superior Derecho	1	3,80%	3,80%	15,40%
	Incumplimiento De Indicaciones Médicas (Cambios Posturales, Ulceras Por Decúbito	1	3,80%	3,80%	19,20%
	Licenciadas Olvidan Pasar Parte Operatorio A Quirófano	1	3,80%	3,80%	23,10%
	No Hay Cumplimiento De Indicaciones Médicas (Retiro De Sonda Vesical).	1	3,80%	3,80%	26,90%
	No Hay Cumplimiento De Indicaciones Médicas(Registro De Curva Térmica c/4h)	1	3,80%	3,80%	30,80%
	No Revisan Al Paciente Y No Hay La Colocación De La Medicación A Tiempo	1	3,80%	3,80%	34,60%
	No Se Administra Medicación En Horario Establecido	3	11,50%	11,50%	46,20%
	No Se Canaliza Vía Periférica, Por Falta De Técnica Correcta	1	3,80%	3,80%	50,00%
	No Se Cumple El Horario De La Medicación	1	3,80%	3,80%	53,80%
	No Se Cumple Indicación Médica (Posición Semifowler Al Paciente)	1	3,80%	3,80%	57,70%
	No Se Le Pesa Al Terminar La Diálisis	1	3,80%	3,80%	61,50%
	No Se Puede Canalizar Vía Venosa Periférica Para Hidratación	1	3,80%	3,80%	65,40%
	No Se Toma Signos Vitales Al Medio Día	1	3,80%	3,80%	69,20%
	Paciente Presenta Flebitis Por Infiltración De La Vía Periférica.	4	15,40%	15,40%	84,60%
	Quemadura De Primer Grado Por Agua Caliente En Antebrazo En 4%	1	3,80%	3,80%	88,50%
	Recanalización De Vía Por Flebitis	1	3,80%	3,80%	92,30%
	Retiro De Vía Periférica Sin Valoración De Deshidratación	1	3,80%	3,80%	96,20%
	Ulcera Por Presión A Nivel Lumbo-Sacro	1	3,80%	3,80%	100,00%
	Total	26	100,00%	100,00%	

Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Gráfico 5 Frecuencia Variable Descripción Del Suceso



Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

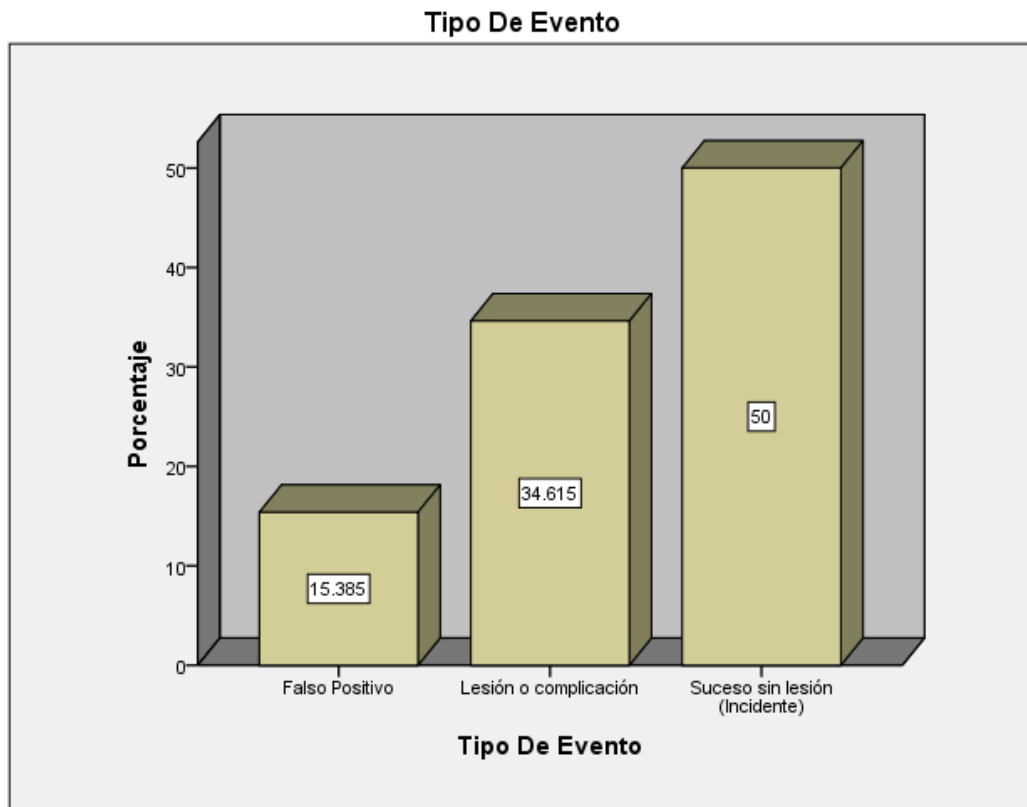
Análisis.- Los sucesos que se presentaron con mayor incidencia fueron: flebitis y no se administra medicación en horario establecido. La aparición de un evento adverso como flebitis está condicionado principalmente por el tratamiento farmacológico que estuvo recibiendo, siendo más susceptible a antibioticoterapia. Es inherente al tiempo de estancia hospitalaria y al sitio de inserción del catéter venoso periférico. Además se puede decir que debido a la alta incidencia reportada de flebitis, existe una relación con la mala técnica al momento de canalizar. Por otra parte la no administración de medicación en un horario establecido se relaciona con la falta de personal y demanda de los servicios. Por lo que se evidencia una falta de gestión y poca organización.

Tabla 7 Frecuencia Variable Tipo de Evento

		Tipo De Evento			
		Frecuencia	Porcentaje	Porc Válido	Porc Acumulado
Válidos	Falso Positivo	4	15,40%	15,40%	15,40%
	Lesión O Complicación	9	34,60%	34,60%	50,00%
	Suceso Sin Lesión (Incidente)	13	50,00%	50,00%	100,00%
	Total	26	100,00%	100,00%	

Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Gráfico 6 Frecuencia Variable Tipo de Evento



Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

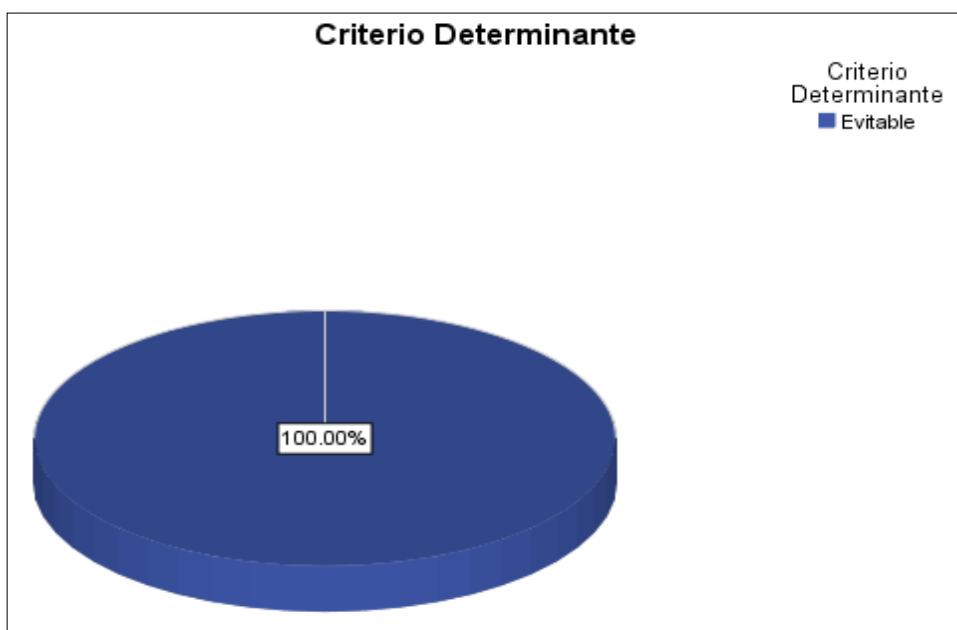
Análisis.- Los pacientes presentaron una frecuencia alta de sucesos sin lesión (Incidente) los cuales no hicieron que se ponga en riesgo la vida del paciente, ni que aumente la estancia hospitalaria y tampoco el costo económico de la misma, sin embargo hay que tomar en cuenta que todos los pacientes sufren un falso positivo inesperado que no ocasiona daño pero si afecta a la calidad de atención que se brinda. Por otra parte se registran casos con lesiones o complicaciones los cuales agravaron el cuadro clínico del paciente, aumentaron su estancia en el servicio y los costos económicos subieron, lo que nos demuestra que la frecuencia de eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería es alta por lo que tanto los procesos de atención de enfermería en el cuidado directo y el cumplimiento de protocolos al momento de realizar los procedimientos con el paciente están fallando.

Tabla 8 Frecuencia Variable Criterio Determinante

	Frecuencia	Porcentaje	Porc Válido	Porc Acumulado
Válidos Eitable	26	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Gráfico 7 Frecuencia Variable Criterio Determinante



Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Análisis.- Se pudo detectar que todos los casos pudieron haberse evitado. Si bien los pacientes tenían factores de riesgos asociados con las patologías, los eventos adversos que se produjeron en estos tienen una alta evitabilidad. Aunque dentro de nuestras políticas de calidad no se encuentra incluido las alertas de seguridad como mecanismo para prevenir la aparición de dichos eventos también aún falta mucha cultura de la seguridad dentro de los profesionales de la salud que laboran en la institución, por lo que es importante y urgente capacitarlos periódicamente con el fin de brindar una calidad en atención al cuidado directo de los pacientes, disminuir los EA relacionados con los cuidados de enfermería y sus costos.

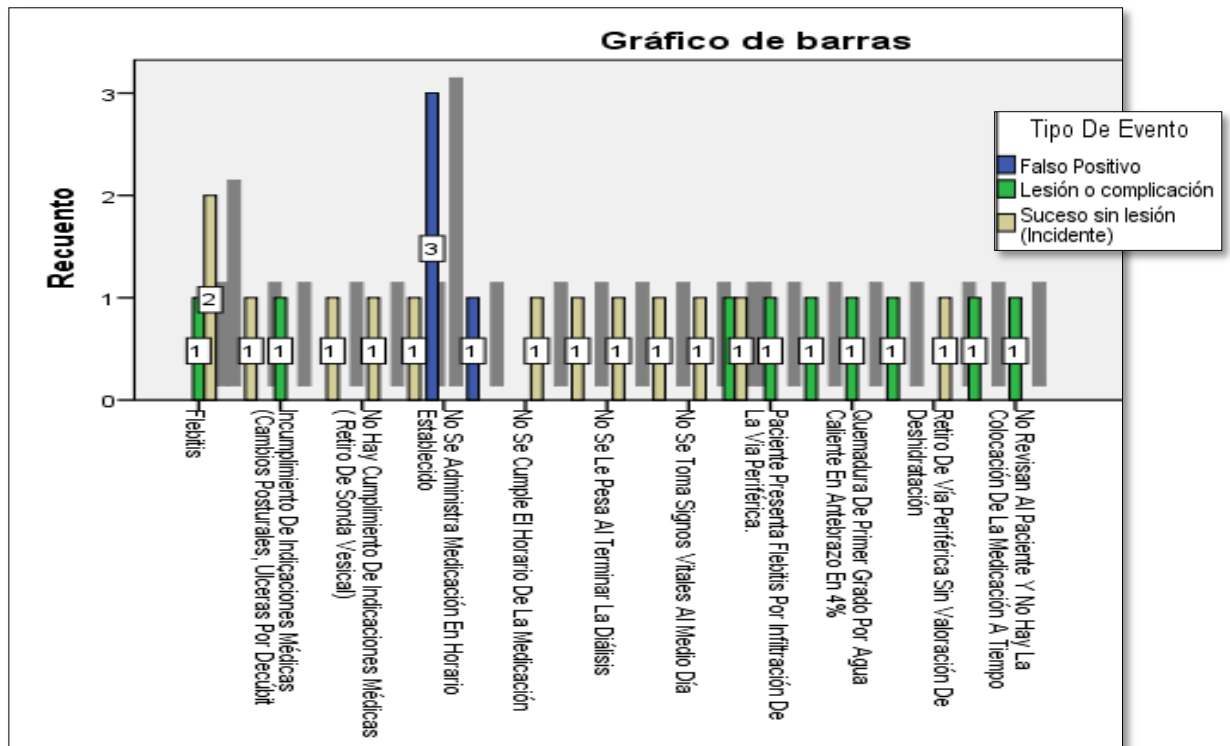
Tabla 9 De Contingencia Descripción del Suceso/Tipo de Evento

Tabla De Contingencia Descripción Del Suceso * Tipo De Evento

Recuento		Tipo De Evento			Total
		Falso Positivo	Lesión O Complicación	Suceso Sin Lesión (Incidente)	
Descripción Del Suceso	Flebitis	0,00%	3,80%	7,70%	11,50%
	Flebitis Miembro Superior Derecho	0,00%	0,00%	3,80%	3,80%
	Incumplimiento De Indicaciones Médicas (Cambios Posturales, Ulceras Por Decúbito)	0,00%	3,80%	0,00%	3,80%
	Licenciadas Olvidan Pasar Parte Operatorio A Quirófano	0,00%	0,00%	3,80%	3,80%
	No Hay Cumplimiento De Indicaciones Médicas (Retiro De Sonda Vesical).	0,00%	0,00%	3,80%	3,80%
	No Hay Cumplimiento De Indicaciones Médicas (Registro De Curva Térmica c/4h)	0,00%	0,00%	3,80%	3,80%
	No Revisan Al Paciente Y No Hay La Colocación De La Medicación A Tiempo	0,00%	3,80%	0,00%	3,80%
	No Se Administra Medicación En Horario Establecido	11,50%	0,00%	0,00%	11,50%
	No Se Canaliza Vía Periférica, Por Falta De Técnica Correcta	3,80%	0,00%	0,00%	3,80%
	No Se Cumple El Horario De La Medicación	0,00%	0,00%	3,80%	3,80%
	No Se Cumple Indicación Médica (Posición Semifowler Al Paciente)	0,00%	0,00%	3,80%	3,80%
	No Se Le Pesa Al Terminar La Diálisis	0,00%	0,00%	3,80%	3,80%
	No Se Puede Canalizar Vía Venosa Periférica Para Hidratación	0,00%	0,00%	3,80%	3,80%
	No Se Toma Signos Vitales Al Medio Día	0,00%	0,00%	3,80%	3,80%
	Paciente Presenta Flebitis Por Infiltración De La Vía Periférica.	0,00%	11,50%	3,80%	15,40%
	Quemadura De Primer Grado Por Agua Caliente En Antebrazo En 4%	0,00%	3,80%	0,00%	3,80%
	Recanalización De Vía Por Flebitis	0,00%	3,80%	0,00%	3,80%
	Retiro De Vía Periférica Sin Valoración De Deshidratación	0,00%	0,00%	3,80%	3,80%
	Ulcera Por Presión A Nivel Lumbo-Sacro	0,00%	3,80%	0,00%	3,80%
	Total	15,40%	34,60%	50,00%	100,00%

Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Gráfico 8 De Contingencia Descripción del Suceso/Tipo de Evento



Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Análisis.- De acuerdo a la tabla de contingencia de las variables Descripción del Suceso-Tipo de Evento, se pudo observar que los casos corresponden a sucesos sin lesión (incidentes) a causa de: flebitis e incumplimiento de indicaciones médicas. Por otra parte se reportaron casos con lesión o complicación a causa de: flebitis y quemadura de primer grado por agua caliente en antebrazo en un 4%. También se registraron casos con falsos positivos a causa de: no se administra medicación en horario establecido y no se canaliza vía periférica, por falta de técnica correcta. Existe un gran porcentaje de sucesos que ocasionan incidentes, lesiones o complicaciones, principalmente a causa de flebitis, lo que está condicionado principalmente por el tratamiento farmacológico que estuvo recibiendo, siendo más susceptible a antibioticoterapia. Es inherente al tiempo de estancia hospitalaria y al sitio de inserción del catéter venoso periférico. Por la alta incidencia de este tipo de EA se deduce que se debe probablemente a la falta de una correcta técnica al momento de canalizar, incumplimiento de los procesos de atención de enfermería e incumplimiento de protocolos al momento de realizar el procedimiento. En cuanto a

las complicaciones más graves de las flebitis que se refieren en la literatura son la tromboflebitis purulenta, la sepsis y la formación de trombosis, que conducen a una mayor duración de la hospitalización, necesidad de antibióticos e intervención quirúrgica posible, lo cual genera altas tasas de morbilidad y mortalidad que en muchos casos es subestimada.

Tabla 10 De Contingencia Descripción del Suceso/Criterio Determinante

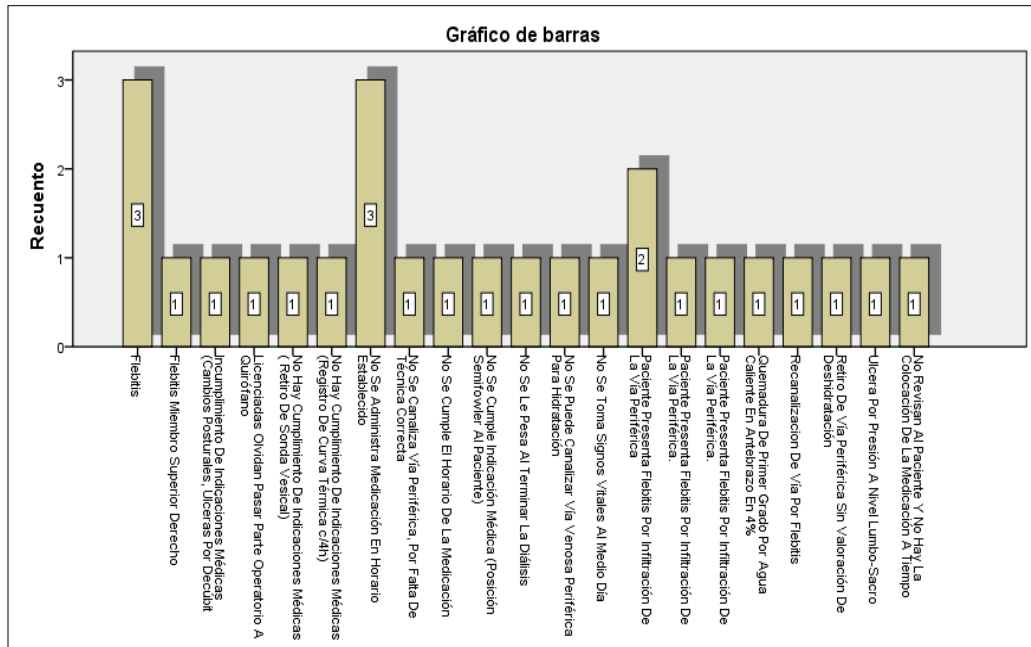
Tabla De Contingencia Descripción Del Suceso * Criterio Determinante

Recuento

	Criterio Determinante	Total	
	Evitable		
	Flebitis	11,50%	11,50%
	Flebitis Miembro Superior Derecho	3,80%	3,80%
	Incumplimiento De Indicaciones Médicas (Cambios Posturales)	3,80%	3,80%
	Licenciadas Olvidan Pasar Parte Operatorio A Quirófano	3,80%	3,80%
	No Hay Cumplimiento De Indicaciones Médicas (Registro De Curva Térmica C/4h)	3,80%	3,80%
	No Hay Cumplimiento De Indicaciones Médicas (Retiro De Sonda Vesical)	3,80%	3,80%
	No Revisan Al Paciente Y No Hay La Colocación De La Medicación A Tiempo	3,80%	3,80%
	No Se Administra Medicación En Horario Establecido	11,50%	11,50%
	No Se Canaliza Vía Periférica, Por Falta De Técnica Correcta	3,80%	3,80%
Descripción	No Se Cumple El Horario De La Medicación	3,80%	3,80%
Del Suceso	No Se Cumple Indicación Médica (Posición Semifowler Al Paciente)	3,80%	3,80%
	No Se Le Pesa Al Terminar La Diálisis	3,80%	3,80%
	No Se Puede Canalizar Vía Venosa Periférica Para Hidratación	3,80%	3,80%
	No Se Toma Signos Vitales Al Medio Día	3,80%	3,80%
	Paciente Presenta Flebitis Por Infiltración De La Vía Periférica	11,50%	11,50%
	Paciente Presenta Flebitis Por Infiltración De Vía Periférica	3,80%	3,80%
	Quemadura De Primer Grado Por Agua Caliente En Antebrazo En 4%	3,80%	3,80%
	Recanalización De Vía Por Flebitis	3,80%	3,80%
	Retiro De Vía Periférica Sin Valoración De Deshidratación	3,80%	3,80%
	Ulcera Por Presión A Nivel Lumbo-Sacro	3,80%	3,80%
Total		100,00%	100,00%

Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Gráfico 9 De Descripción del Suceso/Criterio Determinante



Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Análisis.- En la tabla de contingencia entre las variables Descripción del Suceso-Criterio Determinante, nos demuestra que todos los EA fueron evitables. Como podemos ver la evitabilidad en los eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería tienen la máxima posibilidad de prevenirlos. Si bien los pacientes tenían factores de riesgos asociados con las patologías, los eventos adversos que se produjeron en estos tienen una evitabilidad alta. Todo esto aplicando los protocolos estandarizados para cada procedimiento, cumpliendo los procesos de atención de enfermería oportunos en el cuidado directo, implementando dentro de nuestra política de calidad las alertas de seguridad como mecanismo para prevenir la aparición de dichos eventos y teniendo una cultura de seguridad dentro de cada profesional de la salud que labora en cada institución, con el fin de brindar: una atención de calidad.

Tabla 11 De Contingencia Tipo De Evento/Criterio Determinante

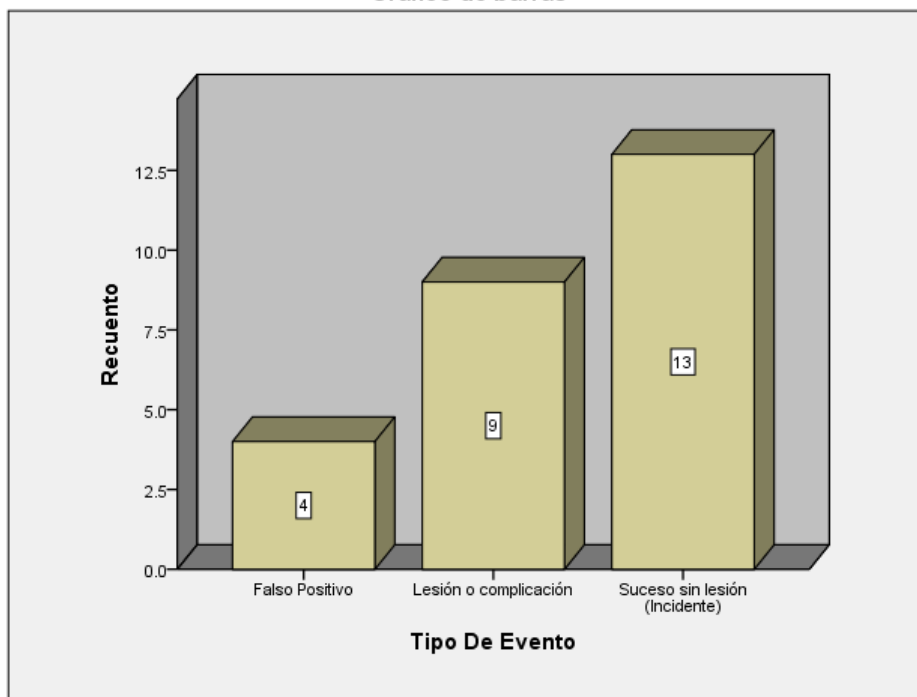
Tabla De Contingencia Tipo De Evento * Criterio Determinante

Recuento		Criterio Determinante	Total
		Evitable	
Tipo De Evento	Falso Positivo	15,40%	15,40%
	Lesión O Complicación	34,60%	34,60%
	Suceso Sin Lesión (Incidente)	50,00%	50,00%
Total		100,00%	100,00%

Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Gráfico 10 De Contingencia Tipo de Evento/Criterio Determinante

Gráfico de barras



Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Análisis.- De acuerdo a la tabla de contingencia de las variables Tipo de Evento-Criterio Determinante, se pudo observar que 3 tipos de eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería tienen la máxima posibilidad de ser evitados. Lo que nos demuestra que el tipo de evento adverso no determina el aumento o disminución de la evitabilidad del mismo.

Tabla 12 De Contingencia Descripción Del Suceso/Servicio Hospitalario

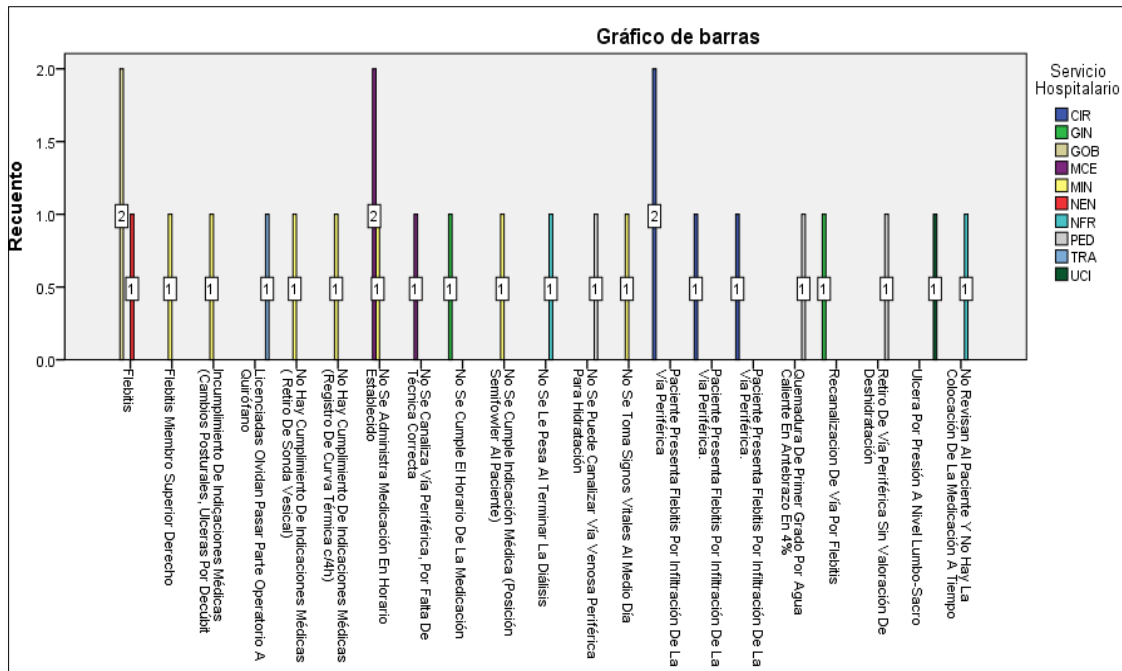
Tabla De Contingencia Descripción Del Suceso * Servicio Hospitalario

Recuento		Servicio Hospitalario										Total
		CIR	GIN	GOB	MCE	MIN	NEN	NFR	PED	TRA	UCI	
Descripción Del Suceso	Flebitis	0,00%	0,00%	7,70%	0,00%	0,00%	3,80%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	11,50%
	Flebitis Miembro Superior Derecho	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,80%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,80%
	Incumplimiento De Indicaciones Médicas (Cambios Posturales)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,80%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,80%
	Licenciadas Olvidan Pasar Parte Operatorio A Quirófano	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,80%	0,00%	3,80%
	No Hay Cumplimiento De Indicaciones Médicas (Registro De Curva Térmica c/4h)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,80%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,80%
	No Hay Cumplimiento De Indicaciones Médicas (Retiro De Sonda Vesical)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,80%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,80%
	No Revisan Al Paciente Y No Hay La Colocación De La Medicación A Tiempo	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,80%	0,00%	0,00%	0,00%	3,80%
	No Se Administra Medicación En Horario Establecido	0,00%	0,00%	0,00%	7,70%	3,80%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	11,50%
	No Se Canaliza Vía Periférica, Por Falta De Técnica Correcta	0,00%	0,00%	0,00%	3,80%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,80%
	No Se Cumple El Horario De La Medicación	0,00%	3,80%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,80%
	No Se Cumple Indicación Médica (Posición Semifowler Al Paciente)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,80%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,80%
	No Se Le Pesa Al Terminar La Diálisis	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,80%	0,00%	0,00%	0,00%	3,80%
	No Se Puede Canalizar Vía Venosa Periférica Para Hidratación	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,80%	0,00%	0,00%	3,80%

No Se Toma Signos Vitales Al Medio Día	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,80%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,80%
Paciente Presenta Flebitis Por Infiltración De La Vía Periférica	11,50%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	11,50%
Paciente Presenta Flebitis Por Infiltración De Vía Periférica	3,80%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,80%
Quemadura De Primer Grado Por Agua Caliente En Antebrazo En 4%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,80%	0,00%	0,00%	3,80%
Recanalización De Vía Por Flebitis	0,00%	3,80%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,80%
Retiro De Vía Periférica Sin Valoración De Deshidratación	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,80%	0,00%	0,00%	3,80%
Úlcera Por Presión A Nivel Lumbo-Sacro	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,80%	3,80%
Total	15,40%	7,70%	7,70%	11,50%	26,90%	3,80%	7,70%	11,50%	3,80%	3,80%	100,00%

Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Gráfico 11 De Contingencia Descripción Del Suceso/Servicio Hospitalario



Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Análisis.- De acuerdo a la tabla de contingencia de las variables Descripción del Suceso-Servicio Hospitalario, se pudo observar que los sucesos flebitis, incumplimiento de indicaciones médicas y no se administra medicación en horario establecido, ocurrieron en los servicios de Medicina Interna, Cirugía Y Pediatría. Por lo que se deduce que los sucesos se relacionan con la falta de una técnica correcta al momento de canalizar. Por otra parte el incumplimiento de indicaciones médicas se relaciona con la falta de personal, demanda de los servicios y falta de gestión y organización.

4.2 Discusión

De acuerdo a la presente investigación las características predominantes en relación a la distribución de eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería por género, se encontró que el porcentaje es equitativo tanto en las mujeres como en los hombres, resultado que difiere al estudio realizado por Gaitán, el cual fue mayor en el género femenino, mismo que toma en cuenta factores como el cuerpo de la mujer es diferente al del hombre, desigualdades básicas que existen entre la mujer y el hombre, factores de riesgo propios de la mujer los que hacen que corra un mayor riesgo de enfermarse y de tener una mala salud.

Es importante mencionar que el sexo no es un factor determinante en la aparición de los eventos adversos derivados de la atención por personal de enfermería. Por lo tanto no existe un discrimen de género en cuanto a este estudio. Pero hay que tomar muy en cuenta que estudios como el segundo Informe “Salud y Género 2006 que consideran que el modo de socialización de cada género y los modelos tradicionales y contemporáneos afecta a la salud de hombres y mujeres diferenciadamente: Para ellas, la sobrecarga de los cuidados hacia otras personas, la reproducción, la tareas no remuneradas, las situaciones de subordinación, abusos y la violencia de género; así como la doble jornada laboral, la competitividad, el ideal corporal y la eterna juventud, pueden explicar que ellas presenten mayores factores de riesgo y estén expuestas a problemas de salud y una menor expectativa de vida saludable.

En cuanto al grupo etario: los resultados por distribución de frecuencias en el presente estudio se presentaron en mayor porcentaje en mayores de 65 años de edad, lo que se asimila al resultado del HMPS donde el grupo de edad que resultó con mayor ocurrencia de eventos adversos fue el de mayor de 65 años, esto se relaciona a que este grupo edad es considerado el más frágil y predispuesto a sufrir EA debido al cúmulo de factores de riesgo intrínsecos a la edad. Por otra parte se ve afectada la población económicamente activa que se encuentra entre los 16-45 años, lo que a más de alterar su salud, se altera la matriz económica familiar y los procesos productivos de una economía de un país, ya que se deja de generar ingresos a nivel

micro y macro. En un menor número pero importante también se ve afectada la edad de menores de 1 año, lo que nos demuestra que los EA afectan a los dos extremos y la parte media en cuanto a las edades. Lo que genera una alteración en la matriz productiva y económica del país al igual que se altera el proceso normal de la salud de la población en los diferentes rangos de edad.

Entre los eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería más frecuentes tenemos: flebitis, no se cumplen indicaciones médicas, no se administra medicación en horario establecido, no se puede canalizar vía periférica por no aplicar una correcta técnica, quemadura de primer grado en un 4% del antebrazo por falta de supervisión de la aplicación de una bolsa de agua caliente, retiro de vía periférica sin previa valoración de deshidratación existente, salida de dren por incorrecta técnica de fijación, flebitis, retraso y negligencia en la asistencia sanitaria de 8 horas en post cesárea, úlcera por presión a nivel lumbo-sacro, úlceras por presión en labio superior por tubo endotraqueal, equimosis por varias punciones.

Lo que se encuentra muy relacionado con los resultados obtenidos tanto en el estudio ENEAS, como en el reporte del IBEAS, en los cuales los eventos de mayor frecuencia concuerdan en su mayoría con los del presente estudio. Igualmente en el estudio HMPS, se menciona que los eventos de mayor frecuencia son los relacionados con el cuidado de enfermería y la aplicación de una técnica incorrecta al momento de realizar algún procedimiento. En cuando al reporte del IBEAS tiene concordancia y señala que los eventos adversos más frecuentes fueron neumonía, infección de una herida quirúrgica, úlceras por presión (por inmovilización), sepsis y shock séptico, flebitis, diagnóstico erróneo, lesión de algún órgano debida a una intervención o procedimiento médico, hemorragia o hematoma debido a una intervención o procedimiento médico e invasión bacteriana de la sangre, debido a algún dispositivo (por ejemplo catéter). En razón a la relación existente también se evidencia una falta de talento humano, poca gestión y poca organización.

En la presente investigación se observó la presencia de factores extrínsecos en un 11,50% ya que en los pacientes hospitalizados se utilizaron dispositivos (intravenosos, sondas etc.) requeridos en el plan de tratamiento. Razón por la que podría elevar el riesgo de desencadenar evento adverso debido a dichos factores. En concordancia a otros estudios de incidencia de factores extrínsecos e intrínsecos de Gaitán y Arlex, nos demuestran que los mencionados factores estuvieron presentes (50%) y se asociaron a la presencia del EA. Es por eso que en nuestro estudio los factores extrínsecos incidieron levemente como factor determinante para que el EA se presente.

Por otra parte no se hallan estudios que nos demuestran resultados en cuanto a los criterios determinantes de identificación del evento adverso relacionado con los cuidados de enfermería ni de su evitabilidad. Es por eso que nuestro estudio aporta con un registro del 50,00% en el que los casos presentan suceso sin lesión (incidente), el 34,60% de los casos tuvieron lesión o complicación y únicamente un 15,40% de los casos presentaron un falso positivo. Además que presentaron un 100,00% de evitabilidad. Por otra parte hay que tomar en cuenta que todos los pacientes sufren un falso positivo inesperado que no ocasiona daño pero si afecta a la calidad de atención que se brinda.

En base a los resultados, se propone ejecutar un curso autoadministrado web 100% virtual que se ha diseñado con el fin de despertar el interés por la calidad, la seguridad y fortalecer la implementación de prácticas seguras en los servicios de salud, a partir de situaciones reales que evidencian la necesidad de realizar Gestión Clínica. La idea es iniciar un proceso de formación en la apropiación y comprensión de contenidos y herramientas relacionadas con la seguridad del paciente para que usted pueda, posteriormente, investigar y analizar incidentes clínicos e implementar las acciones necesarias para transformar su institución en una organización altamente confiable. La seguridad es un imperativo ético en salud y la atención en salud no es tan segura, hoy en día, como debería serlo. Por eso es importante implementar un Modelo de Gestión de Seguridad de Pacientes que les permita a las instituciones del

sistema y a los profesionales de la salud desarrollar competencias y utilizar herramientas para atacar este problema.

4.3 Conclusiones

1. Los resultados de este estudio son un acercamiento a la realidad sobre la problemática del cuidado directo, que son producto de la práctica de Enfermería en la mayoría de los casos e indicadores de la calidad de los cuidados brindados, por lo tanto, es importante continuar realizando diseños observacionales que permitan determinar no solo la frecuencia de éstos, sino también, los factores relacionados con su aparición, a fin de direccionar las acciones hacia una disminución de la incidencia y de las discapacidades resultantes.
2. Se puede decir que hace falta documentar más las evidencias científicas sobre la proporción que tales eventos adversos han alcanzado, dado por el subregistro de la información que se presenta debido a la reticencia del personal sanitario para notificar dichos errores, por miedo a que se interprete como negligencia en el cuidado y sea la base para posteriores demandas a causa de la mala práctica en salud.
3. De acuerdo a los resultados obtenidos podemos decir que el proceso de atención de enfermería al cuidado directo del paciente y el cumplimiento estricto de protocolos en cada procedimiento no se los está llevando correctamente, razón por la que se evidencia una alta incidencia de eventos adversos prevenibles relacionados con la calidad de cuidados de enfermería.
4. Como podemos ver en los resultados obtenidos la evitabilidad en los eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería tienen la máxima posibilidad de prevenirlos. Si bien los pacientes tenían factores de riesgos

asociados con las patologías, los eventos adversos que se produjeron en estos tienen una evitabilidad alta.

5. Es importante generar mecanismos de control que permitan prevenir errores. Pensar en la seguridad de los pacientes, entendida como la «reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud». Tal seguridad es un principio fundamental en el cuidado del individuo y un elemento crítico en los procesos de gestión de calidad, Por lo que es necesario desarrollar una cultura de seguridad que por una parte acepte los riesgos inherentes a la asistencia sanitaria y por otra, hable abiertamente de incidentes o errores.
6. El progreso hacia una asistencia sanitaria más segura es lento y requiere del compromiso de todas las administraciones y organizaciones sanitarias para situar de forma prioritaria la seguridad de los pacientes en el centro de todas las políticas sanitarias libre de eventos adversos.

4.4 Recomendaciones

1. Intensificar el sistema de reporte voluntario de eventos adversos y/o vigilancia activa, en todas las áreas hospitalarias.
2. Hacer revisión académica y en consenso verificar los planes de manejo en la atención de pacientes que requieren atención en los servicios de hospitalización que reporte una alta incidencia de EA.
3. Aunque dentro de nuestras políticas de calidad no se encuentra incluido las alertas de seguridad como mecanismo para prevenir la aparición de dichos eventos también aún falta mucha cultura de la seguridad dentro de los profesionales de la salud que laboran en la institución, por lo que es importante y urgente capacitarlos periódicamente con el fin de brindar un

calidad en atención al cuidado directo de los pacientes, disminuir los EA relacionados con los cuidados de enfermería y sus costos.

4. Realizar análisis causal de los eventos ocurridos durante el primer día de ingreso y antes de cumplir las 24 horas de estancia hospitalaria, con el fin de reorganizar el plan de atención inicial de los pacientes, especialmente en las áreas cuya atención se realiza de manera ambulatoria.
5. Implementar mecanismos de adherencia a las recomendaciones dadas por la OMS, en relación a la lista de chequeo para la prevención de eventos adversos en pacientes quirúrgicos, dado al alto porcentaje de ocurrencia de eventos adversos en esta área.
6. Fortalecer las acciones de prevención de eventos adversos durante los primeros 7 días de estancia hospitalaria, de esta manera se fortalecerá las estrategias preventivas y/o de control relacionadas con infecciones asociadas al cuidado de la salud.
7. Establecer mecanismos de vigilancia activa para la identificación de riesgos y probable aparición de eventos adversos en el servicio de hospitalización por lo menos durante los primeros 3 días de estancia hospitalaria de los pacientes.
8. Todo esto aplicando los protocolos estandarizados para cada procedimiento, cumpliendo los procesos de atención de enfermería oportunos en el cuidado directo, implementando dentro de nuestra política de calidad las alertas de seguridad como mecanismo para prevenir la aparición de dichos eventos y teniendo una cultura de seguridad dentro de cada profesional de la salud que labora en cada institución, con el fin de brindar: una atención de calidad.

CAPÍTULO V

5. PROPUESTA

CURSO AUTOADMINISTRADO SEGURIDAD DEL PACIENTE

5.1 Introducción

Este curso 100% virtual se ha diseñado con el fin de despertar el interés por la calidad y la seguridad en los servicios de salud, a partir de situaciones reales que evidencian la necesidad de realizar Gestión Clínica. La idea es iniciar un proceso de formación en la apropiación y comprensión de contenidos y herramientas relacionadas con la seguridad del paciente para que usted pueda, posteriormente, investigar y analizar incidentes clínicos e implementar las acciones necesarias para transformar su institución en una organización altamente confiable. La seguridad es un imperativo ético en salud y la atención en salud no es tan segura, hoy en día, como debería serlo. Por eso es importante implementar un Modelo de Gestión de Seguridad de Pacientes que les permita a las instituciones del sistema y a los profesionales de la salud desarrollar competencias y utilizar herramientas para atacar este problema.

5.2 Objetivos

5.2.1 Objetivo General:

Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y los pacientes en cualquier nivel de atención sanitaria. Este objetivo implica el desarrollo de acciones para mejorar la información y formación sobre seguridad de los profesionales, pacientes y ciudadanos.

5.2.2 Objetivos Específicos:

1. Revisión teórico metodológica que sustente el curso autoadministrado de seguridad del paciente.
2. Diseñar la herramienta tecnológica para la versión del curso web autoadministrado.
3. Aplicar el curso web autoadministrado de seguridad del paciente al personal de enfermería del HSVP.

5.3 Justificación

La Seguridad del Paciente, componente clave de la calidad asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.

Los efectos no deseados secundarios en la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados. La razón fundamental es la creciente complejidad del manejo de los pacientes, en el que interactúan factores organizativos, factores personales de los profesionales y factores relacionados con la enfermedad. Los daños que se pueden ocasionar a los pacientes en el ámbito sanitario y el coste que suponen a los sistemas sanitarios son de tal relevancia que las principales organizaciones de salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Pan Americana de la Salud, el Comité de Sanidad del Consejo de Europa, así como diversas agencias y organismos internacionales han desarrollado estrategias en los últimos años para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica.

En este contexto se debe situar a la seguridad del paciente en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad, quedando así reflejado en estrategias de un plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS), que se debe desarrollar en coordinación con los diferentes ministerios coordinadores del país.

5.4 Metodología

El curso se impartirá en 10 módulos altamente interactivos de forma virtual apoyados con foros y chat con los docentes y análisis y solución de casos prácticos. El curso estará permanentemente disponible Online con su módulo respectivo. El estudiante podrá realizar cada módulo a su propio ritmo dentro de los tiempos reglamentarios para realizarlos en la plataforma virtual. El curso tiene acompañamiento virtual por un tutor permanentemente y servicio al usuario 24/7.

Duración: 9 semanas (27 horas de estudio estimadas)

Certificado académico: Otorgado al finalizar el curso por la participación.

Se consigue cuando el alumno ha superado, al menos, un promedio del 75% de los módulos del curso. Este promedio se calcula dividiendo la suma del % obtenido en cada uno de los módulos, entre el número de módulos del curso. Reconoce la participación del alumno en el mismo. El certificado puede descargarse como un diploma en formato PDF y como un badge, que además, se muestra en la plataforma y puede exportarse a "Mozilla Open" o "Google Chrome App".

Evaluación: El proceso de evaluación como parte integrante de la formación, será de carácter permanente. Para tal fin, se realizarán talleres, foros, evaluaciones, ejercicios, y tareas. Los porcentajes de dichas actividades son:

5.5 Características



5.6 Esquema Estrategia Seguridad del Paciente



5.7 Plan Temático

A continuación se muestran los módulos y actividades que forman el curso. Ten en cuenta que se deben cumplir todas las actividades de cada módulo para aprobar el curso de seguridad del paciente.

Módulo 0: Presentación

Módulos De Curso:

Cuestionario Módulo 0

Módulo 1: La Seguridad Como Elemento Clave De La Calidad Asistencial

Módulos De Curso:

Cuestionario Módulo 1

Módulo 2: Origen De La Seguridad Clínica Y Estrategias

Módulos De Curso:

Cuestionario Módulo 2

Módulo 3: Identificación Correcta De Los Pacientes

Módulos De Curso:

Módulo 3.1.

Módulo 3.2

Cuestionario Módulo 3

Módulo 4: Comunicación Efectiva

Módulos De Curso:

Comunicación 2

Comunicación 3

Cuestionario Módulo 4

Módulo 5: Errores De La Medicación

Módulos De Curso:

Módulo 5.1

Módulo 5.2

Cuestionario Módulo 5

Módulo 6: Sitio Quirúrgico, Paciente Equivocado Y Procedimiento Quirúrgico

Módulos De Curso:

Módulo 6.1

Cuestionario Módulo 6

Módulo 7: Infecciones Adquiridas Por La Asistencia Sanitaria

Módulos De Curso:

Módulo 7.1

Cuestionario Módulo 7

Módulo 8: Prevención De Caídas

Módulos De Curso:

Levantarse Solo Tras Una Caída

Cuestionario Módulo 8

Módulo 9: Prevención De La Úlceras Por Presión.

Módulos De Curso:

Cambios Posturales

Cuestionario Módulo 9

Módulo 10: Lavado De Las Manos

Módulos De Curso:

Lavado Manos 1

Lavado Manos 2

Cuestionario Módulo 10

5.8 Logros

Al finalizar el Curso usted estará en capacidad de:

1. Definir evento adverso, error, reporte, seguridad y gestión.
2. Describir cómo se realiza la gestión de seguridad.
3. Determinar cuáles son fallas latentes y cuáles activas y cómo se produce el error.
4. Analizar el modelo de gestión.
5. Describir los pasos para realizar un reporte de evento adverso.
6. Describir cómo se realiza la identificación del evento adverso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dackiewicz, N., Viteritti, L., Marciano, B., Bailez, M., Merino, P., Bortolotto, D., . . . Amarilla, A. (2012). Lista de verificación de seguridad de la cirugía: scielo, 503.
2. Fajardo, G. (5 de Septiembre de 2010). Seguridad del paciente. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, 78(5), 2.
3. León, S. (Abril de 2009). Seguridad del paciente. Redalyc, vol. 15(1), 821-822.
4. Plan Nacional De Desarrollo, MSP. (2006). Quito.
5. Constitución De La República Del Ecuador, Título II Derechos, Capítulo Segundo Derechos Del Buen Vivir, Sección Séptima Salud. (2008). Quito, Pichincha.
6. Constitución De La República Del Ecuador, Título VI Régimen De Desarrollo, Capítulo Primero Principios Generales, Art.275. (2008). Quito.
7. Constitución De La República Del Ecuador, Título VII Régimen Del Buen Vivir, Capítulo Primero Inclusión Y Equidad, Sección Segunda Salud. (2008). Quito, Pichincha, Ecuador.
8. Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). Madrid.
9. Ley Orgánica De Salud, Art. 7. (2010). Quito.
10. Aguirre Gas, H., & Vázquez, F. (2006). El Evento Adverso. Revista CIR CIRUJ.
11. Ávila. (2008). Los Derechos Como Pilares Del Buen Vivir.
12. Barrera, H. d. (2012). Investigación Análítica. Aprende, 6-8.
13. Barrionuevo, L. E. (2006). Epidemiología de Eventos Adversos en el Servicio de Neonatología de un Hospital Público. Argentina.
14. Bates, D. (2010). Hacia Una Atención Hospitalaria Más Segura - IBEAS.
15. Bernal, D. G. (2008). Eventos Adversos Durante La Atención de Enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos. Bogotá.

16. Borrell-Carrió, F. (2011). Ética de la seguridad clínica. . Med Clin, 176.
17. Cabré, M., & Martín, C. (2009). Aspectos éticos y legales sobre la seguridad del paciente. Revista de Bioética y Derecho, 6- 7.
18. Ceriani Cernadas, J. M. (2007). Alianza Mundial Para La Seguridad Del Paciente. USA.
19. Ceriani Cernadas, J. M. (2009). Alianza Mundial Para La Seguridad Del Paciente. Soluciones Para La Seguridad Del Paciente, 1.
20. Ceriani Cernadas, J. M. (2009). La OMS Y Su Iniciativa. Alianza Mundial Para La Seguridad Del Paciente. Archivos Argentinos De Pediatría Vol. 107. Nro 5.
21. Colombia, M. d. (2008). Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente”.
22. Couisns, Calnan. (2009). Sistema De Reporte En Errores En La Medicación. Asociación Farmacéutica Americana.
23. Cubides, J. (2010). Seguimiento A Riesgos Y Eventos Adversos.
24. Diana Carolina Bernal Ruiz, N. G. (2008). Eventos Adversos Durante la Atención de Enfermería En Unidades de Cuidados Intensivos .
25. Fortes , J. L. (Octubre de 2007). ¿Están seguros nuestros pacientes? Redalyc, 2(2), 3-5.
26. Gaitan, H. (2006). Incidencia y Evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias en Colombia. Colombia.
27. Gaitán, H. E. (2006). Incidencia Y Evitabilidad de Eventos Adversos en Pacientes Hospitalizados en tres Instituciones Hospitalarias en Colombia. Grupo de Evaluación de Tecnologías Y Políticas en Salud, 215-226.
28. Gallesio, A. (2007). Efectos Adversos Errores Y Seguridad Del Paciente.
29. Garzón, M. (2011). Indicios De Atención Insegura, Errores Y Eventos Adversos. 15.
30. Gomez, I., & Espinoza, Á. (2006). Dilemas Éticos Frente A La Seguridad Del Paciente. Cuidar Es Pensar.
31. Hospital "San Vicente De Paúl". (s.f.). Obtenido de <http://www.hsyp.gob.ec/>

32. IDEA. (2009). Estudio de la frecuencia de eventos adversos en la asistencia hospitalaria, basado en el "cuestionario modular para la revisión de efectos adversos. Londres.
33. Jarbas, J. (2011). Seguridad (En Serio). Acta Sanitaria.
34. Kenneth, C. (2007). Pautas Éticas Internacionales Para La Investigación Biomédica En Seres Humanos. Ginebra: ISBN 92-9036-075-5.
35. Lorda, P. S. (2006). Ética y Seguridad de los Pacientes.
36. Luengas, S. (2009). Conceptos Y Análisis De Eventos Adversos. Seguridad Del Paciente, 5-6.
37. Manterola, D. C. (2009). Estudios Observacionales. MED. CLIN, 539.
38. Martínez, T. J. (Febrero - 2007). La Relación Médico Paciente Y La Mala Praxis Médica. Revista Novedades Jurídicas, 12-23.
39. Mendizabal, R. (2009). Métodos Y Técnicas De La Investigación Social.
40. Ministerio De La Protección Social . (2006). Resolución 1446.
41. Ministerio De La Protección Social. (2008). Guía Técnica: Buenas Prácticas Para La Seguridad Del Paciente En La Atención En Salud.
42. Ministerio De La Protección Social. (2008). Lineamientos Para La Implementación De La Política De Seguridad Del Paciente. Bogotá: Programa De Reorganización , Rediseño Y Modernización De Redes Y Prestación De Servicio De Salud.
43. Ministerio De Protección Social Colombia. (2007). Herramientas Para Promover La Estrategia De La Seguridad Del Paciente En El Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad De La Atención En Salud. Sistema Obligatorio De Garantía De La Calidad En Salud.
44. Ministerio De Sanidad Y Consumo. (2008). Estudio APEAS: Estudio Sobre La Seguridad De Los Pacientes En Atención Primaria de Salud. Madrid.
45. Ministerio de Sanidad Y Consumo. Aranaz, J. (2006). Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización ENEAS. Madrid.
46. Mondragón, Á. (2012). La seguridad del paciente: un componente de las políticas de salud que hay que fortalecer en América Latina. Rev Panam Salud Publica, 531.
47. Moser, R. (2006). Diseases Of Medical Progress. N Engl J Med, 255-606.

48. OMS. (2007). Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. 1.
49. OMS. (2008). Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. OMS, 1. doi:OMS08
50. OMS. (2008). Summary of the evidence on Patient Safety. La Investigación en Seguridad del Paciente, 4.
51. OPS. (2011). Enfermería Y Seguridad De Los Pacientes (Organización Panamericana De La Salud). Obtenido de OPS.
52. Ottolenghi, R. H. (2010). La Ley de Mala Práctica Médica. Revista Vistazo.
53. Pator, L., & León, F. (2007). Manual De Ética Y Legilasción En Enfermería. Mosby.
54. Polanco, A. (2008). Estudio Prospectivo y Retrospectivo. Chile.
55. Postic, M. D. (2008). Observar Las Situaciones Educativas.
56. Ques, Á. A. (junio de 2010). Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería. Rev Latinoamericano Enfermagem, 18(3), 44.
57. Ramírez, O. J. (2 de Julio - Diciembre de 2011). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. AVANCES EN ENFERMERÍA, 29(2).
58. Restrepo, P. (2010). El Riesgo De La Atención En Salud Y La Vigilancia De Eventos Adversos .
59. Revuelta, J. F. (2011). POSTULADOS, REFLEXIONES Y TEORIZACIONES. Patient safety taxonomy, 12.
60. Rodríguez Espinel, J. (2011). Analisis de la política publica Colombiana de seguridad del paciente y sus implicaciones para enfermería. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Bogota: Universidad NacionalL De Colombia.
61. Román, M. C. (Julio- Septiembre de 2006). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Revista Cubana de Enfermería scielo, v.22(n.3).
62. Saned Corporation. (2007). Gestion Asistencial De Los Servicios De Urgencias. Seguridad Clínica De Los Pacientes En Los Servicios De Urgencias.

63. Social Política, M. (2009). Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica.
64. Social, M. d. (Diciembre de 2007). Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. SOGC Seguridad del Paciente, 13-14.
65. TORRES T, L. M. (Julio de 2011). GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA. La Plata.
66. Villarreal, C. E. (2007). Salud Uninorte Barranquilla. 112-119.

LINKOGRAFÍA:

1. Organización Panamericana de la Salud. (15 de 02 de 2005). Obtenido de OPS: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora03_nov04.htm
2. <http://enfermeriaemergenciascatastrofes.blogspot.com/2008/05/eventos-adversos.html>. (2008). Obtenido de <http://enfermeriaemergenciascatastrofes.blogspot.com/2008/05/eventos-adversos.html>
3. <http://www.redsafeworld.net/cultura-de-la-seguridad/>. (2008). Obtenido de <http://www.redsafeworld.net/cultura-de-la-seguridad/>
4. <http://es.thefreedictionary.com/incidente>. (s.f.). Obtenido de <http://es.thefreedictionary.com/incidente>
5. http://www.creosltda.com/attachments/3_SEGURIDAD.pdf. (s.f.). Obtenido de http://www.creosltda.com/attachments/3_SEGURIDAD.pdf.
6. http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/. (s.f.). Obtenido de http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
7. Johnson, J., & Bootman, J. (Noviembre de 2007). Drug Related Morbidity and Mortality And The Economic Impact On Pharmaceutical Care. Am J Health Syst Parm, 54:554-8. Obtenido de <http://www.va.gov/ncps/SafetyTopics/HFMEA/HFMEAmaterials.pdf>

8. OMS. (2013). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/es/index.html
9. OMS. (2013). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/es/index6.htm
10. Pillou, J. (2008). Calidad. La Calidad. Obtenido de <http://es.kioskea.net/contents/606-calidad>: <http://es.kioskea.net/contents/606-calidad>
11. Robles, C. (7 de Noviembre de 2009). <http://www.slideshare.net/robles585/la-investigacin-cuantitativa>. Obtenido de <http://www.slideshare.net/robles585/la-investigacin-cuantitativa>
12. Ruiz, D. C. (2008). <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis44.pdf>. Obtenido de <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis44.pdf>.
13. San, V. d. (2013). <http://www.hsyp.gob.ec/>. Obtenido de <http://www.hsyp.gob.ec/>

ANEXOS

Anexo 1.

Tabla 13 Del Cronograma de Actividades Del Proyecto De Tesis

Actividades	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	
Información Sobre Tema De Investigación																		
Capacitaciones Y Reuniones																		
Diseño Del Anteproyecto																		
Revisión Del Anteproyecto																		
Aprobación Del Anteproyecto																		
Prueba Piloto De Cribados																		
Etapa De Campo																		
Revisión Bibliográfica																		
Análisis E Interpretación De Resultados																		
Presentación De Resultados																		
Elaboración Curso Virtual Seguridad Del Paciente																		
Elaboración Informe Final																		
Defensa De La Tesis De Grado																		

Anexo 2

Marco Conceptual

Clasificación de Términos en Seguridad del Paciente:(Taxonomías)

Agente: Sustancia, objeto o sistema que actúa para producir cambios.

Atención sanitaria: Servicios recibidos por personas o comunidades con el fin de promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.

Características del paciente: Atributos seleccionados de un paciente.

Clasificación: Organización de conceptos en clases, y sus subdivisiones, vinculados de manera que se expresen las relaciones semánticas entre ellos.

Concepto: Elemento portador de significado.

Clase: Grupo o conjunto de cosas similares.

Casi error / “near miss”: Categoría mal definida, próxima a la de incidente, que incluye sucesos como los siguientes: Caso en el que el accidente ha sido evitado por poco; Cualquier situación en la que una sucesión continuada de efectos fue detenida evitando la aparición de potenciales consecuencias; Hecho que estuvo a punto de ocurrir; Suceso que en otras circunstancias podría haber tenido graves consecuencias.

Circunstancia: Situación o factor que puede influir en un evento, un agente o una o varias personas.

Complicación: Alteración del curso de la enfermedad, derivada de la misma y no provocada por la actuación médica, así como de la reacción adversa que se considera como daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en el que se produjo el evento.

Daño: Alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella. Comprende los conceptos de enfermedad, lesión, sufrimiento, discapacidad y muerte.

Daño asociado a la atención sanitaria: Daño derivado de planes o medidas adoptados durante la prestación de asistencia sanitaria o asociado a ellos, no el debido a una enfermedad o lesión.

Discapacidad: Cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociada a un daño pasado o presente.

Detección: Acción o circunstancia que da lugar al descubrimiento de un incidente.

Evento: Algo que le ocurre a un paciente o le atañe.

Evento adverso / efecto adverso / resultado adverso (EA): Daño no intencionado causado durante o a consecuencia de la atención sanitaria y no relacionado con la evolución o posibles complicaciones de la enfermedad de base del paciente.

Efecto secundario: Efecto conocido, distinto del deseado primordialmente, relacionado con las propiedades farmacológicas de un medicamento.

Error: Acto de equivocación en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que suceda un EA.

Error activo: Aquellos errores cometidos por personas en contacto directo con el paciente cuyos efectos aparecen rápidamente. Suelen ser llamados también errores "a pie de cama".

Incluyen Fallos de la atención, despistes, distracciones lapsus, errores de valoración, incumplimiento de normas establecidas. La falta de entrenamiento o formación, la

fatiga, la sobrecarga de trabajo y el estrés son condicionantes que pueden contribuir a su producción.

Error (condición) latente: Aquellas condiciones que permanecen sin efecto largo tiempo y que combinadas con otros factores pueden producir efectos en momentos determinados.

Incluyen circunstancias y fallos menos claros existentes en la organización y el diseño de dispositivos, actividades, etc.

Fallo del sistema: Defecto, interrupción o disfunción en los métodos operativos, los procesos o la infraestructura de una organización.

Factor atenuante: Acción o circunstancia que impide o modera la evolución de un incidente hacia la provocación de un daño a un paciente.

Factor contribuyente: Circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de incidente.

Grado de daño: Gravedad, duración y repercusiones terapéuticas del daño derivado de un incidente.

Incidente con daños (evento adverso): Incidente que produce daño a un paciente.

Lesión: Daño producido a los tejidos por un agente o un evento.

Mala praxis: Deficiente práctica clínica que ha ocasionado un daño al paciente. Se entiende como tal, cuando los resultados son claramente peores a los que, previsiblemente, hubieran obtenido profesionales distintos y de calificación similar, en idénticas circunstancias.

Negligencia: Error difícilmente justificable ocasionado por desidia, apatía, abandono, estudio insuficiente, falta de diligencia, omisión de precauciones debidas o falta de cuidado en la aplicación del conocimiento que debería tener y utilizar un profesional cualificado.

Paciente: Persona que recibe atención sanitaria.

Práctica clínica segura: Aquellas prácticas sobre las que hay evidencia consistente, prometedora o intuitiva que reducen el riesgo de sucesos adversos relacionados con la atención sanitaria.

Peligro: Circunstancia, agente o acción que puede causar daño.

Relación semántica: La forma en que las cosas (como las clases o los conceptos) se asocian entre sí con arreglo a su significado.

Riesgo asistencial: Posibilidad de que algo suceda durante la atención sanitaria y tenga un impacto negativo sobre el paciente. Se mide en términos de consecuencias y probabilidades. Más actividad, más complejidad, más profesionales, más tecnología, más especialización conllevan más riesgos asistenciales.

Reacción adversa: Daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en que se produjo el evento.

Resultado para el paciente: Repercusiones en un paciente total o parcialmente atribuibles a un incidente.

Resiliencia: Grado en el que un sistema previene, detecta, atenúa o mejora continuamente peligros o incidentes.

Salud: Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Seguridad: Reducción del riesgo de daño innecesario hasta un mínimo aceptable.

Seguridad del paciente: Ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, de riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria. El “nivel mínimo aceptable” hace referencia al nivel de conocimiento actual, los recursos disponibles y el contexto en que se produce la atención frente al riesgo de no tratamiento u otro tratamiento.

Suceso centinela: Evento inesperado que produce muerte o lesión grave física o psíquica o que podría haberlas producido. Se denomina centinela porque cada uno de ellos precisa de investigación y respuesta inmediatas. Algunos autores lo denominan "Suceso vergüenza".

Tipo de incidente: Término descriptivo para una categoría constituida por incidentes de naturaleza común que se agrupan por compartir Características acordadas.

Anexo 3

PROYECTO IDEA

Identificación de Eventos Adversos

Guía De Cribado (GC)

GUIA DE CRIBADO

Revisor _____ Caso _____ Hospital _____ Servicio _____

F. Ingreso _____ F. Revisión _____ F. Alta _____ F. Nacimiento _____

Destino al alta

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Médico de cabecera | <input type="checkbox"/> Otro hospital |
| <input type="checkbox"/> Centro de especialidades | <input type="checkbox"/> Alta voluntaria / Fugado |
| <input type="checkbox"/> Otro servicio | <input type="checkbox"/> Éxito |

Sexo

- Hombre Mujer

Ingreso

- Programado Urgente

Diagnóstico Principal

Grupo de diagnóstico GRD _____ Código CIE-9 _____

Intervención Quirúrgica

Fecha _____ Duración (min) _____

Cod. CIE-9 _____	Cirugía	Cirugía endoscópica	Grado de contaminación
Riesgo ASA _____	<input type="checkbox"/> Electiva	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Limpia <input type="checkbox"/> Contaminada
Prótesis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Urgente	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Limpia - Cont. <input type="checkbox"/> Sucia

Factores de riesgo extrínseco

	Inicio	Fin	Inicio	Fin	Inicio	Fin
<input type="checkbox"/> Sonda urinaria abierta	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sonda urinaria cerrada	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Catéter venoso periférico	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Catéter arterial	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Catéter central de inserción periférica	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Catéter venoso central	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Catéter umbilical (vena)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Catéter umbilical (arteria)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Nutrición parenteral	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Nutrición enteral	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Gastrostomía Percutánea Endoscópica (PEG)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Traqueotomía	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ventilación mecánica	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Terapia inmunosupresora	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Bomba de infusión	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Hemodiálisis	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Diálisis peritoneal	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Paracentesis evacuadora	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Inmovilización	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sedación	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nº Fármacos como medicación habitual						

ESTUDIO DE LA FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN LA ASISTENCIA HOSPITALARIA – PROYECTO IDEA
 Basado en "Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I-II. NEJM 1991;324:370-84"

Factores de riesgo Intrínseco

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Coma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Neoplasia |
| <input type="checkbox"/> Alt de la conciencia (estupor, confusión) | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica |
| <input type="checkbox"/> Demencia / alt cognitiva | <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia | <input type="checkbox"/> Cirrosis hepática |
| <input type="checkbox"/> Deficiencias sensoriales | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal |
| <input type="checkbox"/> Enf psiquiátrica en fase activa | <input type="checkbox"/> Tabaquismo activo | <input type="checkbox"/> Neutropenia |
| <input type="checkbox"/> Alt motora (neurológica o reumática) | <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia / SIDA |
| <input type="checkbox"/> Hipoalbuminemia / desnutrición | <input type="checkbox"/> Drogadicción | <input type="checkbox"/> Úlcera por presión |
| <input type="checkbox"/> Dependiente ABVD | <input type="checkbox"/> Enfermedad Coronaria | <input type="checkbox"/> Otra alt cutánea |
| <input type="checkbox"/> Problemática social | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Embarazo |
| <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria | <input type="checkbox"/> Enf. Vascular periférica | <input type="checkbox"/> Prematuridad |
| <input type="checkbox"/> Incontinencia fecal | | |

Criterios de cribado (señale todos los que crea oportunos).

- Hospitalización previa relacionada con la actual durante el último año en paciente menor de 65 años, u hospitalización previa en los últimos 6 meses en paciente igual o mayor de 65 años.
- 1. años, u hospitalización previa en los últimos 6 meses en paciente igual o mayor de 65 años.
 - 2. Traslado de una unidad de hospitalización general a otra de cuidados especiales.
 - 3. Traslado a o desde otro hospital.
 - 4. Tratamiento antineoplásico en los seis meses previos a la hospitalización.
 - 5. Cualquier problema relacionado con la medicación.
 - 6. Segunda intervención quirúrgica no prevista durante este ingreso.
 - 7. Algún daño o complicación relacionado con cirugía o cualquier procedimiento invasivo.
 - 8. Déficit neurológico nuevo ocurrido en algún tipo de asistencia.
 - 9. IAM (infarto agudo de miocardio), ACVA (accidente cerebro-vascular agudo) o TEP (tromboembolismo pulmonar) relacionado con la asistencia.
 - 10. Parada cardiorrespiratoria o puntuación APGAR baja.
 - 11. Daño o complicación relacionado con aborto, amniocentesis, parto o parto.
 - 12. Fiebre mayor de 38° C el día antes del alta hospitalaria.
 - 13. Signos o síntomas de infección relacionada con los cuidados.
 - 14. Traumatismo, accidente o caída durante la hospitalización.
 - 15. Otros problemas relacionados con los cuidados (úlceras, flebitis)
 - 16. Fallecimiento.
 - 17. Cartas o notas en la historia clínica (incluida la reclamación patrimonial), en relación con la asistencia que pudieran sugerir litigio.
 - 18. Cualquier otro problema que pueda suponer un evento adverso (EA).

**Si alguna respuesta ha sido positiva,
completar el cuestionario modular (MRF2)**

ESTUDIO DE LA FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN LA ASISTENCIA HOSPITALARIA – PROYECTO IDEA
Basado en Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. *Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I-II.* NEJM 1991;324:370-84*

CONFIDENCIAL

CUESTIONARIO MODULAR (MRF2)

Para Identificación de Eventos Adversos

Por Revisión de Historias Clínicas.

Instrucciones:

1. Complete íntegramente el módulo A
Información del paciente y antecedentes (Páginas 2 y 3)
2. Complete íntegramente el módulo B sólo si es preciso
La lesión y sus efectos (Página 4)
3. Complete los apartados relevantes del módulo C (identificados en A7)
Período de hospitalización durante el cual ocurrió el EA (Páginas 5 y 6)
4. Complete los apartados relevantes del módulo D (identificados en modulo C)
Principales problemas en el proceso de asistencia (Páginas de la 7 a la 13)
5. Complete íntegramente el módulo E sólo si es preciso
Factores causales y posibilidad de prevención (Página 14)
6. "EA" significa evento adverso
7. Por favor señale o escriba las respuestas o notas de forma legible
8. Una vez completado el formulario, devuélvalo al jefe del equipo
9. Hay disponible un manual con definiciones
10. El sistema permite la información de varios incidentes y EA por paciente.

Módulo A: INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y ANTECEDENTES DE EA

A1 INFORMACIÓN DEL REVISOR

Fecha de revisión

--	--	--	--	--	--

ddmmaa

ID del revisor:

--	--	--	--

Caso número:

--	--	--	--

A2 PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PRINCIPAL

Proceso actual: Conteste en función del resultado esperable del proceso que provocó el ingreso.

3A Recuperación completa al estado de salud basal del paciente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, la recuperación completa es: <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1 Muy Probable</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2 Probable</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3 Poco Probable</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>4 Improbable</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	1 Muy Probable	<input type="checkbox"/>	2 Probable	<input type="checkbox"/>	3 Poco Probable	<input type="checkbox"/>	4 Improbable	3B Recuperación con invalidez residual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, entonces la incapacidad es: <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1 No-progresiva</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2 Lentamente</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3 Rápidamente</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	1 No-progresiva	<input type="checkbox"/>	2 Lentamente	<input type="checkbox"/>	3 Rápidamente	3C Enfermedad terminal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, el pronóstico es: <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1 Probablemente muera en este ingreso</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2 Probablemente muera en tres meses</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3 Espera sobrevivir >3 meses</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	1 Probablemente muera en este ingreso	<input type="checkbox"/>	2 Probablemente muera en tres meses	<input type="checkbox"/>	3 Espera sobrevivir >3 meses
<input type="checkbox"/>	1 Muy Probable																					
<input type="checkbox"/>	2 Probable																					
<input type="checkbox"/>	3 Poco Probable																					
<input type="checkbox"/>	4 Improbable																					
<input type="checkbox"/>	1 No-progresiva																					
<input type="checkbox"/>	2 Lentamente																					
<input type="checkbox"/>	3 Rápidamente																					
<input type="checkbox"/>	1 Probablemente muera en este ingreso																					
<input type="checkbox"/>	2 Probablemente muera en tres meses																					
<input type="checkbox"/>	3 Espera sobrevivir >3 meses																					

Índice Charlson:

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

A3 IDENTIFICAR LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL SUCESO

Fecha

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

a) DESCRIBA EL SUCESO _____

b) EL SUCESO PRODUJO:

- 1 Es un falso positivo de la Guía de Cribado o el evento no cumple con los criterios de inclusión.
- 2 Alguna lesión o complicación
- 3 Suceso sin lesión (p.e. caída del enfermo sin consecuencias).

Especifique: _____

c) CAUSA DE LA LESIÓN

Ayuda a la decisión:

- ¿Si el paciente se hubiera quedado en casa, le habría pasado lo mismo?
- ¿Los factores de riesgo del paciente justifican lo que ha ocurrido?
- ¿A otro paciente con características similares le habría ocurrido lo mismo?

Después de considerar los detalles clínicos del paciente, independientemente de la posibilidad de prevención, ¿cómo de seguro está de que LA ASISTENCIA SANITARIA ES LA CAUSANTE DE LA LESIÓN? Valore la presencia de factores de riesgo y su comorbilidad en la GC.

- 1 Ausencia de evidencia de que el efecto adverso se deba al manejo del paciente. La lesión se debe enteramente a la patología del paciente (No hay EA, entonces parar)
- 2 Mínima probabilidad de que el manejo fuera la causa.
- 3 Ligera probabilidad de que el manejo fuera la causa.
- 4 Moderada probabilidad de que el manejo fuera la causa.
- 5 Es muy probable de que el manejo fuera la causa
- 6 Total evidencia de que el manejo fuera la causa del efecto adverso

Si no se ha producido lesión u otras complicaciones (pregunta A3, apartado b = 1) no hay EA → PARAR. Si se ha producido un incidente (pregunta A3 apartado b = 3) pasar directamente al módulo E.
Si la lesión se ha debido sólo al proceso de la enfermedad o no hay evidencia de que el manejo fuera la causa de la lesión o complicación (pregunta A3 apartado c) = 1 no hay EA → PARAR.

A4 INDIQUE LA CONSECUENCIA DEL EA EN EL PACIENTE

Marque el EA según proceda (sólo marque una casilla)

Complicaciones de los cuidados

- Úlcera por presión
- Quemaduras o erosiones
- Caídas y fracturas consecuentes
- EAP e Insuficiencia respiratoria
- Otras consecuencias de inmovilización prolongada
- Flebitis
- Otros _____

Efectos de la medicación o productos sanitarios

- Náuseas, vómitos o diarrea
- Prurito, rash y otras manifestaciones alérgicas
- Reacción cutánea por contacto
- Úlcus o hemorragia digestiva alta
- Alteraciones neurológicas
- Estupor o desorientación
- Cefalea
- Glucoemia alterada
- Hepatotoxicidad
- Hemorragia, epistaxis, hematomas
- IAM, AVC, TEP, TVP
- Insuficiencia cardíaca y shock
- Agravamiento de la función renal
- Alteración del ritmo cardíaco o actividad eléctrica
- Desequilibrio de electrolitos
- Hipotensión
- Neutropenia
- Retención urinaria (anestesia)
- Dolor (analgesia poco efectiva)
- Otros _____

Infección relacionada con la asistencia

- Infección de sitio quirúrgico o de herida traumática
- Infección del tracto urinario
- Bacteriemia asociada a dispositivo
- Sepsis o shock séptico
- Neumonía (incluye por aspiración)
- Infección de úlcera por presión
- Colonización / infección por MOMR
- Infección oportunista
- Otros _____

Complicaciones de un procedimiento

- Hemorragia o hematoma
- Lesión en un órgano
- Neumotórax
- Hematuria
- Perforación timpánica
- Desgarro uterino
- Trastorno circulatorio (férula muy ajustada)
- Evisceración
- Dehiscencia de sutura
- Seroma
- Adherencias y alteraciones funcionales
- Complicaciones neonatales por parto
- Complicaciones locales por radioterapia
- Otros _____

Otros

- Peor curso evolutivo de la patología principal
- Pendiente de especificar
- Otros _____

Especifique en qué proceso de la asistencia ocurrió el evento. Señale un único ítem. Esto identificará el apartado del módulo C que deberá completar

- C0. Cuidados en un proceso previo a la admisión a estudio
- C1. Cuidados en el proceso de admisión (incluye valoración preoperatoria y valoración en urgencias antes de la valoración completa)
- C2. Cuidados durante un procedimiento
- C3. Cuidados postoperatorios o posteriores al procedimiento, Reanimación o C. Intensivos
- C4. Cuidados en sala
- C5. Valoración al final de la admisión a estudio y cuidados al alta.

A5 ADECUACIÓN DE LOS INFORMES PARA JUZGAR EL EA

¿La Historia clínica proporciona la información suficiente para valorar el EA?

- 1 No, el EA pasa desapercibido en la HC
- 2 No, la información para juzgar el EA está incompleta o es poco adecuada
- 3 Sí, hay suficiente información para identificar el EA
- 4 Sí, es fácil identificar los factores contribuyentes, el impacto y la evitabilidad del EA

Módulo B: LA LESIÓN Y SUS EFECTOS

B1 INVALIDEZ CAUSADA POR EL EA

Describa el impacto del EA en el paciente (p.e. aumento del dolor y del sufrimiento durante x días, retraso en la recuperación de la enfermedad primaria; al paciente no se le ha proporcionado una asistencia y apoyo adecuados; contribuyó o causó la muerte del paciente)

Valoración del grado de invalidez

Deterioro físico

- 0 Ninguna incapacidad (considerándose EA si se prolongó la estancia en el hospital)
- 1 Leve incapacidad social
- 2 Severa incapacidad social y/o leve incapacidad laboral
- 3 Severa incapacidad laboral
- 4 Incapacidad laboral absoluta
- 5 Incapacidad para deambular salvo con ayuda de otros
- 6 Encamado
- 7 Inconsciente
- 8 Fallecimiento (especifique la relación con el EA)
 - 8.1 No existe relación entre el EA y el fallecimiento
 - 8.2 El EA está relacionado con el fallecimiento
 - 8.3 El EA causó el fallecimiento
- 9 No se puede juzgar razonablemente

Dolor:

- 0 Sin dolor
- 1 Dolor leve
- 2 Dolor moderado
- 3 Dolor severo

Trauma emocional

- 0 Sin trauma emocional
- 1 Mínimo trauma emocional y / o recuperación en 1 mes
- 2 Moderado trauma, recuperación entre 1 a 6 meses
- 3 Moderado trauma, recuperación entre 6 meses a 1 año
- 4 Trauma severo con efecto mayor a 1 año
- 5 No se puede juzgar razonablemente

B2 REPERCUSIÓN DE LOS EA EN LA HOSPITALIZACIÓN

¿Parte de la hospitalización, o toda, se debió al EA? (incluido el traslado a otro hospital)

- 1 No aumentó la estancia
- 2 Parte de la estancia
- 3 Causó un reingreso (la estancia siguiente por completo o la hospitalización que está siendo estudiada fue provocada por un EA previo)

Estime los días adicionales que el paciente permaneció _____ días en el hospital debido al EA: ____ días

De ellos, ¿cuántos días permaneció en la UCI?

B3 ASISTENCIA ADICIONAL COMO RESULTADO DEL EA Señale todas las oportunas

- La atención sanitaria no se vio afectada
- Requirió un nivel más elevado de observación y monitorización (constantes vitales, efectos secundarios...)
- Requirió una prueba adicional (radiografía, cultivo,...) u otro procedimiento
- Tratamiento médico o rehabilitación (antibióticos, curas,...)
- Intervención quirúrgica adicional
- Intervención o tratamiento de soporte vital (intubación orotraqueal, RCP...)

B4 GRAVEDAD DEL EA

De acuerdo con la información anterior ¿cuál fue la gravedad del EA?

- 1 Leve. Aquel que ocasiona lesión sin prolongación de la estancia hospitalaria.
- 2 Moderado. Aquel que ocasiona prolongación de la estancia al menos de 1 día de duración.
- 3 Grave. Aquel que ocasiona fallecimiento o incapacidad al alta o que requirió intervención quirúrgica.

Modulo C: PERIODO DE HOSPITALIZACIÓN DURANTE EL CUAL OCURRIÓ EL EA

Indique en qué momento de la asistencia tuvo lugar el EA (C0 a C5) y conteste la última pregunta del módulo.

C0 EA PREVIO A LA ADMISIÓN

(Incluyendo la atención en Urgencias, Atención Primaria, otros servicios u otros hospitales)

El EA ocurrió:

- 1. En Urgencias en una atención previa
- 2. En Atención Primaria o Domiciliaria en una atención previa
- 3. En Consultas externas de atención especializada
- 4. En el mismo servicio en una hospitalización previa
- 5. En otro servicio del hospital en una hospitalización previa
- 6. En otro hospital o área en una hospitalización previa
- 7. En el propio domicilio del paciente (o en un centro sociosanitario).

¿Conoce los factores de riesgo extrínseco presentes en el momento del EA? Sí No

Si es así, indique las opciones que crea oportunas

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sonda urinaria abierta | <input type="checkbox"/> Sonda Nasogástrica |
| <input type="checkbox"/> Sonda urinaria cerrada | <input type="checkbox"/> Traqueotomía |
| <input type="checkbox"/> Catéter venoso periférico | <input type="checkbox"/> Ventilación mecánica |
| <input type="checkbox"/> Catéter arterial | <input type="checkbox"/> Terapia inmunosupresora |
| <input type="checkbox"/> Catéter central de inserción periférica | <input type="checkbox"/> Bomba de infusión |
| <input type="checkbox"/> Catéter venoso central | <input type="checkbox"/> Hemodiálisis |
| <input type="checkbox"/> Catéter umbilical (en vena) | <input type="checkbox"/> Diálisis peritoneal |
| <input type="checkbox"/> Catéter umbilical (en arteria) | <input type="checkbox"/> Paracentesis evacuadora |
| <input type="checkbox"/> Nutrición parenteral | <input type="checkbox"/> Inmovilización |
| <input type="checkbox"/> Nutrición enteral | <input type="checkbox"/> Sedación |
| <input type="checkbox"/> Gastrostomía Percutánea Endoscópica | |

C1 EA EN LOS CUIDADOS EN EL MOMENTO DE ADMISIÓN A LA PLANTA

(Incluyendo la valoración preoperatoria)

El EA ocurrió:

- 1. En Urgencias, antes de la admisión a planta
- 2. Durante la valoración inicial en planta
- 3. Durante la valoración preoperatoria
- 4. Durante el proceso de hospitalización

C2 EA DURANTE UN PROCEDIMIENTO

(incluyendo operaciones quirúrgicas, anestesia, _____ días manipulación de fracturas, procedimientos invasivos, endoscópicos, radiológicos)

El EA ocurrió:

- 1. Durante la preparación previa del paciente para el procedimiento
- 2. Justo antes de la realización del procedimiento
- 3. Durante la realización del procedimiento
- 4. Al finalizar el procedimiento

C3 EA DURANTE LA ASISTENCIA INMEDIATA AL PROCEDIMIENTO, EN LA ASISTENCIA EN REANIMACIÓN O EN CUIDADOS INTENSIVOS

El EA ocurrió:

- 1. Durante los cuidados inmediatamente posteriores al procedimiento (durante su permanencia en el área de despertar)
- 2. Durante los cuidados en reanimación/sala de alta dependencia
- 3. Durante los cuidados en la unidad de cuidados intensivos

C4 EA DURANTE LA ASISTENCIA EN SALA
(Incluyendo errores en el manejo clínico)

El EA ocurrió:

- 1 Durante los cuidados postoperatorios (incluyendo postparto)
- 2 Durante la administración de tratamiento médico (no quirúrgico)
- 3 Durante la rehabilitación
- 4 Durante la movilización del paciente
- 5 Durante la realización de cualquier otro procedimiento de enfermería (Considerar C2)
- 6 Durante el traslado del paciente
- 7 Durante un periodo sin vigilancia directa (por la noche, estando el paciente solo, etc.)
- 8 Otro (especifique) _____

C5 EA EN EL PROCESO DEL ALTA (de la hospitalización a estudio)

El EA ocurrió:

- 1. Durante la valoración de la idoneidad del proceso del alta
- 2. Durante la planificación de los cuidados posteriores al alta (plan)
- 3. Durante la coordinación con otros niveles asistenciales
- 4. Durante el asesoramiento / información al alta
- 5. Durante el traslado al alta

¿Cuál fue la naturaleza del problema principal en esta fase de la asistencia?
(Indique las opciones que crea oportunas)

- 1 Error de diagnóstico o de identificación → D1
- 2 Fallo en la supervisión / registro / valoración clínica (incluyendo accesibilidad a los resultados de las pruebas) → D2
- 3 Cuidados de enfermería o de auxiliar Úlceras por presión, caídas o problemas con drenajes, catéteres o sondaje. → D3
- 4 Control de la infección relacionada con los cuidados → D4
- 5 Problemas técnicos relacionados con un procedimiento (incluyendo procedimientos de enfermería o diagnósticos) → D5
- 6 Reacción adversa medicamentosa, error de medicación o problemas en la administración de fluidos o sangre. → D6
- 7 Otros Especifique _____

Completar tantos módulos D ____ días
como se haya especificado.

ESTUDIO DE LA FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN LA ASISTENCIA HOSPITALARIA – PROYECTO IDEA

Basado en "Cuestionario modular para la revisión de Efectos Adversos". Clinical Safety Research Unit, Imperial College, London.

Módulo D: PRINCIPALES PROBLEMAS EN EL PROCESO DE LA ASISTENCIA

D1 EA RELACIONADO CON UN ERROR DIAGNÓSTICO O DE IDENTIFICACIÓN

¿Ocurrió el EA por un error en la identificación del paciente? Sí No

En caso afirmativo, especifique (Señale todas las oportunas)

- 1 No existen medidas adecuadas para la identificación del paciente
- 2 Las medidas no se implementaron
- 3 Las medidas no son adecuadas (ausencia de segundo apellido, DNI, NHC, ...)
- 4 Hubo problemas en la aplicación de las medidas (nombre ilegible, etc).
- 5 No se comprobó la identidad del paciente
- 6 Otros (especifique) _____

¿Ocurrió el EA por un error en el diagnóstico? Sí No

En caso afirmativo, dé detalles

Indique qué no se reconoció o valoró suficientemente:

- 1 Motivo del ingreso o consulta del paciente
- 2 Alergias a medicamentos o a productos sanitarios
- 3 Hipertensión arterial o sus complicaciones
- 4 Diabetes mellitus o sus complicaciones
- 5 Embarazo o sus complicaciones
- 6 Antecedentes de IAM, AVC o ICC
- 7 Obesidad, sobrepeso o sus complicaciones
- 8 Cualquier complicación en el curso de la enfermedad del paciente
- 9 Otros (especifique) _____

Factores contribuyentes al error diagnóstico (señale todas las que crea oportunas).

- 1 Fallo para realizar una adecuada anamnesis
- 2 Fallo para realizar un examen físico satisfactorio
- 3 Fallo en la indicación de las pruebas pertinentes
- 4 La prueba se realizó incorrectamente (en complicaciones de procedimientos invasivos, considerar D5)
- 5 La prueba se informó incorrectamente
- 6 Fallo en recibir el informe
- 7 Fallo en actuar tras conocer los resultados de las pruebas o exploraciones
- 8 Fallo en sacar conclusiones razonables / sensatas o hacer un diagnóstico diferencial
- 9 Fallo para obtener una opinión de experto de: (especifique)
- 10 Opinión experta incorrecta
- 11 Otros (especifique) _____ días _____

¿Ocurrió el EA por un retraso en el diagnóstico? Sí No

En caso afirmativo, especifique:

- 1 Demora en la citación en AP
- 2 Demora en la derivación a otro especialista
- 3 Demora en la citación en Consultas de Atención Especializada
- 4 Demora en la atención en Urgencias
- 5 Demora en el ingreso del paciente
- 6 Demora en el traslado a una unidad de cuidados especiales
- 7 Demora en la realización de una técnica diagnóstica
- 8 Demora en la recepción de los resultados de la técnica diagnóstica
- 9 Demora en la derivación al alta del paciente
- 10 Otros (especifique) _____

Estime el tiempo de la demora: _____ días
_____ horas

D2 EA DERIVADO DE UN FALLO EN LA SUPERVISIÓN / REGISTRO / VALORACIÓN CLÍNICA

¿Ocurrió el EA por problemas en la monitorización / observación del paciente? Sí No

En caso afirmativo, dé detalles

El control inadecuado se debió a un fallo en la monitorización de:

- 1 Glucemia
- 2 Temperatura
- 3 Tensión arterial
- 4 Diuresis, función renal o alteración hidro-electrolítica
- 5 Escaras, movilidad, estado de sondas y vías (considerar D3)
- 6 Ritmo cardíaco o respiratorio, insuficiencia cardíaca, vascular o respiratoria (considerar D6)
- 7 Estado nutricional, tolerancia, deposiciones
- 8 Estado cognitivo, nivel de conciencia, orientación, agitación
- 9 Evolución del proceso principal y aparición de complicaciones (considerar D1)
- 10 Otros (especifique) _____

¿Ocurrió el EA por fallo en el registro de las observaciones / actividades? Sí No

En caso afirmativo, dé detalles

¿En qué proceso fue poco satisfactorio el registro?

- 1 Fallo a la hora de anotar las observaciones de rutina (Tª, PA, balance de fluidos, ...)
- 2 Fallo en el registro de la hoja de observaciones de enfermería
- 3 Fallo en el registro de la hoja de evolución médica
- 4 Fallo a la hora de registrar el plan
- 5 Fallo en el registro de las pruebas / exploraciones pedidas o pendientes
- 6 Fallo en el registro de las interconsultas pedidas o pendientes
- 7 Fallo en el registro de las hojas de procedimientos / anestesia
- 8 Fallo en el registro del tratamiento (Considerar D6)
- 9 Fallo en el registro en las derivaciones o informes de alta
- 10 Otro (especifique) _____

El fallo se debió a:

- 1 Pérdida o no disponibilidad de la hoja de registro correspondiente
- 2 No se cumplimentó el apartado adecuado
- 3 Poca información o información no válida
- 4 Problemas de legibilidad o del idioma
- 5 Problemas con la accesibilidad al sistema informático
- 6 Caída del servidor u otros problemas técnicos
- 7 No disponibilidad de claves de acceso a la aplicación oportuna
- 8 Otro (especifique) _____

D3 EA RELACIONADO CON LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

¿Fue el problema del paciente la aparición o el agravamiento de una UPP? Sí No

En caso afirmativo, especifique (señale todas las oportunas)

- 1 No existe una estrategia para la prevención de las UPP en el centro
- 2 No se realizó la valoración del riesgo
- 3 La valoración del riesgo no se hizo de forma adecuada o con la periodicidad pertinente
- 4 No se identificaron las medidas preventivas acordes al riesgo
- 5 No se pudo implementar la medida preventiva por no disponibilidad (p ej. colchones)
- 6 La movilización del paciente no fue adecuada
- 7 Los cuidados de la piel del paciente no fueron adecuados.
- 8 Cualquier fallo estructural que impidiera una prevención adecuada (butacas, colchones)
- 9 Otros (especifique) _____

De acuerdo a la situación más desfavorable, ¿qué riesgo tenía el paciente de desarrollar una UPP?

- 1 Bajo (por ejemplo más de 14 puntos en la escala de Norton)
- 2 Moderado (entre 12 y 14 puntos)
- 3 Muy alto (entre 5 y 11 puntos)

¿Qué medidas preventivas se implementaron? Señale todas las oportunas.

- 1 Ninguna
- 2 Cambios posturales
- 3 Protección de talones
- 4 Reductores de presión en cama o silla
- 5 Cuidados específicos de la piel
- 6 Cuidados para el estado nutricional y de hidratación del paciente.

¿Fue el problema del paciente una caída? Sí No

En caso afirmativo, especifique (señale todas las oportunas)

- 1 No existe una estrategia para la prevención de las caídas en el centro
- 2 No se realizó la valoración del riesgo
- 3 La valoración del riesgo no se hizo de forma adecuada o con la periodicidad pertinente.
- 4 No se identificaron las medidas preventivas acordes al riesgo
- 5 No se pudo implementar la medida preventiva por no disponibilidad (pej. barandillas)
- 6 La sujeción del paciente no fue adecuada
- 7 No se acudió a la llamada del paciente o su acompañante a tiempo
- 8 Cualquier fallo estructural que impidiera una prevención adecuada (timbre, iluminación, freno)
- 9 Otros (especifique) _____

De acuerdo a la situación más desfavorable, ¿qué riesgo tenía el paciente de caerse?

- 1 Bajo
- 2 Moderado (por ejemplo 1 o 2 en la escala Downton)
- 3 Muy alto (por ejemplo > 2 en la escala de Downton)

¿Qué medidas preventivas se implementaron? Señale todas las oportunas.

- 1 Ninguna
- 2 Accesibilidad, eliminación de obstáculos
- 3 Valoración adecuada de efectos secundarios de la medicación (sedación, estupor)
- 4 Inmovilización o sujeción mecánica
- 5 Barandillas y otros apoyos estructurales
- 6 Uso de bastón, andador o silla de ruedas

ESTUDIO DE LA FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN LA ASISTENCIA HOSPITALARIA – PROYECTO IDEA
Basado en "Cuestionario modular para la revisión de Efectos Adversos". Clinical Safety Research Unit, Imperial College, London.

¿Se relacionó el problema con el cuidado de cateterismos / drenaje / sondajes? Sí No

En caso afirmativo, especifique (señale todas las oportunas)

- 1 No existe una estrategia para la prevención de problemas relacionados con cateterismos
- 2 No se realizó la valoración del riesgo
- 3 La valoración del riesgo no se hizo de forma adecuada o con la periodicidad pertinente
- 4 No se identificaron las medidas preventivas acordes al riesgo
- 5 No se pudo implementar la medida preventiva por no disponibilidad (ej. conexiones del sistema)
- 6 La sujeción de la sonda / catéter no fue adecuada
- 7 No se valoró la oportunidad de la retirada del sondaje / vía (pej. pasar medicación a vo)
- 8 Cualquier fallo estructural que impidiera una prevención adecuada
- 9 Otros (especifique) _____

¿Qué riesgo había de que el paciente tuviera un problema con el sondaje, catéter o drenaje?

- 1 Bajo
- 2 Moderado
- 3 Muy alto (por ejemplo en administración de amiodarona – Considerar D6)

¿Qué medidas preventivas se implementaron? Señale todas las oportunas.

- 1 Ninguna
- 2 Inserción aséptica
- 3 Valoración adecuada de la necesidad de sedación o tratamiento farmacológico para la agitación
- 4 Inmovilización o sujeción mecánica
- 5 Recambio periódico de acuerdo al protocolo local o valoración de la necesidad del mismo
- 6 Inserción en vía preferente (pej, basílica o subclavia para CVP)

D4 EA RELACIONADOS CON UN FALLO EN LA PREVENCIÓN / CONTROL DE LA INFECCIÓN

¿Cuál fue la localización de la infección?

(Si el paciente presenta más de una localización, considerar completar un nuevo MRF2 completo)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Sitio quirúrgico (considerar D5) | <input type="checkbox"/> 8 Piel y partes blandas |
| <input type="checkbox"/> 2 Tracto urinario | <input type="checkbox"/> 9 Osteoarticular |
| <input type="checkbox"/> 3 Vías respiratorias | <input type="checkbox"/> 10 Ojos, nariz, boca |
| <input type="checkbox"/> 4 Neumonía | <input type="checkbox"/> 11 Sistema nervioso central |
| <input type="checkbox"/> 5 Tuberculosis | <input type="checkbox"/> 12 Endocarditis |
| <input type="checkbox"/> 6 Bacteriemia o sepsis | <input type="checkbox"/> 13 Sistémica (incluyendo VIH y hepatitis) |
| <input type="checkbox"/> 7 Tubo digestivo | <input type="checkbox"/> 14 Otras: _____ |

¿Cómo ha sido el diagnóstico de la infección?

Indique los microorganismos implicados

- | | |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Clínico | <input type="checkbox"/> 1 _____ |
| <input type="checkbox"/> 2 Cultivo positivo | <input type="checkbox"/> 2 _____ |
| <input type="checkbox"/> 3 Serología | <input type="checkbox"/> 3 _____ |
| <input type="checkbox"/> 4 Otros métodos diagnósticos | <input type="checkbox"/> 4 _____ |
| <input type="checkbox"/> 5 No fue diagnosticada por el equipo asistencial | <input type="checkbox"/> 5 _____ |

En el caso en que se trate de una infección asociada a la asistencia, indique:

- 1 No existe una estrategia específica para la prevención en esta localización
- 2 No se realizó la valoración del riesgo
- 3 La valoración del riesgo no se hizo de forma adecuada o con la periodicidad pertinente
- 4 No se identificaron las medidas preventivas acordes al riesgo
- 5 No se implementaron todas las medidas que constituyen el bundle para su prevención
- 6 No se pudo implementar la medida preventiva por no disponibilidad
- 7 Cualquier fallo estructural que impidiera una prevención adecuada
- 8 Otros (especifique) _____

¿Qué factores se asociaron con la infección? Señale todas las oportunas.

- Efecto secundario a fármacos (Considerar D6 incluso ante ausencia de profilaxis perioperatoria) Infección Inducida por antibióticos (C. Difficile)
- Infección por hongos
- Fármacos inmunosupresores
- Cuerpo extraño (Considerar D3) Sonda urinaria
- Catéter vascular
- Traqueostomía, intubación o ventilación mecánica
- Drenaje
- Otro (especifique) _____

- Factores estructurales y del entorno
- Cloración y tratamiento del agua
- Bioseguridad en quirófano
- Esterilización / desinfección
- Precauciones de aislamiento

¿Qué medidas preventivas se implementaron? Señale todas las oportunas.

- 1 Ninguna
- 2 Profilaxis antibiótica (pej. para la endocarditis)
- 3 Asepsia y antisepsia
- 4 Precauciones de aislamiento (si se trata de una transmisión cruzada)
- 5 Bundle completo para su localización
- 6 Otras _____

ESTUDIO DE LA FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN LA ASISTENCIA HOSPITALARIA – PROYECTO IDEA
Basado en "Cuestionario modular para la revisión de Efectos Adversos". Clinical Safety Research Unit, Imperial College, London.

D5 EA RELACIONADOS CON UN PROCEDIMIENTO

¿Se trata del procedimiento indicado en la Guía de Cribado? Sí No

Especifique con qué procedimiento se corresponde el EA

- 1 Intervención quirúrgica convencional o laparoscópica
- 2 Cirugía sin ingreso
- 3 Cirugía mayor ambulatoria
- 4 Cirugía menor
- 5 Radiología intervencionista
- 6 Hemodinámica
- 7 Procedimientos diagnósticos invasivos (colonoscopia, broncoscopia, punción lumbar,...)
- 8 Biopsia (incluyendo los procedimientos del apartado anterior)
- 9 Inserción de catéter o sondaje
- 10 Manipulación de fractura
- 11 Otros _____

¿Ocurrió el EA por un retraso en la realización del procedimiento? Sí No

En caso afirmativo, especifique:

- 1 Demora en la citación en AP
- 2 Demora en la derivación a otro especialista
- 3 Demora en la citación en Consultas de Atención Especializada
- 4 Demora en la atención en Urgencias
- 5 Demora en el ingreso del paciente
- 6 Demora en el traslado a la unidad en la que se realiza el procedimiento
- 7 Problemas en la programación del procedimiento (incluyendo suspensión del procedimiento)
- 8 Demora en la preparación del paciente para el procedimiento (ayunas, anticoagulación)
- 9 Demora en la realización del propio procedimiento
- 10 Otros _____

Estime el tiempo de la demora: ____ días o ____ horas

¿Ocurrió el EA por un problema relacionado con el procedimiento? Sí No

En caso afirmativo, dé detalles

Por favor, especifique:

- 1 No existe una estrategia que incluya un listado de verificación para este procedimiento
- 2 No se realizó el listado de verificación
- 3 Alguno de los requisitos del listado de verificación no se cumplió
- 4 No se identificaron las medidas adecuadas al riesgo (problemas en la intubación, obesidad,...)
- 5 No se pudo implementar la medida por no disponibilidad (ej. visualización de imágenes en quir)
- 6 Cualquier fallo estructural que impidiera una actuación adecuada
- 7 Otros (especifique) _____

Factores relacionados con el problema en el procedimiento (señale todas las que crea oportunas).

- 1 Fallo para realizar una adecuada anamnesis
- 2 Fallo para realizar un examen físico satisfactorio
- 3 Fallo en la indicación del procedimiento o procedimiento inadecuado
- 4 Preparación inadecuada del paciente antes del procedimiento (ayunas, rasurado, anticoagulación)
- 5 Identificación errónea del paciente (considerar D1) o de la localización quirúrgica
- 6 Incidente en la anestesia: intubación, reacción al agente anestésico (considerar D6)
- 7 Problema con el aparataje, dispositivos o instrumental
- 8 Dificultad en la delimitación anatómica, presencia de adherencias o no visualización
- 9 El procedimiento se realizó incorrectamente
- 10 Ocurrió un incidente crítico durante el procedimiento
- 11 Monitorización inadecuada durante el procedimiento
- 12 Vigilancia inadecuada posterior al procedimiento
- 13 Curas o tratamiento posterior inadecuado (considerar D2 en problemas con los drenajes)
- 14 Otros (especifique) _____

ESTUDIO DE LA FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN LA ASISTENCIA HOSPITALARIA – PROYECTO IDEA
Basado en "Cuestionario modular para la revisión de Efectos Adversos". Clinical Safety Research Unit, Imperial College, London.

D6 EA RELACIONADO CON MEDICAMENTOS O FLUIDOS (incluyendo

SANGRE) ¿Cómo se administró el medicamento / fluido?

- | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Intravenoso | <input type="checkbox"/> 4 oral | <input type="checkbox"/> 7 tópico |
| <input type="checkbox"/> 2 Intramuscular | <input type="checkbox"/> 5 sublingual | <input type="checkbox"/> 8 rectal |
| <input type="checkbox"/> 3 Subcutáneo | <input type="checkbox"/> 6 Intratecal | <input type="checkbox"/> 9 Otro _____ |

¿Qué medicamento fue?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 antineoplásico | <input type="checkbox"/> 8 cardiovascular | <input type="checkbox"/> 15 antidepresivo |
| <input type="checkbox"/> 2 inmunosupresor | <input type="checkbox"/> 9 vasodilatador | <input type="checkbox"/> 16 antiepiléptico |
| <input type="checkbox"/> 3 antibiótico | <input type="checkbox"/> 10 diurético | <input type="checkbox"/> 17 sedante o hipnótico |
| <input type="checkbox"/> 4 analgésico | <input type="checkbox"/> 11 IECAS o ARA-II | <input type="checkbox"/> 18 narcóticos (p.e.morfina/petidina) |
| <input type="checkbox"/> 5 antiinflamatorio | <input type="checkbox"/> 12 anticoagulante | <input type="checkbox"/> 19 antipsicótico |
| <input type="checkbox"/> 6 broncodilatador | <input type="checkbox"/> 13 antidiabético | <input type="checkbox"/> 20 protector gástrico |
| <input type="checkbox"/> 7 Potasio | <input type="checkbox"/> 14 sangre o expansores | <input type="checkbox"/> 21 Otros _____ |

Nombre del fármaco _____

¿Ocurrió el EA por un retraso en el tratamiento? Sí No

En caso afirmativo, especifique:

- 1 Demora en la citación en AP
- 2 Demora en la derivación a otro especialista
- 3 Demora en la citación en Consultas de Atención Especializada
- 4 Demora en la atención en Urgencias
- 5 Demora en el ingreso del paciente
- 6 Demora en la recepción de pruebas de indicación / monitorización del tratamiento (Considerar D1)
- 7 Demora a la hora de recibir las órdenes de tratamiento oportunas
- 8 Demora en la organización para la administración del tratamiento
- 9 Otros _____

Estime el tiempo de la demora: _____ días o _____ horas

¿Ocurrió el EA por una reacción adversa medicamentosa (RAM)? Sí No

¿Ocurrió el EA por un error de medicación? Sí No

Indique qué no se trató o valoró suficientemente:

- 1 Motivo del ingreso o consulta del paciente (incluye indicación de IECA/ARA-II en Sd Coronario Agudo)
- 2 Alergias a medicamentos o a productos sanitarios
- 3 Hipertensión arterial o sus complicaciones
- 4 Diabetes mellitus o sus complicaciones (incluye indicación de IECA/ARA-II en proteinuria o microalb.)
- 5 Embarazo o sus complicaciones
- 6 Antecedentes de IAM, AVC o ICC
- 7 Obesidad, sobrepeso o sus complicaciones
- 8 Cualquier posible complicación (incluye prevención con anticoagulantes o protectores gástricos)
- 9 Otros (especifique) _____

Factores relacionados con el error de medicación (señale todas las que crea oportunas).

- 1 No prescripción estando indicado
- 2 Indicación incorrecta (Considerar D1 en diagnóstico o paciente erróneos y D2 en error de valoración)
- 3 Existe una alternativa más eficaz o más segura
- 4 Dosis inadecuada
- 5 Frecuencia de administración incorrecta o insuficiente
- 6 Duración del tratamiento incorrecta (pej. profilaxis perioperatoria)
- 7 Error en el registro (Considerar D2 si letra ilegible o no registro en el libro de enfermería)
- 8 Error en la preparación o manipulación del tratamiento
- 9 Vía de administración inadecuada
- 10 Otro error en la administración del tratamiento
- 11 Monitorización insuficiente de la acción del tratamiento o sus efectos secundarios
- 12 Interacción farmacológica
- 13 Duplicidad o error en la conciliación de la medicación
- 14 Otros (especifique) _____

ESTUDIO DE LA FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN LA ASISTENCIA HOSPITALARIA – PROYECTO IDEA
Basado en "Cuestionario modular para la revisión de Efectos Adversos". Clinical Safety Research Unit, Imperial College, London.

MÓDULO E: FACTORES CONTRIBUYENTES Y POSIBILIDAD DE PREVENCIÓN DEL EA

E1 INDIQUE LOS FACTORES QUE CONTRIBUYERON AL EVENTO ADVERSO

Elija como máximo 10 de los siguientes factores y adjudique a cada uno de ellos un porcentaje según su contribución en la ocurrencia del EA (suma total 100%)

Peso Factores

- Factores del paciente o sus familiares**
- Comorbilidad preexistente
 - Complejidad del cuadro principal
 - Cultura / creencia que dificulte el manejo
 - Déficit cognitivo o trastorno mental
 - Actitud no cooperativa (incumplimiento)
 - Idioma diferente o no comprensible
 - Mala comunicación con los profesionales
 - Mala comunicación con los familiares
 - Bajo nivel económico
 - Ausencia de familiares o redes de apoyo
- Factores individuales del prof. sanitario**
- Salud, discapacidad, estrés o fatiga
 - Baja motivación
 - Conocimientos o destrezas inadecuados
 - Poca experiencia en el lugar de trabajo
 - Desconocimiento de tareas o protocolos
 - Supervisión inadecuada
 - Formación inadecuada o insuficiente
 - Actitud no cooperativa
 - Horario inadecuado
- Factores de comunicación oral y escrita**
- Indicaciones verbales ambiguas
 - Uso incorrecto del lenguaje
 - Uso de un canal inadecuado
 - Registros insuficientes o inadecuados
 - La información no llega a todo el equipo
 - Lenguaje corporal inadecuado
- Factores relacionados con la tarea**
- Ausencia de guías o protocolos
 - Protocolo inadecuado u obsoleto
 - Protocolo no accesible o no conocido
 - Ausencia de verificación del proceso
 - Tarea demasiado compleja

Peso Factores

- Factores de equipamiento y recursos**
- Acceso / disponibilidad HC informatizada
 - Problemas de mantenimiento de equipos
 - Diseño inadecuado de recursos (timbre,...)
 - Almacenamiento / accesibilidad inadecuado
 - No disponibilidad del producto / fármaco
 - Etiquetado incorrecto
 - Envase o nombre parecido
 - Caducidad
 - Equipamiento / recurso nuevo
 - Equipamiento no estándar
- Factores del entorno de trabajo**
- Seguridad y accesos a zonas restringidas
 - Entorno inadecuado (ruido, luz, temperatura)
 - Entorno inadecuado (limpieza, camas, espacio)
 - Distracciones en el entorno
 - Ratio inadecuado de personal / paciente
 - Presión asistencial elevada
 - Rotación excesiva de personal / inexperiencia
 - Realización de tareas ajenas
 - Fatiga ligada a los turnos de trabajo
- Factores del trabajo en equipo y liderazgo**
- Las funciones no están claramente definidas
 - No hay un liderazgo efectivo
 - Ausencia de sistemas de evaluación / incentivos
 - Conflicto entre los miembros del equipo
 - Ausencia de mecanismos de apoyo ante el error
 - No se promueve la cultura de seguridad
- Factores organizativos y de gestión**
- Cita o programación erróneas
 - Lista de espera prolongada
 - Error en la información sanitaria
 - Estructura organizativa insuficiente
 - Estructura asistencial insuficiente

E2 VALORE LA POSIBILIDAD DE PREVENCIÓN

DEL EA Ayuda a la decisión:

- ¿Si el paciente hubiera sido atendido en otro centro o sistema sanitario, le hubiera ocurrido el EA?*
- ¿Identifica algo que se hiciera sin cumplir con los estándares de cuidado?*
- ¿Qué capacidad tiene el sistema de manejar la situación de riesgo?*

A su juicio, ¿hay alguna evidencia de que el EA se podría haber evitado? Sí No

Valore en una escala de 6 puntos la evidencia de posibilidad de prevención.

- 1 Ausencia de evidencia de posibilidad de prevención.
- 2 Mínima posibilidad de prevención.
- 3 Ligera posibilidad de prevención.
- 4 Moderada posibilidad de prevención.
- 5 Elevada posibilidad de prevención.
- 6 Total evidencia de posibilidad de prevención.

Describa brevemente la manera en que el EA podría haberse prevenido

ESTUDIO DE LA FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN LA ASISTENCIA HOSPITALARIA – PROYECTO IDEA
Basado en "Cuestionario modular para la revisión de Efectos Adversos". Clinical Safety Research Unit, Imperial College, London.

Anexo 4

Marco Administrativo

- **Recursos Humanos**

Investigadores	Estefanía Barahona Carla Ortega
Director De Tesis	Esp. Paulina Muñoz

- **Recursos Materiales:**

- Computador
- Útiles de oficina
- Impresora
- Cámara fotográfica
- Celular
- Flash Memory
- Cámara de video
- Diario de campo

- **Recursos Técnicos y Tecnológicos:**

- Computadores portátiles
- Flash Memories
- Cámara Fotográfica
- Copiadora
- Impresoras
- Internet

Tabla 14 De Presupuesto Del Proyecto De Tesis

Rubros De Gastos	Costos
➤ Material Bibliográfico	\$450
➤ Material De Escritorio	\$150
➤ Copias	\$180
➤ Movilización	\$400
➤ Transcripción E impresión De Textos	\$250
➤ Anillado	\$160
➤ Imprevistos	\$440
TOTAL	\$2040 dólares