



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



**EVENTOS ADVERSOS EVITABLES EN LOS SERVICIOS DE: MEDICINA
INTERNA, GINECOLOGIA, TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA DEL HOSPITAL
SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA, EN EL PERIODO**

2013 – 2014.

AUTORES: DIANA GEOVANNA FLORES GUEVARA

VERONICA MARITZA CHICAIZA RUIZ

DIRECTORA DE TESIS: Lic. MIRIAN SANTILLAN

RESUMEN

El presente documento detalla temas de gran interés como la seguridad clínica del paciente, su alta vulnerabilidad, y la poca o escasa cultura de seguridad en nuestro medio que conllevan a cometer errores en el cuidado sanitario, estos errores generalmente suelen pasar inadvertidos terminando en evento adverso. Es por ello que la profesión de enfermería debe ir de la mano con la ética, logrando que la cultura de seguridad en el paciente salvaguarde sus derechos como: acceso a la atención sanitaria, individualidad, confidencialidad, consentimiento informado de procedimientos entre otros, que son enunciados en el Tratado De Ciom y Helsinki, base fundamental en la ética profesional. En el Hospital San Vicente de Paul lugar donde se desarrolló este estudio, por medio de este trabajo hemos detectado una significativa incidencia de eventos adversos que sin duda alguna con la implementación de una cultura de seguridad, la atención sanitaria mejoraría, apegada a la filosofía del buen vivir “Sumak Kausai” sin dejar de lado los deberes, derechos, normas, procedimientos y leyes que rigen en nuestro país, y las normativas internacionales que también son aplicables a nuestro medio. Luego del trabajo de campo, en el que se utilizaron instrumentos de uso internacional, para estudios de seguridad del paciente, la herramienta primordial para desarrollar este documento fueron los cribados aplicados en fueron aplicados 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). Para el plan de análisis se utilizó un diseño univariado, utilizando el paquete estadístico Spss pasw statistics versión18.

Palabras claves: Seguridad del Paciente, Cultura de seguridad del paciente, evento adverso, sumak Kausay, Tratado de Ciom y Helsinski.

SUMMARY

This document details issues of great interest as clinical patient safety, their vulnerability, and little or poor safety culture in our country that lead to errors in healthcare, these errors often go unnoticed usually ending in adverse event . That is why the nursing profession must go hand in hand with ethics, making the culture of patient safety safeguards their rights as access to health care, individuality, confidentiality, informed consent procedures and others that are enunciated in De MECC and Helsinki Treaty, the foundation on professional ethics. In the San Vicente de Paul Hospital where this study was conducted, through this work we have found a significant incidence of adverse events that undoubtedly with the implementation of a safety culture, improve health care, attached to the philosophy of good life "sumak Kausai" without neglecting the duties, rights, rules, procedures and laws in our country, and international regulations that are applicable to our environment. After the fieldwork, where instruments used internationally were used for studies of patient safety, the primary responsibility for developing this document tool was screened applied were applied in the study of frequency of adverse events in the Hospital Care - IDEA Project and is based on "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 ". (Spanish Version). For the analysis plan was used univariate design, using SPSS PASW Statistics versión18.

Keywords: Patient Safety Culture of patient safety, adverse event, sumak Kausay, MECC and Helsinki Treaty

INTRODUCCIÓN

Haciendo un análisis retrospectivo sobre la seguridad del paciente, el presente estudio tiene como propósito analizar en qué medida los eventos adversos identificados en los pacientes que causaron daño se podrían haber evitado, en los Servicios de Medicina Interna, Ginecología, Traumatología, Cirugía del Hospital San Vicente de Paul.

La importancia primordial de este trabajo es obtener una primera visión sobre la magnitud del problema, estudiar qué tipos de incidentes dañinos se producían con mayor frecuencia y en qué momento se producían para determinar su causa más probable (Ramos Dominguez, 2005).

La organización Mundial de la Salud preocupada por el gran número de muertes originadas por eventos adversos y errores que sufren los pacientes en la atención médica, buscó que las instituciones de salud prevengan situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para que sean más seguras y competitivas internacionalmente. (Briseno Pineda, Calidad de la Atención en la Seguridad del paciente, 2002)

La realización de este proyecto busca consolidar la Cultura Justa en los servicios de: Medicina Interna, Ginecología, Traumatología, Cirugía en el Hospital San Vicente de Paul, que permita identificar oportunidades para mejorar la calidad y seguridad en la atención, diseñado con un carácter constructivo, educativo y su implementación se puede ajustar a las condiciones y cultura propia de la institución.

Con el desarrollo de este proyecto se quiere que los directivos y profesionales asistenciales en los diferentes servicios del HSVP, cuenten con la herramienta que permita incrementar la seguridad de la atención en salud tomando en cuenta que el aspecto más importante de los conocimientos sobre la seguridad del paciente es la prevención del daño logrando mejorar la seguridad del paciente (Briseno Pineda, Calidad de la Atención segura del paciente, 2002).

Por lo tanto, El HSVP como una institución importante en esta investigación, necesita de la construcción de una cultura institucional en seguridad clínica que genere conciencia de que las cosas pueden ir mal, en la que los trabajadores reconozcan sus errores, los informen y aprendan de ellos, en la que la institución funcione como un todo y de manera armónica, y en la que el personal de salud adopte practicas seguras, para disminuir al mínimo posible la incidencia de eventos adversos los cuales en su gran mayoría son evitables.

En vista de esto la Universidad Técnica del Norte con colaboración de sus docentes y estudiantes de la Carrera de Enfermería contribuirán en el desarrollo de este proyecto, buscando de esta manera ayudar a una atención oportuna para el paciente ya que como futuros profesionales brindaremos una atención de calidad y calidez.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar eventos adversos evitables en pacientes hospitalizados en los servicios de: Medicina Interna, Ginecología, Traumatología y Cirugía del Hospital San Vicente De Paúl de Ibarra.

Objetivos específicos

- Caracterizar a la población objeto de estudio.
- Identificar los eventos adversos evitables que ocurren en los servicios del HSVP.

- Identificar los factores extrínsecos e intrínsecos que determinaron el evento adverso evitable.
- Señalar los criterios determinantes del cribado para la identificación del evento evitable.
- Diseñar una capacitación virtual para prevenir los eventos adversos y fortalecer la implementación de prácticas seguras en el HSVP.

METODOLOGÍA

Tipo de Estudio.

El tipo de investigación es Prospectivo, Observacional, Analítico de corte transversal con enfoque mixto (cuali-cuantitativo).

Observacional.- El factor de estudio no es controlado por el investigador el investigador se limita a observar y medir, puede ser descriptivo o analítico

Analítico.- Su finalidad es evaluar una relación causal entre un factor de riesgo y un efecto (enfermedad).

Transversal.- Los datos de cada sujeto representan un momento en el tiempo. No puede establecerse relaciones causales porque el factor y enfermedad se recoge simultáneamente.

Prospectivo.- por que recoge y analiza los datos a medida que se van sucediendo.

Cuali-Cuantitativo.- es un método establecido para estudiar de manera científica una muestra reducida de objetos de investigación.

Diseño

Estudio observacional analítico de corte transversal para estimar la incidencia de EA evitables de pacientes hospitalizados por al menos 24 horas, entre el 02 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 clasificación y distribución del evento adverso en relación con los servicios asistenciales estudiados, sus factores intrínsecos y extrínsecos.

Población y Muestra

La población en estudio estuvo constituido por 286 pacientes que ingresaron al Hospital San Vicente de Paúl, en la etapa de campo (del 02 – 11 de diciembre de 2013) en los servicios en estudio, durante los 7 días de observación, seguimiento por 24 horas previa hospitalización. Se descartara pacientes de eventos adversos sucedidos en otra casa de salud, sea cual sea la causa del ingreso o la especialidad.

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 se encontró una alta frecuencia de eventos adversos evitables fueron en los servicios de Cirugía con 12 casos, Gineco-Obstetricia con 11 casos y Medicina Interna con 9 casos cada uno y únicamente 2 eventos en Neonatología. Por otra parte y con la menor frecuencia de EA se registraron 3 casos en el servicio de Traumatología, todos estos casos 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.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Paciente hospitalizado HSVP.
- Haber cumplido 24 hs. de estancia hospitalaria sea cual fuese la causa del ingreso, la especialidad o el servicio.
- Ingreso de Fecha (> 7 días dependiendo del tipo de cirugía).
- Consentimiento informado de participación.
- Haber cumplido 72 hs. Post-evento.

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.

Técnicas e Instrumentos

Revisión de literatura científica.

Comprende todas las actividades relacionadas con la búsqueda de información previa, 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.

Revisión documental (Historia Clínica).

Es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal. Además de los datos clínicos que tengan relación con la situación actual del paciente, incorpora los datos de sus antecedentes personales y familiares, sus hábitos y todo aquello vinculado con su salud.

Nos ayuda a entablar una relación interpersonal con el paciente en diferentes aspectos, y ayuda a establecer el diagnóstico ya que gracias a esta conocemos el estado general de salud de nuestro paciente.

Por esta razón 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 enfermeros.

Observación directa

Consiste en la percepción Sistemática y dirigida a captar los aspectos más significativos de los objetos, hechos, realidades sociales y personas en el contexto donde se desarrollan normalmente. Proporciona la información empírica necesaria para plantear nuevos problemas, formular hipótesis y su posterior comprobación.

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.

Encuesta de Cribado (Guía De Cribado - GC).

La encuesta es una técnica que al igual que la observación está destinada a recopilar información; de ahí que no debemos ver a estas técnicas como competidoras, sino más bien como llevar a cabo las pruebas de detección sistemática e instalaciones disponibles para poder realizar las tareas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento consiguientes.

Una prueba de cribado debe aspirar a garantizar que quede sin detectar el menor número posible de personas enfermas (sensibilidad elevada) y que el menor número posible de personas no enfermas se sometan a nuevas pruebas diagnósticas (especificidad elevada).

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

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)

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.

La completación de este formulario la realizaba un médico con experiencia clínica de al menos 5 años. Cada uno de estos médicos se abstuvo de revisar los casos de su servicio.

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.

Herramientas Tecnológicas.

- Aplicación informática SPSS V.18
- Es un programa estadístico informático (software), con capacidad para trabajar con grandes bases de datos y un sencillo interface para la mayoría de los análisis.

- Este Programa informático nos ayudó a depurar información para un análisis e interpretación de datos.

Procedimiento

Para el desarrollo de esta investigación se utilizó un análisis documental a través de la búsqueda de bibliografía en Internet utilizando motores de búsqueda como Google, en el cual se “refina la búsqueda” con el fin de concentrar la búsqueda en aquellos documentos que puedan responder mejor al tema en cuestión, además de la visita al sitio MEDLINE (Medical Literature. Analysis and Retrieval System online), es la biblioteca Nacional NLM de los EUA en Internet y contiene más de 11 millones de referencias de revistas en ciencias de la vida, con énfasis en medicina.

En especial la consulta en la base de datos de COCHRANE, página que está dirigida al cuidado de la salud, preparando, manteniendo y promocionando la accesibilidad a revisiones sistemáticas de los efectos de la atención primaria.

La consulta en la biblioteca de la Facultad Nacional de Salud Pública fue clave para complementar la búsqueda a nivel Nacional, Departamental y Local.

Además se visitó la página del Ministerio de Protección Social, Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, como órganos rectores en temas de salud.

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 cual se desplegaba únicamente si el paciente presentaba evento adverso, previo a un tamizaje realizado con la Guía de Cribado GC. Para determinar si los eventos adversos eran evitables. 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.

Categorización de variables

En nuestra investigación se determinaron cuatro objetivos el mismo que analizamos características socio demográfico de las adolescentes de la Unidad Educativa Ibarra, nivel de conocimientos acerca de la política de salud sexual y reproductiva, factores protectores y factores de riesgo frente al manejo de los componentes de la política salud sexual y reproductiva de las adolescentes, acceso a la información y consejería con respecto a sexualidad.

Análisis de datos

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.

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).

Presentación de Resultados.

Para la obtención de los resultados de este trabajo de investigación 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.

Para 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.

Todo lo antes mencionado se demuestra en tablas y gráficos estadísticos cada uno con su respectivo análisis.

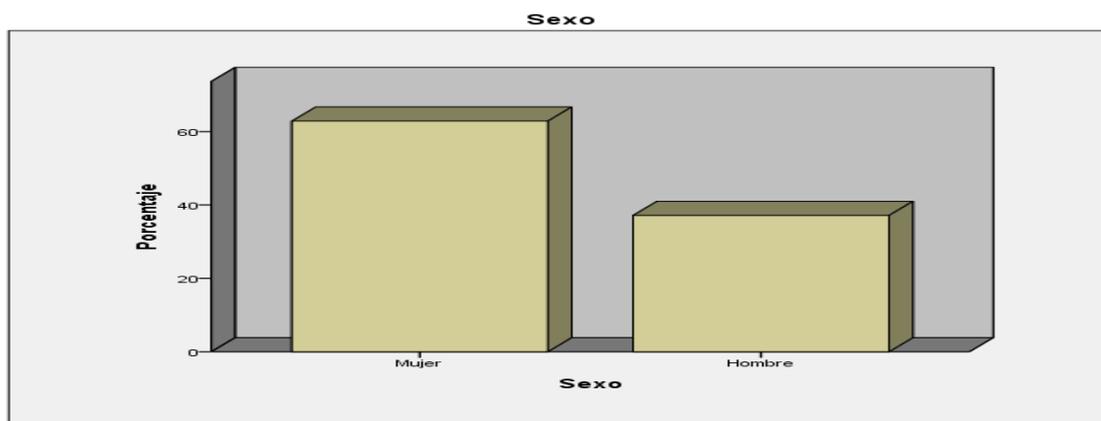
Distribución de resultados, en relación al sexo de pacientes.

Tabla 1

Sexo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válidos	Mujer	22	62.9	62.9	62.9
	Hombre	13	37.1	37.1	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Gráfico 1



Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Análisis y Discusión:

Sexo se refiere a las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. (OMS, La Investigación en seguridad del paciente, 2008). Según la OMS no existe mucha diferencia en la distribución del tipo del EA según el sexo de los pacientes. Los hombres parecen tener más EA relacionados con los cuidados y las mujeres más con los procedimientos, aunque en ningún caso se alcanza una diferencia significativa. En comparación a nuestro estudio las estadísticas cambian por lo tanto es importante mencionar que el sexo no es un factor determinante en la aparición de los eventos adversos, de acuerdo con nuestros

resultados de los pacientes con eventos adversos evitables 13 correspondieron a hombres (37,1%) y 22 correspondieron a mujeres (62,9%).

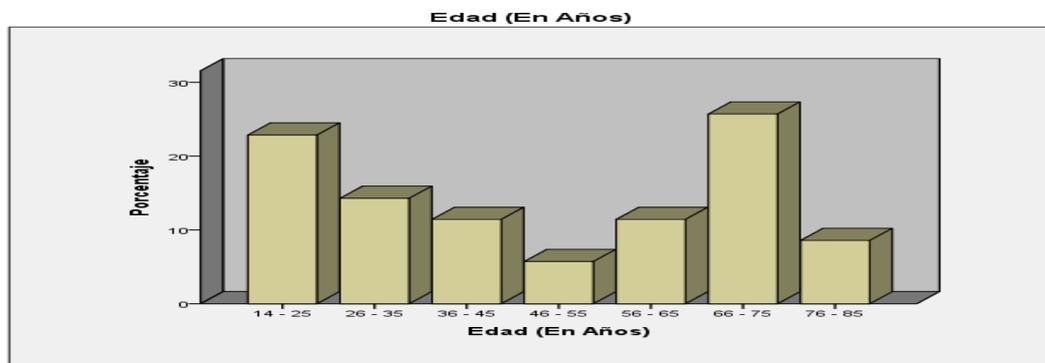
Distribución de resultados, en relación a edad de pacientes.

Tabla 2

Edad (En Años)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válidos				
14 - 25	8	22.9	22.9	22.9
26 - 35	5	14.3	14.3	37.1
36 - 45	4	11.4	11.4	48.6
46 - 55	2	5.7	5.7	54.3
56 - 65	4	11.4	11.4	65.7
66 - 75	9	25.7	25.7	91.4
76 - 85	3	8.6	8.6	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Gráfico 1



Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Análisis y Discusión:

La edad de cada país se diferenció de la del resto en todos los países, posiblemente influida por el método de muestreo más que por una diferencia real en la edad de los pacientes ingresados en esos países. Como aproximación a esta afirmación, sirvan los datos del año 2006 obtenidos por la OMS referidos a la población general, sólo un país tiene una edad superior al resto, debido posiblemente a una mayor proporción de personas mayores de 60 años que el resto de los países. (IBEAS-OMS, 2010). Teniendo concordancia con nuestros datos según la edad de los pacientes con eventos adversos evitables se obtuvo una frecuencia positiva en los rangos de edad entre 66 -75 años con

una frecuencia de 9 (25,7%), y en el rango de edad entre 14 – 25 años con una frecuencia de 8 (22,9 %). Por lo que se considera que los eventos adversos se producen con mayor frecuencia tanto en adultos mayores como en adolescentes ya que estos grupos de edad se los cataloga más frágiles y predispuestos a presentar EA debido al cúmulo de factores de riesgo intrínsecos a la edad.

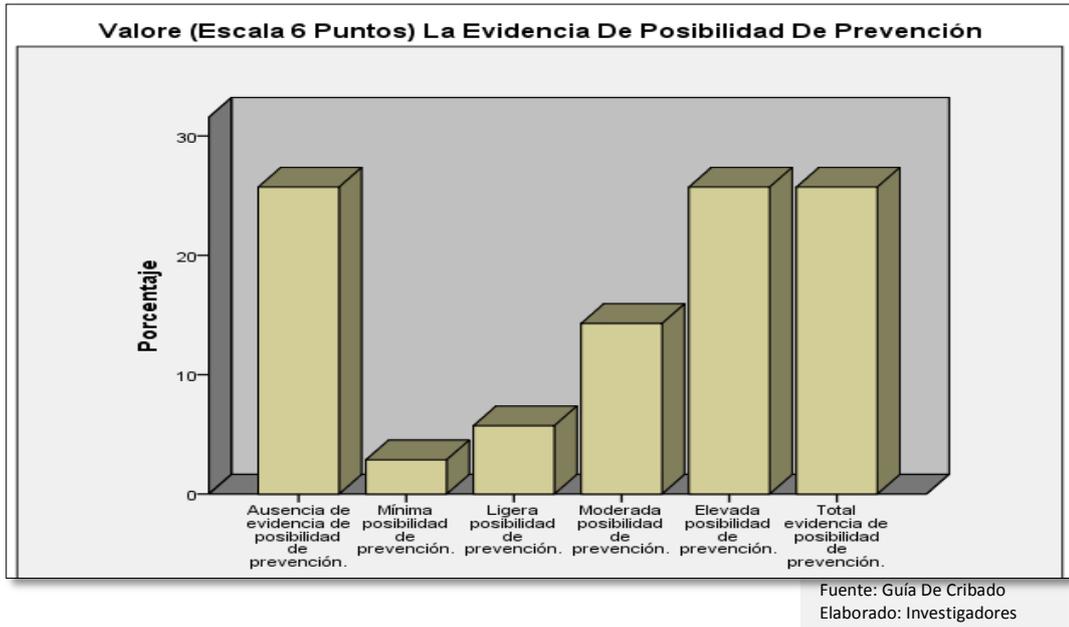
Distribución de resultados, en relación a la evitabilidad del Evento Adverso.

Tabla 3

Valore (Escala 6 Puntos) La Evidencia De Posibilidad De Prevención					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válidos	Ausencia de evidencia de posibilidad de prevención.	9	25.7	25.7	25.7
	Mínima posibilidad de prevención.	1	2.9	2.9	28.6
	Ligera posibilidad de prevención.	2	5.7	5.7	34.3
	Moderada posibilidad de prevención.	5	14.3	14.3	48.6
	Elevada posibilidad de prevención.	9	25.7	25.7	74.3
	Total evidencia de posibilidad de prevención.	9	25.7	25.7	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Gráfico 2



Análisis y Discusión:

En Colombia, México, Perú la evidencia de posibilidad de prevención de EA fueron en su mayoría evitables. La evitabilidad de los EAs no se relacionó con su gravedad, de tal forma que los EAs leves eran evitables en un 43,8%, los moderados lo eran en un 42,0% y los graves en un 41,9%, aunque como cabía esperar, los leves contienen una mayor proporción de evitabilidad. (ANDRES, ARANAZ, 2006). Esto en comparación a estudios internacionales, de acuerdo con nuestra investigación la frecuencia de eventos adversos evitables fueron 9 (25,7%) en ausencia de evidencia de posibilidad de prevención, elevada posibilidad de prevención y total evidencia de posibilidad de prevención. Por otra parte se presentaron: 1 caso (2,9%) con mínima posibilidad de prevención, 2 casos (9,1%) con una ligera posibilidad de prevención y 5 casos (14,3%) con una moderada posibilidad de prevención. Por lo que podemos decir que en concordancia con otros estudios existe una equidad en cuanto a posibilidad de prevenir los EA y de igual forma una ausencia de evidencia de prevenirlos.

Distribución de resultados, en relación al Servicio Hospitalario.

Tabla 1

Servicio Hospitalario		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válidos	Gineco-Obstetricia	11	31.4	31.4	31.4
	Cirugía	12	34.3	34.3	65.7
	Medicina Interna	9	25.7	25.7	91.4
	Traumatología	3	8.6	8.6	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Gráfico 3



Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Análisis y Discusión:

En casi todos los países la incidencia encontrada en servicios quirúrgicos es mayor que la hallada en los médicos. La incidencia en obstetricia es en general baja, excepto en el Perú donde es bastante elevada (lo mismo ocurría con la prevalencia). (Jiménez Muñoz AB, 2008). De acuerdo con nuestra investigación los servicios hospitalarios donde se encontró una alta frecuencia de eventos adversos evitables fueron los servicios de Cirugía con 12 casos (34,3%), Gineco-Obstetricia con 11 casos (31,4%) y Medicina Interna con 9 casos (25,7%) cada uno y únicamente 2 eventos en Neonatología correspondientes al (18,2%). Por otra parte y con la menor frecuencia de EA se registraron 3 casos (8,6%) en el servicio de Traumatología. Según Muñoz y en

comparación a nuestra investigación a mayor cantidad de eventos adversos se encontró en Cirugía y servicios Quirúrgicos.

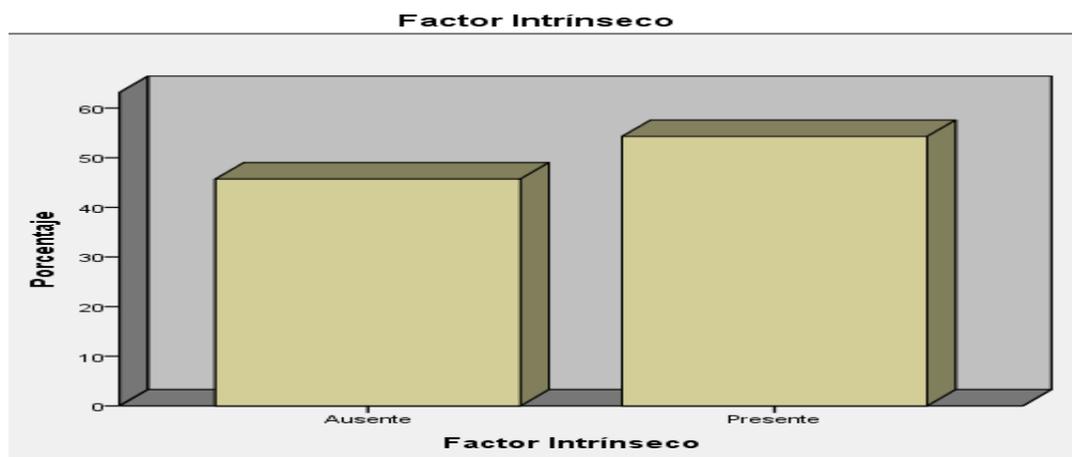
Distribución de resultados, en relación a Factores de Riesgo Intrínsecos.

Tabla 5

Factor Intrínseco					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válidos	Ausente	16	45.7	45.7	45.7
	Presente	19	54.3	54.3	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Gráfico 5



Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Análisis y Discusión:

Al estudiar los factores de riesgo más relacionados con la situación clínica del paciente (y sus comorbilidades), esperábamos encontrar más EA en aquellos pacientes con mayor número de comorbilidades y factores de riesgo intrínseco debido a que recibían más tratamientos o éstos eran más complejos. (Jesús María Aranaz Andrés, 2009), en relación a otras investigaciones Perú presentó una mayor frecuencia que el resto, mientras que Colombia una menor, En cuanto a nuestra investigación y a los factores intrínsecos se observó ausencia de factores en 16 casos que representan el (45,7%) y presencia en 19 casos que representan el (54,3%). Por lo que podemos decir que existe una ligera igualdad en la

determinación de la presencia y ausencia de los factores intrínsecos en la relación a la ocurrencia de un evento adverso evitable.

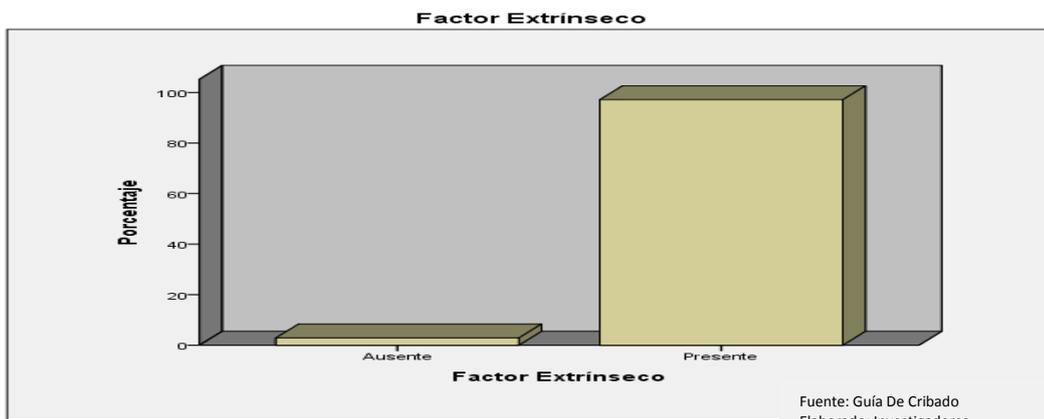
Distribución de resultados, en relación al Servicio Hospitalario.

Tabla 6

Factor Extrínseco					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válidos	Ausente	1	2.9	2.9	2.9
	Presente	34	97.1	97.1	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Grafico 6



Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Análisis y Discusión:

Se considera como factores de riesgo extrínsecos a dispositivos asistenciales que pueden favorecer la entrada de microorganismos o que pueden provocar complicaciones (cateterismos, intubación...), en Costa Rica y Perú la utilización de estos dispositivos es menor (por lo que se esperaría una menor prevalencia de EA). Esto podría estar relacionado con una mayor estancia, ya que, en general este tipo de prácticas clínicas suele ser mayor durante los primeros días de estancia, y va disminuyendo a medida que se prolonga la hospitalización y los cuidados cada vez son menos complejos con la excepción de los pacientes muy complicados que requieren estancia en unidades de críticos. (Jesús María Aranz, Andrés, 2009). En nuestros resultados se pudo detectar que en los 34 casos con

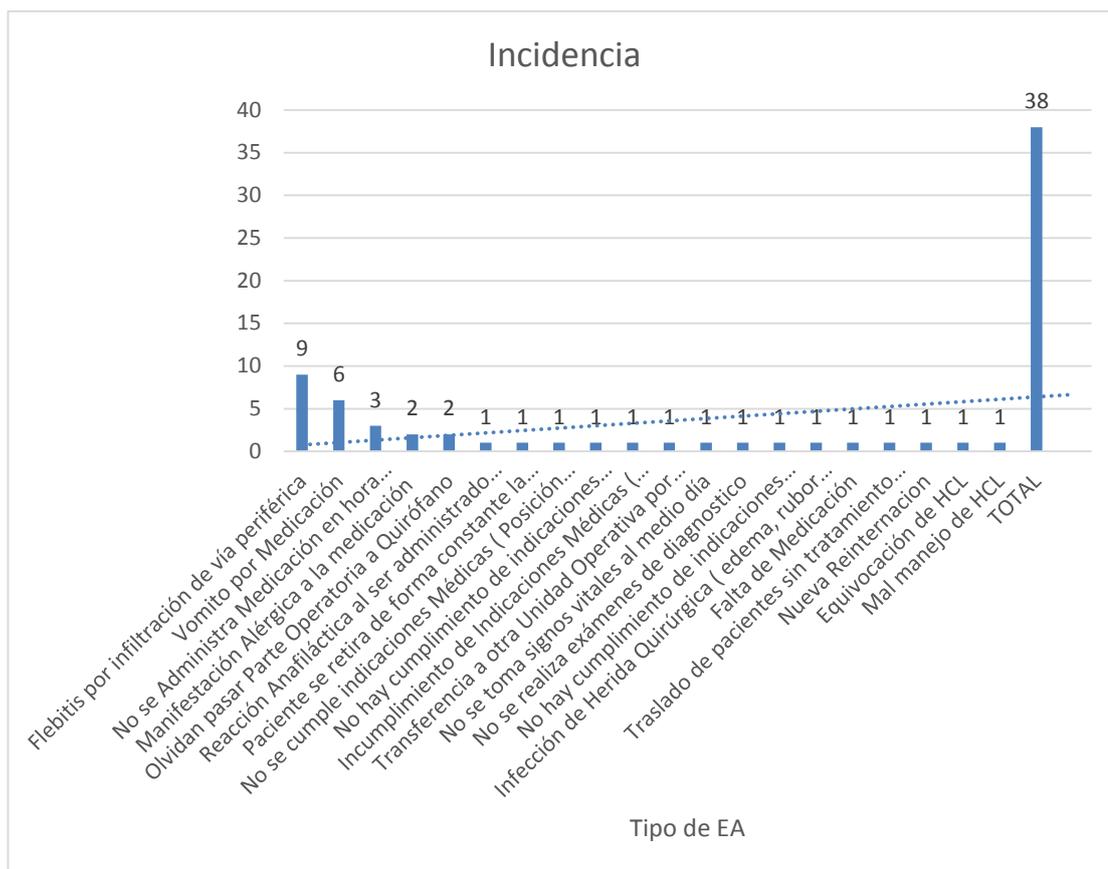
EA que equivalen al 97,1% se presentaron factores extrínsecos. En relación a la ausencia de los mismos sólo se obtuvo una mínima de 1 caso que equivale al 2,9%. Es por eso que en nuestra investigación los factores extrínsecos si son un factor determinante en la ocurrencia de un EA evitables.

Distribución de resultados, en relación al Tipo de Evento Adverso.

Tabla 7

Tipo de Evento Adverso	Incidencia
1. Flebitis por infiltración de vía periférica	9
2. Vomito por Medicación	6
3. No se Administra Medicación en hora establecida	3
4. Manifestación Alérgica a la medicación	2
5. Olvidan pasar Parte Operatoria a Quirófano	2
6. Reacción Anafiláctica al ser administrado Plasma	1
7. Paciente se retira de forma constante la sonda nasogástrica	1
8. No se cumple indicaciones Médicas (Posición Semifowler)	1
9. No hay cumplimiento de indicaciones Médicas (Retiro de Sonda Vesical)	1
10. Incumplimiento de Indicaciones Médicas (Ulceras por Decúbito)	1
11. Transferencia a otra Unidad Operativa por falta de sala de Aislamiento	1
12. No se toma signos vitales al medio día	1
13. No se realiza exámenes de diagnostico	1
14. No hay cumplimiento de indicaciones Médicas (Registro de curva térmica c/4 h)	1
15. Neumonía Nosocomial	1
16. Infección de Herida Quirúrgica (edema, rubor y calor)	1
17. Falta de Medicación	1
18. Traslado de pacientes sin tratamiento completo (medicación)	1
19. Nueva Re internación	1
20. Equivocación de HCL	1
21. Mal manejo de HCL	1
TOTAL	38

Grafico 7



Análisis y Discusión:

Respecto a los tipos de eventos adversos reportados, Van den Heede et al, describió que las principales causas fueron la infección urinaria, la úlcera por presión y la neumonía asociada a la atención sanitaria. (Van den Heede K A.-A. J.-R., 2011) En el ENEAS, los problemas asociados a la medicación correspondieron a un 53,8%, y la infección asociada a la atención sanitaria a un 21,2%. En el estudio de Jiménez et al, el 41,6% de los eventos adversos estuvo asociado a la medicación y un 25% a las infecciones asociadas a la atención sanitaria. En el resto de los estudios no se dio información respecto al tipo de evento adverso, en nuestro estudio y en relación a estas investigaciones vemos que el EA que más incidencia tiene son las flebitis con un 23.6%, en segundo lugar los EA relacionados con la medicación con un 15.7%. Como podemos observar los datos registrados evidencian que tanto la calidad y la técnica en la atención sanitaria está fallando por lo que están aumentando a diario los EA y principalmente se está poniendo en riesgo la vida del paciente.

Discusión

Dentro del contexto de la seguridad del paciente y entendiendo como evento adverso evitable a toda lesión o daño no intencional, causado por la intervención asistencial ejecutada con error mas no por la patología base, es así que según el presente estudio las características predominantes de la población que presento eventos adversos evitables fueron: sexo femenino (62.9%) y masculino (37.1%). En la edad predominaron los grupos de adolescentes (22.9%) y los adultos

mayores (25.7%). Todo esto en acierto con otras investigaciones y estudios que indican que los EA son más frecuentes en este grupo etario.

Los eventos adversos más frecuentes de los servicios en estudio tenemos que no se registra las constantes vitales en su horario establecido, no se puede canalizar vía periférica por no aplicar una correcta técnica, incumplimiento de indicaciones médicas, flebitis, no se realizan exámenes diagnósticos, negligencia en valoración periódica de 8 horas en post cesárea, úlceras por presión, reingreso por infección de herida quirúrgica y neumonía nosocomial. En relación al reporte del IBEAS tiene concordancia y señala que los eventos adversos más frecuentes fueron neumonía, infección de 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).

Por otra parte se nos muestra que el 25,7% de los sucesos sin lesión se produjeron en el servicio de Ginecología de igual manera con un porcentaje del 20% se produjeron en los servicios de Cirugía y Medicina Interna respectivamente en el mismo sentido y con el menor porcentaje de 5,7% en el servicio de Traumatología. En el caso de las lesiones y complicaciones se evidenció una alta incidencia en el servicio de Cirugía con un 14,3% seguido de un 5.7% registrado en los servicios de Ginecología y Medicina Interna y la menor incidencia en el servicio de Traumatología con un 2,9%. También la investigación se la realizó en el servicio de Unidad Renal en el cual no se reportó ningún evento adverso evitable. Podemos evidenciar que los sucesos sin lesión y lesiones o complicaciones tienden a aumentar en servicios de gran complejidad, larga estancia, cuidados inmediatos y de atención materno infantil. En concordancia con lo dice el estudio de Gaitán que su estudio es la primera aproximación epidemiológica publicada sobre el tema en Colombia y muestra que al menos el (4,5 %) de los pacientes hospitalizados en servicios quirúrgicos, médicos o de ginecología de las tres instituciones observadas presentaron eventos adversos. Estos resultados son ligeramente mayores a los informados por estudio de Brennan en Estados Unidos quien presentó una incidencia del (3,7%) e inferior a las incidencias publicadas por Baker del (7,5%) y Forster en Canadá, Davis y cols del (11,3%) en Nueva Zelandia y Vincent con el (11,7%) en el Reino Unido. Las diferencias en la incidencia se podrían explicar por las características de la población incorporada a este estudio, en el que predominó la población obstétrica, en la cual se ha informado una frecuencia de EA del 1,5 al 4,0%.

En el presente estudio se observó la presencia de factores extrínsecos en un 97.1% ya que en la mayoría de pacientes hospitalizados se utilizaron dispositivos asistenciales (intravenosos, sondas etc.) requeridos en el plan de tratamiento de los pacientes. Con respecto a la presencia de factores intrínsecos el 54.3% presenta algún factor, lo que podría elevar el riesgo de desencadenar evento adverso debido a su condición clínica también en menor proporción pero importante se presentan pacientes con ausencia de comorbilidades. En los diferentes 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.

Por otra parte no se hallan estudios que demuestran resultados en cuanto a los criterios determinantes de identificación de eventos adversos evitables. Es por eso que el estudio aporta con un registro del 71.4% de sucesos sin lesión (incidente) y un 28.6% de los casos presentaron lesión o complicación.

En base a los resultados, se propone realizar una capacitación virtual de la seguridad del paciente con el fin de despertar el interés por la calidad, 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. Todo esto desarrollado mediante un enfoque sistemático, análisis cuidadoso de un trabajo específico de tal forma que los peligros que afectan a la seguridad del paciente se minimicen o eliminen para cumplir con un estándar de calidad deseado consistentemente en cada uno de los servicios hospitalarios. Ya que la seguridad es un imperativo ético en salud y la atención en salud no es tan segura, hoy en día, como debería serlo.

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

- Los eventos adversos aunque no los consideramos intencionales, terminan siendo una problemática del cuidado directo afectando de manera involuntaria la salud del paciente, es por eso que los profesionales de la salud deben intervenir de manera directa en el fortalecimiento del sistema sanitario mediante la implementación de prácticas seguras para garantizar la seguridad del paciente y prevenir los eventos adversos.
- Se encontró que la población en estudio tiene las mismas características a las del resto del país, demostrando en los resultados obtenidos que tanto la edad como el sexo de los pacientes no influyen en la incidencia o prevalencia del evento adverso, sino que más bien son otros los factores determinantes.
- El evento evitable en sí, se lo identifico por medio de la observación directa al paciente y se detectó que los profesionales de la salud no realizan evaluaciones de eventos adversos y tampoco coordinan los procedimientos a seguir en la ocurrencia del incidente, razón por la que se evidencio una alta incidencia de eventos adversos prevenibles relacionados con la asistencia sanitaria.
- Como podemos ver en los resultados obtenidos la evitabilidad en los eventos adversos, tienen la máxima posibilidad de prevenirlos, si bien los pacientes tenían factores de riesgos asociados con las patologías, también presentaron factores relacionados con procedimientos en la asistencia sanitaria es por ello que los eventos adversos que se produjeron en estos tienen una evitabilidad alta.

- El progreso hacia una mejor asistencia sanitaria y más segura 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.

Recomendaciones

- La mejor manera de evitar y/o minimizar la incidencia de EA, corrigiendo y mejorado la asistencia sanitaria logrando así un mejor control que permitan prevenir errores. Pensar en la seguridad de los pacientes, ya que este tema es un principio fundamental en el cuidado del individuo y un elemento crítico en los procesos de gestión de calidad.
- 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 mejor calidad en atención al pacientes, disminuyendo de esta manera los EA, ayudando así a minimizar costos a la entidades sanitarias.
- Teniendo en cuenta la magnitud del problema, el paso a seguir, como autoras de la presente investigación y como estudiantes de la carrera de Enfermería es la socialización y aplicación de una capacitación virtual sobre seguridad del paciente en cada área de trabajo, que a su vez servirán de guía para el personal nuevo y que quede vigente como una herramienta de conocimiento en el proceso de atención sanitaria.

BIBLIOGRAFIA

- Mondragón-Cardona , Á. (2012). La seguridad del paciente: un componente de las políticas de salud que hay que fortalecer en América Latina. *Scielo, Revista Panamericana de Salud Pública*.
- Constitución De La República Del Ecuador, Título II Derechos, Capítulo Segundo Derechos Del Buen Vivir, Sección Séptima Salud. Art.32.* (2008). Quito, Pichincha.
- Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud (APEAS). (2008). 17.
- Seguridad del paciente en la Asistencia Sanitaria. (2010). *Consejo de los Consumidores y Usuarios de Andalucía*, 9-17.
- Seguridad del paciente en la Asistencia Sanitaria. (2010). *Consejo de los Consumidores y Usuarios de Andalucía*, 9-10.

- Seguridad del paciente en la Asistencia Sanitaria. (2010). *Consejo de los Consumidores y Usuarios de Andalucía*.
- EBSCO Publishing. (Agosto de 2011). Recuperado el 15 de Junio de 2014, de EBSCO Publishing: <http://health.cvs.com/print.aspx?token=f75979d3-9c7c-4b16-af56-3e122a3f19e3&chunkiid=124826>
- EBSCO Publishing. (2011). Recuperado el 15 de Junio de 2014, de EBSCO Publishing: <http://health.cvs.com/print.aspx?token=f75979d3-9c7c-4b16-af56-3e122a3f19e3&chunkiid=124826>
- Ley de Ejercicio profesional de las enfermeras y enfermeros del Ecuador*. (13 de Enero de 2011). Recuperado el 15 de Junio de 2014, de <http://natalynurse.blogspot.com/2011/01/ley-de-ejercicio-profesional-de-las.html>
- SERVIUCIS. (Febrero de 2013). Recuperado el 15 de Junio de 2014, de Unidades Clínicas Especializadas: <http://www.serviucis.com/Extranet/media/pdfs/boletines/Boletin-Farmacia-02-13%20FLEBITIS.pdf>
- ACOSTA, J. R. (2002). *“La Bioética de Potter a Potter*. Habana-Cuba.: Publicaciones Acuario.
- Alba A, et al. (2011). Errores de Enfermería en la atención hospitalaria. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 150.
- ANDRES, ARANAZ. (2006). Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización ENEAS 2005. *MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO*.
- Aranaz, J., & Albar, C. (2005). Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización. *Ministerio de sanidad y consumo*.
- Beaujeu-Garnier, J. (2000). Demogeografía. En J. Beaujeu-Garnier, *Demogeografía*. Barcelona: Labor.
- Bernal D. (2008). Eventos Adversos Durante La Atención de Enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos. 9-41.
- Bernal M, et al. (2011). Plan estratégico de seguridad de pacientes. *Servicio extremeño de salud*, 25-26.
- Briseno Pineda, T. (23 de Mayo de 2002). Calidad de la Atención en la Seguridad del paciente. *Organizacion Mundial de la Salud*, 18.
- Briseno Pineda, T. (2002). Calidad de la Atención segura del paciente. *Organizacion Mundial de la Salud*, 20.
- C. WAGNER, J. C.-B. (2004). LA SEGURIDAD CLÍNICA EN LOS HOSPITALES:. *Seguridad Clínica*.
- C.G, F. (2002). Ciencia, ética y enfermería. *science*, 8.
- Cantos, M. (s.f.). Enfermería y Bioética. *Sociedad Ecuatoriana de Bioética*, 1.

- Carola Orrego, R. S. (2009). SISTEMAS DE REGISTRO Y NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS. *Planificacion Sanitaria*.
- Castiglioni, A. (1941). *Historia de la medicina*. Buenos Aires. República Argentina: Primera edición editores Salvat.
- Delgado Bernal, M., & Márquez Villarreal, H. (s.f.). La seguridad del paciente: eje total de la calidad de atención. *La calidad de atención de la salud en Méxio*, 1.
- Delgado, M. C. (2010). Información sobre incidentes de eventos adversos a pacientes y familiares. *Fundacion MAPFRE*.
- Demetrio A, et al. (2010). Sistema de vigilancia eventos adversos asociados a la atención: Hospital Dr. Luis Tisné Brousse. *REV. OBSTET. GINECOL*, 5, 81.
- Doisenbant, A. B. (2008). *Evolución histórica de la medicina*. Madrid: Médica Panamericana.
- Ecuador, C. d. (2006). *Ley Organica del Ecuador*. QUITO: QUITO.
- Ecuador, C. d. (2006). *Ley Organica del Ecuador*. QUITO.
- ENEAS, C. M. (2005). Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS. *Ministerio de Sanidad y Consumo*.
- ENEAS, M. d. (2005-2006). Estudio Nacional sobre los efectos adversos. *ENEAS*.
- Enfermería:el arte y la ciencia del cuidado. (s.f.). *academia de medicina*.
- Gaitan Duarte, H. (2008). Incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias en Colombia. *Salud Publica*, 10.
- Garjón Parra J, G. M. (2010). Seguridad del paciente: cuidado con los errores de medicación. En G. M. Garjón Parra J, *Seguridad del paciente* (págs. 3-18). Navarra: Navarra.
- Gómez Córdoba, A. (6 de junio de 2009). Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. Cuidar es pensar. *Universidad de la Sabana*, 1.
- HOYOS VÁSQUEZ, G. (2000). *Ciencia, Tecnología y Etica*. Medellín, Colombia: Tekhné.
- IBEAS. (2009). *Estudio IBEAS Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamerica*. Madrid: MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL.
- IBEAS-OMS. (2010). *Estudio IBEAS prevalencia de efectos adversos en hospitales de latinoamerica*. España: MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL.
- IDEA, A. J. (2004). Identificación de Efectos Adversos. *Proyecto IDEA*, 13.
- Jesús María Aranaz Andrés, C. A. (2009). Estudio Ibeas Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamerica. *MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL*, 37.
- Jiménez Muñoz AB, M. M. (2008). Percepción de riesgos derivados de la práctica clínica frente a los efectos adversos detectados en los servicios hospitalarios. *Medline*.

- Joaquim Bañeres, E. C. (2004). SISTEMAS DE REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES DE EVENTOS ADVERSOS. *Planificación Sanitaria*.
- Kohn LT, C. J. (2000). To err is human. *Seguridad Clínica*.
- Luiz. (1999). *Bioseguridad*. Sao Paulo.
- Marín, G. (1993). *Ética de la justicia y ética del cuidado*. Estados Unidos: Asamblea de Dones.
- Miguez, M. (2007). Seguridad del paciente y calidad asistencial. *Medica Española*, e105-e116.
- Ministerio de Protección Social. (2007). *Herramientas para promover la estrategia del seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud*. Colombia: Fundación Fitec.
- Ministerio De Protección Social Colombia. (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. *Sistema Obligatorio De Garantía De La Calidad En Salud*, 24-27.
- Ministerio de Sanidad Y Consumo. Aranaz, J. (2006). *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización ENEAS*. Madrid.
- MUÑO MÍGUEZ, A. B. (2007). Seguridad del paciente. *Seguridad del paciente*, 602-606,.
- Muñoz Mella, M. A. (2009). Estrategia para la prevención de eventos adversos en el anciano hospitalizado. *Scielo*, 20(3), 4.
- OMS. (2005-2006). *Reto mundial en pro de la seguridad del paciente*. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo.
- OMS. (2006). La seguridad del paciente: una estrategia del Sistema Nacional de Salud. *Seguridad del Paciente*.
- OMS. (2008). Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. *OMS*, 1.
- OMS. (2008). *La investigación en seguridad del paciente*. Francia: De la OMS.
- OMS. (2008). La Investigación en seguridad del paciente. 1-3.
- OMS. (2009). *Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud*.
Obtenido de
http://www.med.unlp.edu.ar/archivos/noticias/guia_lavado_de_manos.pdf
- OMS (Ed.). (2010). IBEAS: Red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. *OMS*, 1-5.
- Organizacion Mundial De La Salud. (2008). La Investigación en seguridad del paciente. *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente*, 1.
- Organización Mundial de la Salud. (Febrero de 2008). La Investigación en Seguridad del Paciente. *La Investigación en Seguridad del Paciente*, 1.

- Organización Mundial de la Salud. (2008). Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. *OMS*, 1.
- Organización Panamericana de la Salud. (3 de abril de 2012). Contribuciones a la renovación de la APS. *OMS-OPS*.
- Organization, W. (2009). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional Para la Seguridad del Paciente. (OMS, Ed.) 5.
- Organization, W. H. (MAYO de 2007). Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente. (OMS, Ed.) *Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente*, 1.
- Ortega C, S. M. (2006). Manual de evaluación del servicio de calidad en enfermería. *scielo*.
- PAUL, H. S. (07 de 09 de 2013). *www.hsvp.gob.ec*. Recuperado el 14 de 09 de 2013, de *www.hsvp.gob.ec*: *www.hsvp.gob.ec*
- Ques, Á. A., & Vázquez Campo, M. (enero-junio de 2008). El cuidado y la seguridad del paciente. Algunas consideraciones éticas y legales. *Etica de los Cuidados*.
- Ramírez O. (2 de Julio - Diciembre de 2011). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *AVANCES EN ENFERMERÍA*, 29(2).
- Ramos Dominguez, B. N. (julio- septiembre de 2005). Calidad de la atención de Salud, Error Médico y Seguridad del paciente. *scielo*, 31(3), 3.
- Rodriguez Espinel, J. (2011). *Análisis de la política pública Colombiana de seguridad del paciente y sus implicaciones para enfermería*. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Bogotá: Universidad Nacional De Colombia.
- Román, M. C. (2006). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. *Cubana Enfermería*.
- SALUD, S. A. (2002). Calidad de la atención: seguridad del paciente . *55ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD* (págs. 1-2). ONU: WHA55.18 .
- SALUD, O. M. (2006). Seguridad del paciente. *ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD*, 1.
- Salud, O. M. (2013). 10 datos sobre seguridad del paciente. *OMS*.
- Saturno, P. (2008). Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Medicina Clínica*, 18-25.
- Secretaría nacional de planificación y desarrollo. (2012). *Transformación de la matriz productiva*. Quito, Ecuador: Semplades.
- Torres L. (Julio de 2011). GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA. 13-26.
- Van den Heede K, A.-A. J.-R. (2011). seguridad de los pacientes hospitalizados en servicios médicos. *Calidad Asistencial*.

- Van den Heede K, A.-A. J.-R. (2011). seguridad de los pacientes hospitalizados en servicios médicos. *Calidad Asistencial*.
- Viana T. (2012). Evaluación de una intervención con recordatorios automatizados para la mejora de la seguridad de los pacientes relacionada con cuidados. 18-21.
- Villareal Cantillo, E. (2007). Seguridad del Paciente. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. *Redalyc*, 113.
- Villarreal Cantillo, E. (2012). Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. *Revista Científica Salud Uninorte*.
- Villarreal, C. E. (2007). Salud Uninorte Barranquilla. 112-119.
- W. E. Deming . (2012). Indicios de atención insegura, errores y eventos adversos ocurridos en el proceso de atención en salud y enfermería en una IPS de Bogotá en el periodo junio 2009-junio 2010. 15-48.
- W. E. Deming. (2012). Indicios de atención insegura, errores y eventos adversos ocurridos en el proceso de atención en salud y enfermería en una IPS de Bogotá en el periodo junio 2009-junio 2010. 15-48.
- Wagner, C., & Cuperus Bosma, J. (2001). La seguridad clínica en los hospitales: una perspectiva europea. *Seguridad clínica*, 1.
- Y. Agra, E. T. (2007). Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. *Ministerio de Sanidad y Consumo*.
- Mondragón-Cardona , Á. (2012). La seguridad del paciente: un componente de las políticas de salud que hay que fortalecer en América Latina. *Scielo, Revista Panamericana de Salud Pública*.
- Constitución De La República Del Ecuador, Título II Derechos, Capítulo Segundo Derechos Del Buen Vivir, Sección Séptima Salud. Art.32. (2008). Quito, Pichincha.*
- Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud (APEAS). (2008). 17.
- Seguridad del paciente en la Asistencia Sanitaria. (2010). *Consejo de los Consumidores y Usuarios de Andalucía*, 9-17.
- Seguridad del paciente en la Asistencia Sanitaria. (2010). *Consejo de los Consumidores y Usuarios de Andalucía*, 9-10.
- Seguridad del paciente en la Asistencia Sanitaria. (2010). *Consejo de los Consumidores y Usuarios de Andalucía*.
- EBSCO Publishing. (Agosto de 2011). Recuperado el 15 de Junio de 2014, de EBSCO Publishing: <http://health.cvs.com/print.aspx?token=f75979d3-9c7c-4b16-af56-3e122a3f19e3&chunkid=124826>*

- EBSCO Publishing. (2011). Recuperado el 15 de Junio de 2014, de EBSCO Publishing:
<http://health.cvs.com/print.aspx?token=f75979d3-9c7c-4b16-af56-3e122a3f19e3&chunkiid=124826>
- Ley de Ejercicio profesional de las enfermeras y enfermeros del Ecuador.* (13 de Enero de 2011). Recuperado el 15 de Junio de 2014, de
<http://natalynurse.blogspot.com/2011/01/ley-de-ejercicio-profesional-de-las.html>
- SERVIUCIS. (Febrero de 2013). Recuperado el 15 de Junio de 2014, de Unidades Clínicas Especializadas:
<http://www.serviucis.com/Extranet/media/pdfs/boletines/Boletin-Farmacia-02-13%20FLEBITIS.pdf>
- ACOSTA, J. R. (2002). *“La Bioética de Potter a Potter.* Habana-Cuba.: Publicaciones Acuario.
- Alba A, et al. (2011). Errores de Enfermería en la atención hospitalaria. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 150.
- ANDRES, ARANAZ. (2006). Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización ENEAS 2005. *MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.*
- Aranaz, J., & Albar, C. (2005). Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización. *Ministerio de sanidad y consumo.*
- Beaujeu-Garnier, J. (2000). Demogeografía. En J. Beaujeu-Garnier, *Demogeografía.* Barcelona: Labor.
- Bernal D. (2008). Eventos Adversos Durante La Atención de Enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos. 9-41.
- Bernal M, et al. (2011). Plan estratégico de seguridad de pacientes. *Servicio extremo de salud*, 25-26.
- Briseno Pineda, T. (23 de Mayo de 2002). Calidad de la Atención en la Seguridad del paciente. *Organización Mundial de la Salud*, 18.
- Briseno Pineda, T. (2002). Calidad de la Atención segura del paciente. *Organización Mundial de la Salud*, 20.
- C. WAGNER, J. C.-B. (2004). LA SEGURIDAD CLÍNICA EN LOS HOSPITALES:. *Seguridad Clínica.*
- C.G, F. (2002). Ciencia, ética y enfermería. *science*, 8.
- Cantos, M. (s.f.). Enfermería y Bioética. *Sociedad Ecuatoriana de Bioética*, 1.
- Carola Orrego, R. S. (2009). SISTEMAS DE REGISTRO Y NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS. *Planificación Sanitaria.*
- Castiglioni, A. (1941). *Historia de la medicina.* Buenos Aires. República Argentina: Primera edición editores Salvat.

- Delgado Bernal, M., & Márquez Villarreal, H. (s.f.). La seguridad del paciente: eje total de la calidad de atención. *La calidad de atención de la salud en Méjico*, 1.
- Delgado, M. C. (2010). Información sobre incidentes de eventos adversos a pacientes y familiares. *Fundacion MAPFRE*.
- Demetrio A, et al. (2010). Sistema de vigilancia eventos adversos asociados a la atención: Hospital Dr. Luis Tisé Brousse. *REV. OBSTET. GINECOL*, 5, 81.
- Doisenbant, A. B. (2008). *Evolución histórica de la medicina*. Madrid: Médica Panamericana.
- Dumoy, J. S. (1999). Los factores de riesgo en el proceso salud-enfermedad. *Medicina General Integral*.
- E.M.Rubio, M. (2012). Simulación de Sistemas Flexibles de Fabricación Mediante Modelos de Realidad Virtual. *Informacion Tecnologica*.
- Ecuador, C. d. (2006). *Ley Organica del Ecuador*. QUITO: QUITO.
- Ecuador, C. d. (2006). *Ley Organica del Ecuador*. QUITO.
- ENEAS, C. M. (2005). Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS. *Ministerio de Sanidad y Consumo*.
- ENEAS, M. d. (2005-2006). Estudio Nacional sobre los efectos adversos. *ENEAS*.
- Enfermería:el arte y la ciencia del cuidado. (s.f.). *academia de medicina*.
- Estrada Barcenas Roberto, G. P. (2009). Factores determinantes del éxito competitivo en la Pyme. *De Gerencia*.
- Gaitan Duarte, H. (2008). Incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias en Colombia. *Salud Publica*, 10.
- Garjón Parra J, G. M. (2010). Seguridad del paciente: cuidado con los errores de medicación. En G. M. Garjón Parra J, *Seguridad del paciente* (págs. 3-18). Navarra: Navarra.
- Gómez Córdoba, A. (6 de junio de 2009). Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. Cuidar es pensar. *Universidad de la Sabana*, 1.
- HOYOS VÁSQUEZ, G. (2000). *Ciencia, Tecnología y Etica*. Medellín, Colombia: Tekhné.
- IBEAS. (2009). *Estudio IBEAS Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamerica*. Madrid: MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL.
- IBEAS-OMS. (2010). *Estudio IBEAS prevalencia de efectos adversos en hospitales de latinoamerica*. España: MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL.
- IDEA, A. J. (2004). Identificación de Efectos Adversos. *Proyecto IDEA*, 13.
- Jesús María Aranaz Andrés, C. A. (2009). Estudio Ibeas Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamerica. *MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL*, 37.

- Jiménez Muñoz AB, M. M. (2008). Percepción de riesgos derivados de la práctica clínica frente a los efectos adversos detectados en los servicios hospitalarios. *Medline*.
- Joaquim Bañeres, E. C. (2004). SISTEMAS DE REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES DE EVENTOS ADVERSOS. *Planificación Sanitaria*.
- Kohn LT, C. J. (2000). To err is human. *Seguridad Clínica*.
- Luiz. (1999). *Bioseguridad*. Sao Paulo.
- Marín, G. (1993). *Ética de la justicia y ética del cuidado*. Estados Unidos: Asamblea de Dones.
- Miguez, M. (2007). Seguridad del paciente y calidad asistencial. *Medica Española*, e105-e116.
- Ministerio de Protección Social. (2007). *Herramientas para promover la estrategia del seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud*. Colombia: Fundación Fitec.
- Ministerio De Protección Social Colombia. (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. *Sistema Obligatorio De Garantía De La Calidad En Salud*, 24-27.
- Ministerio de Sanidad Y Consumo. Aranaz, J. (2006). *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización ENEAS*. Madrid.
- MUÑO MÍGUEZ, A. B. (2007). Seguridad del paciente. *Seguridad del paciente*, 602-606,.
- Muñoz Mella, M. A. (2009). Estrategia para la prevención de eventos adversos en el anciano hospitalizado. *Scielo*, 20(3), 4.
- OMS. (2005-2006). *Reto mundial en pro de la seguridad del paciente*. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo.
- OMS. (2006). La seguridad del paciente: una estrategia del Sistema Nacional de Salud. *Seguridad del Paciente*.
- OMS. (2008). Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. *OMS*, 1.
- OMS. (2008). *La investigación en seguridad del paciente*. Francia: De la OMS.
- OMS. (2008). La Investigación en seguridad del paciente. 1-3.
- OMS. (2009). *Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud*.
Obtenido de
http://www.med.unlp.edu.ar/archivos/noticias/guia_lavado_de_manos.pdf
- OMS (Ed.). (2010). IBEAS: Red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. *OMS*, 1-5.
- Organizacion Mundial De La Salud. (2008). La Investigación en seguridad del paciente. *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente*, 1.

- Organización Mundial de la Salud. (Febrero de 2008). La Investigación en Seguridad del Paciente. *La Investigación en Seguridad del Paciente*, 1.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. *OMS*, 1.
- Organización Panamericana de la Salud. (3 de abril de 2012). Contribuciones a la renovación de la APS. *OMS-OPS*.
- Organization, W. (2009). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional Para la Seguridad del Paciente. (OMS, Ed.) 5.
- Organization, W. H. (MAYO de 2007). Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente. (OMS, Ed.) *Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente*, 1.
- Ortega C, S. M. (2006). Manual de evaluación del servicio de calidad en enfermería. *scielo*.
- PAUL, H. S. (07 de 09 de 2013). *www.hsvp.gob.ec*. Recuperado el 14 de 09 de 2013, de *www.hsvp.gob.ec*: *www.hsvp.gob.ec*
- Ques, Á. A., & Vázquez Campo, M. (enero-junio de 2008). El cuidado y la seguridad del paciente. Algunas consideraciones éticas y legales. *Etica de los Cuidados*.
- Ramírez O. (2 de Julio - Diciembre de 2011). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *AVANCES EN ENFERMERÍA*, 29(2).
- Ramos Dominguez, B. N. (julio- septiembre de 2005). Calidad de la atención de Salud, Error Médico y Seguridad del paciente. *scielo*, 31(3), 3.
- Rodriguez Espinel, J. (2011). *Análisis de la política pública Colombiana de seguridad del paciente y sus implicaciones para enfermería*. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Bogotá: Universidad Nacional De Colombia.
- Román, M. C. (2006). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. *Cubana Enfermería*.
- Romero Gerardo E, R. J. (2006). Satisfacción de clientes externos de las empresas aseguradoras en el municipio Maracaibo. *Ciencias Sociales*.
- SALUD, S. A. (2002). Calidad de la atención: seguridad del paciente . 55ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD (págs. 1-2). ONU: WHA55.18 .
- SALUD, O. M. (2006). Seguridad del paciente. *ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD*, 1.
- Salud, O. M. (2013). 10 datos sobre seguridad del paciente. *OMS*.
- Saturno, P. (2008). Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Medicina Clínica*, 18-25.
- Secretaría nacional de planificación y desarrollo. (2012). *Transformación de la matriz productiva*. Quito, Ecuador: Semplades.

- Torres L. (Julio de 2011). GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA. 13-26.
- Van den Heede K, A.-A. J.-R. (2011). seguridad de los pacientes hospitalizados en servicios médicos. *Calidad Asistencial*.
- Van den Heede K, A.-A. J.-R. (2011). seguridad de los pacientes hospitalizados en servicios médicos. *Calidad Asistencial*.
- Viana T. (2012). Evaluación de una intervención con recordatorios automatizados para la mejora de la seguridad de los pacientes relacionada con cuidados. 18-21.
- Villareal Cantillo, E. (2007). Seguridad del Paciente. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. *Redalyc*, 113.
- Villarreal Cantillo, E. (2012). Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. *Revista Científica Salud Uninorte*.
- Villarreal, C. E. (2007). Salud Uninorte Barranquilla. 112-119.
- W. E. Deming . (2012). Indicios de atención insegura, errores y eventos adversos ocurridos en el proceso de atención en salud y enfermería en una IPS de Bogotá en el periodo junio 2009-junio 2010. 15-48.
- W. E. Deming. (2012). Indicios de atención insegura, errores y eventos adversos ocurridos en el proceso de atención en salud y enfermería en una IPS de Bogotá en el periodo junio 2009-junio 2010. 15-48.
- Wagner, C., & Cuperus Bosma, J. (2001). La seguridad clínica en los hospitales: una perspectiva europea. *Seguridad clínica*, 1.
- Y. Agra, E. T. (2007). Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. *Ministerio de Sanidad y Consumo*.