



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

**TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA**

TEMA:

“EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA
DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA, 2016”.

AUTORA: Estupiñán Castillo Andrea Verónica

DIRECTORA DE TESIS: Lic. Geovanna Altamirano Zabala

Ibarra, octubre 19 de 2016

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Yo, Lic. Geovanna Altamirano Zabala en calidad de directora de la tesis titulada: “EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA, 2016”, de autoría de: Estupiñán Castillo Andrea Verónica, una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que está apta para su defensa, y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

Ibarra, a los 19 días del mes de octubre del 2016.

Atentamente.

Lic. Geovanna Altamirano Zabala

C.C.: 1801847086



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

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			
CEDULA DE IDENTIDAD	080325304-6		
APELLIDOS Y NOMBRES	ESTUPIÑAN CASTILLO ANDREA VERÓNICA		
DIRECCIÓN	Brasil 1-28 y Av. Víctor Manuel Guzmán		
EMAIL:	Andreita-rik@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:		TELÉFONO MÓVIL:	0994795055

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	“Eventos adversos asociados a los cuidados de Enfermería del Hospital Delfina Torres de Concha, 2016”
AUTORA:	ESTUPIÑAN CASTILLO ANDREA VERÓNICA
FECHA:	2016/10/19
PROGRAMA	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSTGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
DIRECTOR:	Lic. Geovanna Altamirano Zabala

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, ESTUPIÑÁN CASTILLO ANDREA VERÓNICA, con cédula de identidad No. 080325304-6, en calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega 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 a 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

La autora manifiesta 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 es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamo por parte de terceros.

Ibarra, a los 19 días del mes de octubre del 2016.

LA AUTORA



Estupiñán Castillo Andrea Verónica

AUTOR C.I.: 080325304-6



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

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

Yo, ESTUPIÑÁN CASTILLO ANDREA VERÓNICA, con cédula de identidad No. 080325304-6, manifiesto mi 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 autora del trabajo de grado denominado: **“EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA, 2016”**, que ha sido desarrollado para obtener el título de: Licenciatura en Enfermería, en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. 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.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Andrea Verónica Estupiñán Castillo', is written over a horizontal line.

Estupiñán Castillo Andrea Verónica
C.I.: 080325304-6

Ibarra, a los 19 días del mes de octubre del 2016.

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico a:

A mis Padres

Eduardo y Esther quienes han velado por mi salud, bienestar y educación y por ser mi apoyo en todo momento; apoyándome en cada reto que se me presentaba sin dudar de mi inteligencia y capacidad, gracias por darme la oportunidad de permitir superarme. Dios fue sabio al elegirlos como mis padres y es todo un privilegio ser su hija, los amo con mi vida.

A mis hermanos

Maoly y Nery gracias por su apoyo incondicional. Juntos hemos pasado por muchas adversidades y superado un sinnúmero de obstáculos unidos como verdadera familia, gracias por el amor brindado y por confiar en mí en todo momento, este trabajo es por ustedes.

A mis maestros.

Docentes de la Universidad Técnica del Norte y supervisoras de prácticas durante todo mi periodo académico, en especial a la Lic. Geovanna Altamirano y Lic. Mercedes Flores por su gran apoyo y motivación para la elaboración de este proyecto, por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de mi formación profesional.

Andrea Verónica Estupiñán Castillo

AGRADECIMIENTO

A Dios, porque cada día me bendice con su amor, dándome sabiduría e inteligencia. Le agradezco por permitirme culminar con éxito una etapa importante de mi vida impulsada al servicio de los demás.

A mis padres y hermanos, que con su apoyo incondicional y sus consejos oportunos me han enseñado que nunca se debe dejar de luchar por lo que se desea alcanzar. Recordándome siempre que TODO SACRIFICIO TIENE SU RECOMPENSA. Los amo con mi vida.

Gracias a mis amigas Anita, Jaz, Geovanna y Janneth porque de alguna u otra forma me ayudaron a crecer a nivel personal y profesional, gracias por su amistad y apoyo en todo este proceso de mi carrera.

A mis profesores a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza, y finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa universidad la cual me abrió sus puertas, preparándome para un futuro competitivo y formándome como persona de bien.

Gracias

Andrea Verónica Estupiñán Castillo

ÍNDICE GENERAL

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD	¡Error! Marcador no definido.
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
INDICE DE GRÁFICOS	xii
RESUMEN.....	xiii
SUMMARY	xiv
CAPITULO I.....	1
1.El problema de la investigación	1
1.2. Formulación del problema	3
1.3. Justificación del problema.....	4
1.4. Objetivos	6
1.4.1. Objetivo General	6
1.4.2. Objetivos Específicos.....	6
1.5. Preguntas de Investigación.....	7
CAPITULO II	8
MARCO TEORICO.....	8
2.1. Marco Referencial.....	8
2.2. Marco Contextual.....	12
2.2.1. Antecedentes del Hospital Delfina Torres de Esmeraldas.	12

2.2.1	Situación Actual	13
2.2.2	Ubicación	13
2.2.3	Infraestructura del Hospital Delfina Torres de Concha.....	13
2.2.6.	Misión	14
2.2.7.	Visión	15
2.3.	Marco Conceptual	15
2.3.1.	Eventos adversos	15
2.3.1.1.	Antecedentes.....	15
2.3.1.2.	Definición.....	16
2.3.1.3.	Clasificación.....	17
2.3.1.4.	Principales eventos adversos	18
2.3.2.	Seguridad del paciente	24
2.3.3.	Calidad de la atención	25
2.3.4.	La Enfermería como profesión.....	26
2.3.5.	Cuidados de Enfermería.....	27
2.4.	Marco Legal	27
2.4.1.	El Buen Vivir en la Constitución del Ecuador	27
2.4.2.	Los Derechos como Pilares del Buen Vivir	28
2.4.3.	Constitución 2008	28
2.4.4.	Ley Orgánica de Salud	30
2.4.5.	Código Orgánico Integral Penal.....	32
2.5.	Marco Ético.....	35
2.5.1.	Principios.....	37
2.5.2.	Principios Básicos	38
CAPITULO III.....		38

3.METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	42
3.1. Diseño de la investigación	42
3.2. Tipo de Investigación	42
3.3. Lugar de la Investigación	43
3.4. Universo y Muestra	43
3.5. Operacionalización de Variables	44
3.6. Método	47
3.7. Técnica e instrumento	47
3.9. Análisis de datos:	48
CAPITULO IV	49
CAPITULO V	71
5.Conclusiones y Recomendaciones	71
5.1. Conclusiones	71
5.2. Recomendaciones.....	73
CAPÍTULO VI.....	¡Error! Marcador no definido.
5.Conclusiones y Recomendaciones	74
BIBLIOGRAFÍA.....	75
LINKOGRAFÍA	82
ANEXOS.....	84
Anexo 1: Guía de Observación	84
Anexo 2: Archivo fotográfico.....	87

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1.- Población distribuida por grupos de edad</i>	49
<i>Tabla 2.- Población distribuida por sexo</i>	51
<i>Tabla 3.- Población distribuida por etnia</i>	52
<i>Tabla 4.- Población distribuida por nivel de escolaridad</i>	54
<i>Tabla 5.- Población distribuida por tipo de servicio</i>	56
<i>Tabla 6.- Frecuencia de eventos adversos mensuales</i>	57
<i>Tabla 7.- Población distribuida por factores intrínsecos y extrínsecos</i>	59
<i>Tabla 8.- Población distribuida por tipo de evento adverso</i>	61
<i>Tabla 9.- Población distribuida por factores intrínsecos y edad</i>	63
<i>Tabla 10.- Población distribuida por factor extrínseco y edad</i>	65
<i>Tabla 11.- Población de tipo de evento adverso y tipo de servicio de salud</i>	67
<i>Tabla 12.- Población distribuida por tipo de evento adverso</i>	69

ÍNDICE DE GRÁFICOS

<i>Gráfico 1.- Población distribuida por grupos de edad.....</i>	<i>49</i>
<i>Gráfico 2.- Población distribuida por sexo</i>	<i>51</i>
<i>Gráfico 3.- Población distribuida por etnia</i>	<i>52</i>
<i>Gráfico 4.- Población distribuida por nivel de escolaridad.....</i>	<i>54</i>
<i>Gráfico 5.- Población distribuida por tipo de servicio.....</i>	<i>56</i>
<i>Gráfico 6.- Frecuencia de eventos adversos mensuales</i>	<i>57</i>
<i>Gráfico 7.- Población distribuida por factores intrínsecos y extrínsecos</i>	<i>59</i>
<i>Gráfico 8.- Población distribuida por tipo de evento adverso</i>	<i>61</i>
<i>Gráfico 9.- Población distribuida por factores intrínsecos y edad.....</i>	<i>63</i>
<i>Gráfico 10.- Población distribuida por factor extrínseco y edad.....</i>	<i>65</i>
<i>Gráfico 11.- Población de tipo de evento adverso y tipo de servicio de salud.....</i>	<i>67</i>
<i>Gráfico 12.- Población distribuida por tipo de evento adverso</i>	<i>69</i>

RESUMEN

“Eventos adversos asociados a los cuidados de Enfermería del Hospital Delfina Torres de Concha, 2016”.

Estupiñán Castillo Andrea Verónica
Andreita-rik@hotmail.com

La seguridad del paciente es un tema de gran preocupación en la actualidad, según la OMS, en países en vía de desarrollo, el 77% de los eventos adversos corresponden a casos de medicamentos adulterados y de baja calidad, el mal estado de la infraestructura, equipos médicos y la falta de cultura hacia la seguridad del paciente, entre otros, conducen a una mayor probabilidad de ocurrencia de eventos adversos evitables. Como objetivo principal se menciona analizar los eventos adversos asociados a los cuidados de enfermería en los servicios de Medicina Interna y Cirugía del Hospital Delfina Torres de Concha. La presente investigación se realizó a través de un diseño cuantitativo y no experimental, de tipo observacional, correlacional, descriptiva y de corte transversal. Se utilizó una guía de observación, los datos obtenidos se tabulan en Microsoft Excel. Se trabajó con el 100% de la población en estudio (42 usuarios). Entre los principales resultados se menciona al grupo de edad mayoritario de 50 a 64 años, mujeres, afro-descendientes; se observa factores de riesgos intrínsecos y extrínsecos presentes en un 83,33% y 100% respectivamente; criterio determinado evitable de 78,57% de eventos adversos relacionados a flebitis y úlceras por presión, lo cual permite llegar a la conclusión que el proceso de atención de enfermería en el cuidado directo del paciente y el cumplimiento estricto de protocolos en cada procedimiento no se los está llevando correctamente y existen muchos factores de riesgo extrínsecos que afectan aún más la condición de los pacientes.

Palabras claves: cuidados de enfermería, eventos adversos, seguridad del paciente.

SUMMARY

"Adverse events associated with nursing care Hospital Delfina Torres Concha, 2016".

Estupiñán Castillo Andrea Verónica

Andreita-rik@hotmail.com

Today, patient safety is a matter of great concern according to the World Health Organization in developing world countries, 77% of adverse cases are counterfeit and low quality drugs, poor state of infrastructure and medical equipment and lack of culture to patient safety, among others, leading to a higher probability of occurrence of preventable adverse events. As main objective, it has been mentioned to analyze the associated nursing care in Internal Medicine and Surgery areas at “Delfina Torres Concha de Concha” hospital in Esmeraldas city. This research was conducted through a quantitative and non-experimental design. An observational, correlational, descriptive and cross-sectional type. An observation form was applied to patients of Internal Medicine and Surgery, this information was tabulated in Microsoft Excel. It was worked with 100% of the study population (42 patients). Among the main results, it was mentioned the largest age group was from 50 to 64 years, they were Afro-descendants women; intrinsic and extrinsic risk factors 83.33% and 100% respectively; avoidable certain criterion of 78.57% related to phlebitis and bedsores. As conclusion, the process of nursing assistance to direct patient care and strict adherence to protocols in each procedure have not been carrying out properly and there are a lot of extrinsic risk factors that affect further the condition of patients.

Keywords: adverse events, patient safety, nursing care.

TEMA:

“EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA, 2016”.

CAPITULO I

1. El problema de la investigación

1.1. Planteamiento del problema

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 (1).

La seguridad del paciente se ha convertido en tema de gran preocupación a nivel de los sistemas sanitarios como lo indica la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2), esta preocupación surge a partir de la documentación de la incidencia de eventos adversos que impactan negativamente la calidad de la atención en salud, tal como se indicó en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en 2002 (3), en la que se mostró el alto costo de estos eventos en términos materiales y de oportunidad para los servicios de salud. Esta temática ha sido abordada desde finales del siglo pasado, pero sólo 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, se dimensionó el impacto de los errores en los procesos de atención en salud (4).

La calidad de atención al paciente se ha convertido en un tema prioritario en salud, actividad cada vez más compleja dado que se espera tener resultados positivos y seguros. A pesar del creciente interés, todavía falta más compromiso respecto al problema de eventos adversos que afectan la seguridad del paciente.

Según la OMS (4), en los países en vía de desarrollo, el 77% de los eventos adversos corresponden a casos de medicamentos adulterados y de baja calidad, mal estado de la infraestructura y equipos médicos, escaso control de infecciones y la falta de cultura hacia la seguridad del paciente, entre otros, conducen a una mayor probabilidad de ocurrir eventos adversos que pudieran ser evitables (5).

A diario, el personal que presta sus servicios a la atención sanitaria enfrenta un sinnúmero de problemas de seguridad. El tradicional juramento médico (“Lo primero es, no hacer daño”), rara vez es violado intencionalmente por parte de los médicos, enfermeras(os) u otros facultativos médicos, pero los hechos señalan que los pacientes sufren daños todos los días, en todos los países del mundo, en el proceso de obtención de atención sanitaria. Por lo tanto, los profesionales de la salud están llamados a hacerse parte, a nivel personal e institucional, de las iniciativas que buscan estudiar y disminuir el impacto negativo de esta problemática en los sistemas de Salud. La OMS, respondiendo a esta problemática, ha propuesto lineamientos que se exponen a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (6) (7).

Los procesos de atención en salud involucran una serie de técnicas, métodos o procedimientos que generan un sinnúmero de riesgos, los mismos que pueden ser desencadenados por varios factores tales como: la condición del usuario, antecedentes de patologías, actividades a realizar (procedimientos invasivos y no invasivos), rapidez con la que se realiza las actividades, personal que lo atiende, disponibilidad de equipo de salud, equipos tecnológicos y de laboratorio, insumos, coordinación con los demás servicios de la unidad de salud, comunicación interpersonal, delegación funcional, políticas organizacionales, entre otros.

Singer et al. (8) Y Hellings et al. (9) Mencionan la necesidad de implementar estrategias de educación en el ámbito de la seguridad del paciente y específicamente en el reporte oportuno de eventos adversos. En otro referente teórico "Estado del arte del seguimiento a eventos adversos" (10) se evidencian que los eventos adversos no son reportados y se menciona que "el 33% de los encuestados relatan que cuando existe una equivocación y ésta no afecta al paciente éste no es reportado"; en otro estudio (11) se reporta que los profesionales de la salud, siendo las personas más importantes en el proceso, no reportan oportunamente, por miedo a las acciones que se podrían tomar en su contra.

Dentro del equipo de salud el profesional de enfermería juega un papel protagónico no solo por su trabajo de cuidar al usuario a través del cuidado directo sino porque por su misma condición es el puente conector entre usuario y el resto del equipo de salud, 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 que pueden poner en riesgo la vida del paciente (12).

Algunos de los eventos adversos ocurren en circunstancias en que existen medidas de prevención que deberían haber estado instaladas. La existencia de medidas preventivas conocidas, hace que estos eventos tengan importancia para activar acciones preventivas en otros pacientes expuestos. Para efecto de esta norma técnica, se entenderá que cada vez que ocurra un evento adverso o evento centinela que tenga medidas de prevención establecidas, deben ser reportados para su revisión y análisis local dentro de la institución.

La literatura internacional utiliza los términos evento y efecto adverso indistintamente. Aunque en castellano el evento sería previo al efecto, ambos son eventos. Evento es “lo que sucede”, como ejemplo tanto sería una caída como la fractura subsiguiente a la misma. Los problemas de seguridad de los pacientes, se producen como consecuencia de múltiples causas, no debiendo considerarse únicamente el fallo humano como la principal explicación del suceso y, que trae como consecuencia, la responsabilidad de los profesionales como la reacción más frecuente (13).

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores intrínsecos y extrínsecos que determinan un evento adverso en los servicios de Medicina Interna y Cirugía del Hospital Delfina Torres de Concha, en el periodo Enero - Junio 2016?

1.3. Justificación del Problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en vista del gran número de muertes originadas por eventos adversos y errores que sufren los pacientes en la atención de salud, buscó que las instituciones de salud prevengan situaciones que atenten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para que sean más seguras y competitivas a nivel internacional (14).

Es importante tener presente que se sabe muy poco sobre la magnitud de las lesiones producidas por la atención insegura en los países en vía de desarrollo, y que éstas pueden ser superiores a las de los países desarrollados debido a limitaciones de infraestructura, tecnología y recursos humanos. Por ejemplo, cada año en el mundo se administran 16000 millones de inyecciones, en su mayor parte con fines terapéuticos (15), de ese total, el 40% se administra con jeringas y agujas reutilizadas no esterilizadas, y en algunos países la proporción asciende hasta un 70%. Cada año, las inyecciones administradas sin las suficientes precauciones de seguridad causan 1,3 millones de defunciones y la pérdida de aproximadamente 26 millones de años de vida, principalmente debido a la transmisión por vía sanguínea de virus tales como los de las hepatitis B y C y el VIH. (15)

En torno a esto hoy en día la seguridad del paciente es una preocupación universal, dado que a diario se producen en miles de hospitales fallas en la atención sanitaria, tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados. Cada año decenas de millones de pacientes de todo el mundo sufren daño o fallecen como consecuencia de una atención sanitaria no segura.

En la actualidad la falta de seguridad en la atención es considerada como un problema de salud pública mundial (16). En los últimos años en la mayoría de los sistemas de salud en el mundo se han implementado políticas que lleven a controlar los eventos adversos en la atención en salud, de igual manera en nuestro país se ha socializado y debatido hasta llegar a la aprobación de la reciente ley de la mala

práctica médica, aprobada hace meses atrás y que tiene como fin garantizar una atención con estándares de calidad y calidez enfocados a la seguridad del paciente y a la prevención de eventos adversos en los diferentes centros de atención de salud del país.

Es de vital importancia determinar los eventos adversos evitables que ocurren en los servicios de Medicina Interna y Cirugía del Hospital Delfina Torres de Concha de la ciudad de Esmeraldas, con el propósito de que el personal de salud preste la importancia debida a este tipo de situaciones que en su mayoría son evitables. Además, de concientizar al personal con relación a institucionalizar una cultura de seguridad del paciente en el ámbito asistencial hospitalario y plantear políticas y estrategias para mejorar la calidad de atención y seguridad en la práctica clínica.

Este estudio justifica el hecho que los resultados obtenidos servirán para documentar el problema actual del Hospital Delfina Torres de Concha y poder desarrollar una solución a la problemática, de esta manera mejorar la seguridad y calidad de la atención brindada en esta casa de salud.

Como estudiante de la Universidad Técnica del Norte, considero que el aporte que brindará esta investigación servirá como pauta para futuros proyectos de investigación en cuanto al área de salud; además de cumplir con la misión de la universidad la cual es generar, fomentar y ejecutar procesos de investigación, de transferencia de saberes, de conocimientos científicos, tecnológicos y de innovación, para el adelanto y progreso de la misma.

La Facultad de Ciencia de la Salud y en especial la Carrera de Enfermería se han caracterizado por formar profesionales a la vanguardia del conocimiento, y líderes en los procesos de cuidados de las personas en todos sus contextos. Esta investigación responde a la necesidad de enriquecer las bases teóricas que contribuyan a la formación de profesionales que velen por la seguridad del paciente y respondan con calidad humana a los desafíos de la práctica diaria.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Identificar los factores intrínsecos y extrínsecos que determinan un evento adverso en los servicios de Medicina Interna y Cirugía del Hospital Delfina Torres de Concha de la ciudad de Esmeraldas, periodo Enero – Junio 2016.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Determinar las características socio-demográficas de los usuarios en los servicios de Medicina Interna y Cirugía del Hospital Delfina Torres de Concha.
- Identificar la frecuencia de eventos adversos derivados de los cuidados de Enfermería: flebitis y úlceras por presión.
- Analizar los eventos adversos asociados a los cuidados de enfermería.
- Elaborar una guía en base a la prevención de eventos adversos asociados a los cuidados de Enfermería: flebitis y úlceras por presión.

1.5. Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son las características socio-demográficas de los usuarios en los servicios de Medicina Interna y Cirugía del Hospital Delfina Torres de Concha?

- ¿Cuál es la frecuencia de eventos adversos derivados de los cuidados de enfermería: flebitis y úlceras por presión?

- ¿Cuál es la frecuencia de eventos adversos asociados a los cuidados de enfermería?

- ¿Cómo identificar los eventos adversos asociados a los cuidados de Enfermería?

- ¿La guía de prevención contribuirá a disminuir eventos adversos asociados a los cuidados de enfermería: flebitis y úlcera por presión?

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Marco Referencial

En 1999, el “Instituto Americano de Medicina” publica el estudio “To err is human”, reveló 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, se 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 (17) (18).

El Proyecto IDEA. “Identificación de Efectos Adversos” que se tituló “Estudio Nacional sobre los eventos adversos ligados a la hospitalización” a cargo del Dr. Jesús Aranaz y varios investigadores en España en el año 2005 tuvo como objetivo principal determinar la incidencia de efectos adversos (EAs) y de pacientes con EA en los hospitales de España, estudio retrospectivo de cohortes, se obtuvo una muestra de 1.755 pacientes de 24 hospitales de España, como principales resultados de investigación se obtuvo que los pacientes que presentaban factores de riesgo intrínsecos, tenían 1,6 veces más probabilidades de presentar EAs. Los mayores de 65 años con factores de riesgo extrínsecos, tenían 2,5 veces más riesgo que los menores de 65 años sin estos factores, la gravedad de los EAs se relacionó con el pronóstico de la enfermedad principal. El 42,8% de los EAs se consideró evitable, se llegó a la conclusión que la incidencia de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria en los Hospitales Españoles es de 9,3%, y la incidencia de EAs relacionados con la asistencia hospitalaria de 8,4%, similares a las encontradas en los estudios realizados en países americanos y europeos con similar metodología (19).

El Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid en 2008 realizó el “Estudio APEAS – Estudio sobre la seguridad de los pacientes en primaria de salud” se plantearon como objetivo principal el mejorar el conocimiento en relación con la seguridad del paciente por medio de la aproximación a la magnitud, trascendencia e impacto de los EA, y el análisis de las características de los pacientes y de la asistencia que se asocian a la aparición de EA evitables, se realizó un estudio observacional de tipo transversal con componentes analíticos en 48 Centros de Atención Primaria con una muestra de 452 profesionales y 2.059 usuarios, la prevalencia de sucesos adversos fue de 18,63%, la prevalencia de incidentes fue de 7,45% y la de EA de un 11,18%, la prevalencia de pacientes con algún EA es de 10,11%, un 6,7% de los pacientes acumuló más de un EA. El 57,4% de los pacientes con EA eran mujeres, la mediana de edad fue de 59 años, y la media de 53 para ambos sexos. El 58,0% de los sujetos con EA presentaba algún factor de riesgo. Los resultados que se ofrecen en este informe ponen de relieve que la práctica sanitaria en Atención Primaria es razonablemente segura: la frecuencia de EA es baja y, además, predominan los de carácter leve. A pesar de ello, la seguridad del paciente es importante en el primer nivel asistencial. La elevada frecuentación de las consultas de Atención Primaria en España hace que aun siendo relativamente baja la frecuencia de EA, de manera absoluta sean numerosos los pacientes afectados. Si generalizáramos los resultados al conjunto de la población, podrían verse afectados de media 7 de cada 100 ciudadanos en un año (20).

“Estudio de incidencia de eventos adversos Hospital Padre Alberto Hurtado” fue una investigación realizada en Chile en el año 2008 cuyo objetivo principal era determinar la incidencia de eventos adversos en las áreas de hospitalización del Hospital Padre Alberto Hurtado, se realizó un estudio de cohortes retrospectivo de Incidencia a 192 pacientes, como instrumento se utilizó la guía de cribado MRF2 versión española del Cuestionario Modular para revisión retrospectiva de casos, El 19,3 % (37 pacientes) obtuvo un Cribado positivo y pasó a segunda etapa para evaluar la presencia real de Evento Adverso (EA). Conclusiones: La Tasa de Incidencia de pacientes con EA del Hospital correspondiente al periodo de estudio es

de un 6,3%, En concordancia con los estudios mundiales referidos a los EA, el mayor porcentaje de eventos corresponde a las Infecciones Intrahospitalarias

En Colombia en el año 2012 la investigación titulada “Eventos adversos derivados del cuidado de Enfermería: Flebitis, úlceras por presión y caídas” tuvo como objetivo general describir la incidencia de algunos eventos adversos relacionados con las acciones de Enfermería en una institución de salud de tercer nivel de atención, se realizó una prueba piloto de un estudio de cohorte concurrente en Colombia. Fueron incluidos 198 pacientes fue aplicado al ingreso y durante toda la hospitalización un instrumento general que evaluaba posibles factores de riesgo y la ocurrencia para cada evento adverso: úlceras por presión, caídas, flebitis y retiros de dispositivos terapéuticos. La incidencia de eventos adversos durante la prueba piloto del estudio fue de 16.16% de los pacientes que realizaron eventos adversos el 65.63% presento un evento; el 25% dos eventos y el 9.38% tres eventos. Entre todos los eventos adversos presentados el evento más frecuente fueron las úlceras por presión. Conclusiones: Se reporta una incidencia importante de eventos adversos, cifras consistentes con la literatura. El conocer su epidemiología ayudará a establecer medidas para su prevención y control (21).

Un estudio realizado en México, Argentina y Colombia en el año 2016 titulado “Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos” tiene como objetivo general: determinar los eventos adversos reportados por enfermería y sus factores en unidades de cuidado intensivo (UCI) de tres países participantes (México, Argentina y Colombia), se desarrolló un estudio multicéntrico, descriptivo, correlacional, la unidad de observación la constituyeron los EA reportados por enfermería durante un periodo de seis meses en 17 UCIS. La información se analizó con el programa estadístico SPSS, versión 2013, entre los principales resultados se reportaron 1163 eventos, de los cuales el 34 %, se relacionó con el cuidado, el 19 % con vía aérea y ventilación mecánica, el 16 % con el manejo de accesos vasculares y drenajes, el 13 % con infección nosocomial y el 11 % con la administración de medicamentos. El 94,8% se

consideraron prevenibles, en conclusión los EA con mayor prevalencia están relacionados, en su mayoría, con el cuidado directo al paciente (22).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los países en vía de desarrollo, el 77% de los eventos adversos corresponden a casos de medicamentos adulterados y de baja calidad, el mal estado de la infraestructura y de los equipos médicos, el escaso control de las infecciones y la falta de cultura hacia la seguridad del paciente, entre otros, conducen a una mayor probabilidad de ocurrencia de eventos adversos evitables. Por lo tanto, los profesionales de la salud están llamados a hacerse parte, a nivel personal e institucional, de las iniciativas que buscan estudiar y disminuir el impacto negativo de esta problemática en los sistemas de Salud.

Los estudios antes mencionados fueron una muestra de que este tema es de gran trascendencia a nivel Mundial, en los últimos años se han creado alianzas con el propósito de crear una cultura de seguridad del paciente en el cual están involucrados todos los profesionales de la salud con el fin de mejorar la calidad del servicio en los diversos ámbitos. 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 (23).

En Ecuador el Ministerio de Salud pública creó la “Dirección Nacional de Gestión de Riesgos”, cuya misión es prevenir, mitigar y responder ante los efectos que puedan ocasionar los eventos adversos de origen natural, antrópico o mixtos en la salud de la población y servicios del Sector Salud; la visión de la Dirección Nacional de Gestión de Riesgos del Ministerio de Salud Pública posicionará la Gestión de Riesgos en el Sistema Nacional de Salud como un eje transversal para todos los procesos, con talento humano competente, responsable y comprometido, además de recursos suficientes y oportunos para su funcionamiento (24). Tiene como objetivo Recopilar, validar y consolidar información de la evolución de eventos adversos de origen natural o antrópico, elaborar informes y notificar las variaciones del comportamiento

del evento a los actores del Sistema Nacional Descentralizado de Gestión de Riesgos y la ciudadanía, para la toma de decisiones y aplicación de acciones de prevención, mitigación para reducir su impacto.

1.1. Marco Contextual

1.1.1. Antecedentes del Hospital Delfina Torres de Esmeraldas.

El Hospital inició su labor social, en el año 1936, instalado en una casona rudimentaria, construida de paredes de caña y techo de paja, cuyo terreno fue donado por doña Delfina Torres Viuda de Concha, y en homenaje a su altruismo y desprendimiento se lo bautiza a este centro de salud con el nombre de su benefactora (25).

En el año 1940, se realizaron mejoras y para 1950 se designa como primer Director de esta Casa de Salud, en el Dr. Jorge Salazar Barba, el personal que laboraba para ese entonces lo conformaban 19 personas, las principales obras de esta administración, fue la ampliación de la infraestructura, contando así con dos salas para niños, dos para hombres y dos para mujeres, un quirófano, una sala de partos y farmacia, para este tiempo se contaba con una estructura de construcción mixta, de madera, cemento y techo de zinc (25).

Desde 1963 a 1966 el Hospital fue dirigido por la junta militar del gobierno contaba con 5 médicos, una enfermera y dos auxiliares de enfermería y una administradora, en 1970 este local fue reducido a escombros por un incendio provocado por un enfermo mental, la atención por ese tiempo se brindaba en las instalaciones del Hospital Franklin Tello (25). En Diciembre de 1982, este Hospital fue reinaugurado, por el Ministerio de Salud Pública, contando con las cuatro especialidades básicas, mejorando la cobertura y la calidad de atención (25).

El Ministerio de Salud Publica realiza una intervención integral del Hospital Delfina

Torres de Concha, a través del Instituto de Contratación de Obras. Los trabajos de construcción, ampliación y remodelación emergente de la infraestructura física realizando mejoras en laboratorio clínico, emergencia, centro quirúrgico, salas de hospitalización, centro de esterilización, casa de máquinas y el área de consulta

externa con capacidad para 18 consultorios en los que se presta servicios de Medicina General, Odontología, Pediatría, Obstetricia, Traumatología, Cardiología y Oftalmología (25).

2.2.1 Situación Actual

Actualmente es un hospital general de referencia provincial con una dotación normal de 125 camas que hoy tiene una disponibilidad como producto de la creciente demanda de 155 camas, se encuentra en proceso de remodelación en segunda etapa, está previsto la creación del hospital del día, unidad de hemodiálisis, servicios complementarios de diagnóstico y terapéutico como es medicina transfusional, anatomía patológica entre otras, también se ha comenzado con el proceso de acreditación Canadá quienes están apoyando al hospital junto con otros 43 hospitales que serán acreditados docentes en el país (25).

2.2.2 Ubicación

El Hospital General Provincial de Segundo nivel “Delfina Torres de Concha”, se encuentra ubicado al norte de la cabecera cantonal de la provincia de Esmeraldas, en la Avenida Libertad al Oeste entre la calle Manabí y la 24 de Mayo, en la parroquia Bartolomé Ruiz (25).

2.2.3 Infraestructura Del Hospital Delfina Torres De Concha

Brindamos atención en Especialidades Básicas como son:

- ✓ Ginecología Obstetricia
- ✓ Neonatología
- ✓ Pediatría

- ✓ Cirugía
- ✓ Medicina Interna
- ✓ Emergencia

Pero como consecuencia de la gran demanda de servicios ciudadanos se han debido implementar nuevas especialidades como:

- ✓ Cardiología
- ✓ Oftalmología
- ✓ Traumatología
- ✓ Nefrología
- ✓ Gastroenterología y Medicina Crítica–UCI,
- ✓ Servicios Complementarios como:
- ✓ Odontología
- ✓ Fisiatría
- ✓ Terapia Respiratoria y Audiología,
- ✓ Auxiliares de Diagnóstico en Laboratorio Clínico
- ✓ Imagenología (Rayos X, Ecografía, Mamografía, Tomografía y Endoscopia),

Manejo de Programas como:

- ✓ La Clínica del VIH/SIDA
- ✓ DOTS – NAR

Discapacidades y Enfermedades Catastróficas. **Fuente especificada no válida.**

2.2.6. MISIÓN

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social (26).

2.2.7. VISION

Ser reconocidos por la ciudadanía como hospitales accesibles, que prestan una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente (26).

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. Eventos adversos

2.3.1.1. Antecedentes

La 55ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó en mayo de 2002 la resolución WHA55.18, en la que se pide a los Estados Miembros, que presten la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y que establezcan y consoliden sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención sanitaria (27).

Desde un punto de vista histórico los problemas de seguridad clínica de los pacientes se han abordado desde las sesiones de morbilidad y mortalidad y desde el registro de las reclamaciones y sugerencias de los pacientes. Éstas siguen siendo, fuentes de información muy útiles, así como los sistemas de auditoria de historias clínicas u otros registros clínicos que permiten conocer la frecuencia de los problemas de seguridad y, en algunas ocasiones, las causas.

La Asamblea instó a la OMS a elaborar normas y patrones mundiales y a apoyar los esfuerzos de los Estados Miembros por formular políticas y prácticas relacionadas con la seguridad del paciente. En octubre de 2004, la OMS presentó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Se identificó al proyecto de elaboración de una clasificación internacional para la seguridad del paciente como una de las

principales iniciativas del Programa de actividades de la Alianza para 2005 (28).

En términos técnicos se habla, en estos casos, de que el paciente sufre un evento adverso (EA). Es decir, un accidente imprevisto e inesperado que causa algún daño o complicación al paciente y que es consecuencia directa de la asistencia sanitaria que recibe y no de la enfermedad que padece. Muchos de estos eventos adversos son inevitables por más que se esfuercen los profesionales, pero existen otros que podrían evitarse, por ejemplo reflexionando sobre cómo se aplican determinados procedimientos (sondajes, administración de fármacos, etc.). Esta es la razón de que se promuevan programas orientados a incrementar la seguridad clínica de los pacientes (29).

2.3.1.2. Definición

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 (30).

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 (30).

Los eventos adversos son las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, los cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado y al incremento de los costos de no-calidad. De igual forma, se pueden presentar situaciones relacionadas con procesos no

asistenciales que potencialmente pueden incidir en la ocurrencia de las situaciones antes mencionadas (31).

2.3.1.3. Clasificación

Los eventos adversos se clasifican:

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 (30).

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:

Efecto Adverso Grave: Aquel que ocasiona muerte o incapacidad residual al alta hospitalaria o que requirió intervención quirúrgica.

Efecto Adverso Moderado: Aquel que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de 1 día de duración.

Efecto Adverso Leve: Aquel que ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estancia hospitalaria (30).

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 (30).

Se los clasifica en:

- **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.
- **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 (32).

2.3.1.4. Principales eventos adversos

2.3.1.4.1. 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 (33).

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 (33).

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 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 (33).

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” (33).

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 (33).

“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)” (33).

“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” (33).

2.3.1.4.2. 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 (33).

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 (33).

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 (33).

2.3.1.4.3. 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 (34).

Las causas son:

1. Catéter venoso
2. Técnica de punción: Asepsia, multipunciones
3. Fijación: Falla en la fijación
4. Manipulación: Barrera de seguridad ineficaz
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 (35).

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 (34).

2.3.1.4.4. 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 (36).

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.

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.

2.3.1.4.5. Identificación incorrecta del paciente

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 (33).

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:

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.) (33).
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 (33).

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 (33).
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 (33).
7. Valorar y respetar la dignidad del paciente. Explicar al paciente cada procedimiento antes de realizarlo. Respetar la autonomía del paciente (33)
8. Delegar funciones profesionales a personal competente.
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 (33).

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 (33).
15. Supervisar el cumplimiento de las normas de bioseguridad en la institución hospitalaria.

2.3.2. 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 (32).

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 (32).

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 (32).

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.

2.3.3. Calidad de la atención

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 (37).

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” (32).

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 (32).

La calidad en la atención en salud es la característica más valorada tanto por los pacientes como por los profesionales de la salud (37).

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 (37).

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 (32).

2.3.4. 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 (38).

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.

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 (33).

2.3.5. Cuidados de 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 (37).

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 (37).

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 (37).

2.4. Marco Legal

2.4.1. 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 (39).

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 (40).

2.4.2. 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 establecer garantías constitucionales que permitan aplicar directa e inmediatamente los derechos, sin necesidad de que exista una legislación secundaria.

2.4.3. Constitución 2008

En la Constitución del Ecuador la seguridad del paciente se garantiza en tres artículos principalmente:

“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” (41).

“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” (42).

“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” (42).

“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” (43).

2.4.4. Ley Orgánica de Salud

La Ley Orgánica de Salud en los siguientes artículos indica:

CAPÍTULO I: Del derecho a la salud y su protección

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” (44).

Art. 2. Todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional (44).

Art. 3. La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables (44).

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” (44).

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” (44).

CAPÍTULO III: De las profesiones de salud, afines y su ejercicio

Art. 199. Corresponde a la autoridad sanitaria nacional la investigación y sanción de la práctica ilegal, negligencia, impericia, imprudencia e inobservancia en el ejercicio de las profesiones de la salud, sin perjuicio de la acción de la justicia ordinaria.

Art. 201. Es responsabilidad de los profesionales de salud, brindar atención de calidad, con calidez y eficacia, en el ámbito de sus competencias, buscando el mayor beneficio para la salud de sus pacientes y de la población, respetando los derechos humanos y los principios bioéticos. Es su deber exigir condiciones básicas para el cumplimiento de lo señalado en el inciso precedente.

Art. 202. Constituye infracción en el ejercicio de las profesiones de salud, todo acto individual e intransferible, no justificado, que genere daño en el paciente y sea resultado de:

- a) Inobservancia, en el cumplimiento de las normas;*
- b) Impericia, en la actuación del profesional de la salud con falta total o parcial de conocimientos técnicos o experiencia;*
- c) Imprudencia, en la actuación del profesional de la salud con omisión del*

cuidado o diligencia exigible; y,

d) Negligencia, en la actuación del profesional de la salud con omisión o demora injustificada en su obligación profesional.

2.4.5. 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.

CAPITULO SEGUNDO: DELITOS CONTRA LOS DERECHOS DE LA LIBERTAD

SECCION PRIMERA: Delitos contra la inviolabilidad de la vida

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.

Normas De Seguridad Sistema De Calidad Usuario Interno Y Externo Derechos Del Paciente

Art. 2.- *Derecho a una atención digna.- Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.*

Art. 3.- *Derecho a no ser discriminado.- Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.*

Art. 4.- *Derecho a la confidencialidad.- Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.*

Art. 5.- Derecho a la información.- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a lo que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúense las situaciones de emergencia. El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento.

Art. 6.- Derecho a decidir.- Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.

2.5. Marco Ético

La ética de enfermería estudia diferentes razones de los comportamientos en la práctica de la profesión, los principios que regulan dichas conductas, las motivaciones, los valores del ejercicio profesional, los cambios y las transformaciones a través del tiempo. Las fuentes de la ética profesional son las normas destinadas exclusivamente para la prestación de servicio a la sociedad, teniendo en cuenta como base las más elementales normas sociales (45).

“El respeto por las personas incluye, a lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

- a) *Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación.*
- b) *Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables”.*

“La beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, no maleficencia”.

“La justicia se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido. En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación. Diferencias en la distribución de cargas y beneficios se justifican sólo si se basan en distinciones moralmente relevantes entre las personas; una de estas distinciones es la vulnerabilidad. El término "vulnerabilidad" alude a una incapacidad sustancial para proteger intereses propios, debido a impedimentos como falta de capacidad para dar consentimiento informado, falta de medios alternativos para conseguir atención

médica u otras necesidades de alto costo, o ser un miembro subordinado de un grupo jerárquico. Por tanto, se debiera hacer especial referencia a la protección de los derechos y bienestar de las personas vulnerables”.

Toda investigación en seres humanos debiera realizarse de acuerdo con tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia. En forma general, se concuerda en que estos principios que en teoría tienen igual fuerza moral guían la preparación responsable de protocolos de investigación. Según las circunstancias, los principios pueden expresarse de manera diferente, adjudicárseles diferente peso moral y su aplicación puede conducir a distintas decisiones o cursos de acción. Las presentes pautas están dirigidas a la aplicación de estos principios en la investigación en seres humanos.

2.5.1. Principios

En ética, los principios son reglas o normas que orientan la acción de un ser humano. Se trata de normas de carácter general, máximamente universales, como, por ejemplo: amar al prójimo, no mentir, respetar la vida, también se los considera como declaraciones propias del ser humano, que apoyan su necesidad de desarrollo y felicidad, los principios son universales y se los puede apreciar en la mayoría de las doctrinas y religiones a lo largo de la historia de la humanidad.

La enfermería es un arte y si se pretende que sea un arte, requiere una devoción tan exclusiva, una preparación tan dura, como el trabajo de un pintor o un escultor, pero ¿cómo pueden compararse la tela muerta o el frío mármol con el tener que trabajar con el cuerpo vivo, el templo del espíritu de Dios? Es una de las bellas artes, casi diría la más bella de las bellas artes”. Florence Nightingale (46)

Son en sí, leyes naturales enraizadas en la estructura de todas las sociedades civilizadas a lo largo de la historia y de aquellas instituciones que han perdurado.

Algunos de estos principios son la rectitud, integridad, honestidad (Estos dos últimos crean los cimientos de la confianza), la dignidad humana, el servicio o idea de contribuir, el potencial, entre otros. Tales principios son verdades profundas, de aplicación universal. Se aplican a los individuos, las familias, los matrimonios, y organizaciones de todo tipo (47).

2.5.2. Principios Básicos

Toda investigación en seres humanos debe realizarse de acuerdo con los principios éticos básicos: respeto por las personas, autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. En forma general, se concuerda en que estos principios que en teoría tienen igual fuerza moral guían la preparación responsable de protocolos de investigación. Según las circunstancias, los principios pueden expresarse de manera diferente, adjudicárseles diferente peso moral y su aplicación puede conducir a distintas decisiones o cursos de acción. Las presentes pautas están dirigidas a la aplicación de estos principios en la investigación en seres humanos.

- **Principio de no-maleficencia:** Corresponde al primero y más fundamental del médico, expresado en el clásico "primum non nocere" ("lo primero es no dañar").
- **Principio de beneficencia:** Enunciado en el Juramento Hipocrático de la siguiente forma: "Llevaré adelante ese régimen, el cual de acuerdo con mi poder y discernimiento será en beneficio de los enfermos".
- **Principio de autonomía:** Afirma el derecho de toda persona competente e informada a participar activamente en la toma de decisiones que la involucran de algún modo, incluyendo el rechazo a ciertas intervenciones médicas. Este principio no está contenido en el Juramento Hipocrático.

2.5.3. Declaración de Helsinki

Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, Junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, Octubre 1975, 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, Octubre 1983, 41ª Asamblea Médica Mundial Hong Kong, septiembre 1989, 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996 y la 52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia, Octubre 2000 (48).

2.5.3.1. Introducción

Es misión del médico salvaguardar la salud de las personas. Su conocimiento y conciencia están dedicados al cumplimiento de esta misión. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico a la aseveración: «La salud de mi paciente será mi empeño principal», y el Código internacional de Ética Médica declara que «cuando un médico proporcione una asistencia médica que pudiera tener un efecto de debilitamiento del estado físico y mental del paciente el médico deberá actuar únicamente en interés del paciente». La finalidad de la investigación biomédica que implica a personas debe ser la de mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y el conocimiento de la etiología y patogénesis de la enfermedad (49).

2.5.3.2. Principios básicos

3. La investigación biomédica que implica a seres humanos debe ser realizada únicamente por personas científicamente cualificadas y bajo la supervisión de un facultativo clínicamente competente. La responsabilidad con respecto a las personas debe recaer siempre en el facultativo médicamente cualificado y nunca en las personas que participan en la investigación, por mucho que éstas hayan otorgado su consentimiento (49).

4. *La investigación biomédica que implica a personas no puede llevarse a cabo lícitamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para las personas.*

5. *Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.*

6. *Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad.*

8. *En la publicación de los resultados de su investigación, el médico está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos. Los informes sobre experimentos que no estén en consonancia con los principios expuestos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.*

9. *En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento*

informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito.

10. En el momento de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación.

11. En el caso de incompetencia legal, el consentimiento informado debe ser otorgado por el tutor legal en conformidad con la legislación nacional. Si una incapacidad física o mental imposibilita obtener el consentimiento informado, o si la persona es menor de edad, en conformidad con la legislación nacional la autorización del pariente responsable sustituye a la de la persona.

12. El protocolo experimental debe incluir siempre una declaración de las consideraciones éticas implicadas y debe indicar que se cumplen los principios enunciados en la presente Declaración.

2.5.3.3. PRINCIPIOS APLICABLES CUANDO LA INVESTIGACION MEDICA SE COMBINA CON LA ATENCION MEDICA

30. Al final de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio deben tener la certeza de que contarán con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos probados y existentes, identificados por el estudio.

31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación nunca debe perturbar la relación médico-paciente.

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Diseño de la investigación

Se realizó un estudio no experimental con enfoque cuantitativo, en pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna y Cirugía del Hospital Delfina Torres de Concha de la ciudad de Esmeraldas.

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, centrado en el sujeto con interrelación entre sujeto y objeto.

Cuantitativo porque permite examinar los datos de manera numérica. Se utilizará herramientas de investigación como la observación, guía de observación e historia clínica de los usuarios los mismos que serán interpretados de forma estadística

3.2. Tipo de Investigación

La presente investigación contiene:

- **Observacional**, el factor de estudio no es controlado por el investigador, éste se limita a observar y medir; los acontecimientos se dieron de manera natural, permitiendo identificar la distribución de los eventos adversos en relación con los servicios hospitalarios, factores de riesgo intrínsecos, extrínsecos y criterio determinado asociados a los cuidados de enfermería.
- **Correlacional** porque pretende vincular diversos fenómenos entre sí, es

decir, analizar si un aumento o disminución en una variable coincide con un aumento o disminución en la otra variable, en este caso las variables evento adverso y calidad de atención de Enfermería.

- **Descriptiva** porque describe las características o datos para conocer el impacto que van a generar los eventos adversos en la población en estudio. La descripción se expresa de manera cuantitativa.
- **De cohorte transversal** porque mide la prevalencia de la exposición y del efecto en una muestra poblacional en un periodo determinado y por una sola ocasión.

3.3. Lugar de la Investigación

El presente estudio de investigación se lo realizó a pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna y Cirugía del Hospital Delfina Torres de Concha, ubicado en la ciudad de Esmeraldas, provincia de Esmeraldas.

3.4. Universo y Muestra

La población estuvo conformada por 42 pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna y Cirugía del Hospital Delfina Torres de Concha, por el tamaño de la población no fue necesario el cálculo de muestra y se trabajó en 100% de la población.

3.5. Operacionalización de Variables

Objetivo: Determinar las características socio-demográficas de los usuarios en los servicios de Medicina Interna y Cirugía del Hospital Delfina Torres de Concha.				
Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Características Sociodemográficas	Es el análisis, estudio y obtención de datos sobre un grupo social determinado, obteniendo un perfil que señale las características actuales de la población en el sector grupal elegido.	Edad	Años cumplidos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 20 a 34 años ✓ 35 a 49 años ✓ 50 a 64 años ✓ > de 65 años
		Sexo	<ul style="list-style-type: none"> Masculino Femenino 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Masculino ✓ Femenino
		Instrucción	Estudios culminados	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ninguna ✓ Primaria incompleta ✓ Primaria completa ✓ Secundaria incompleta ✓ Secundaria completa ✓ Superior ✓ Otros
		Etnia	Autodefinición	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestizo ✓ Blanca ✓ Afroecuatoriano ✓ Mulata ✓ Indígena ✓ Otros

Objetivo: Identificar la frecuencia de eventos adversos derivados de los Cuidados de Enfermería: flebitis y úlceras por presión.

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Evento Adverso	Lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada con error, no por la patología base.	Tipo de Evento Adverso	Tipo de lesión	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Flebitis ✓ Úlceras por presión
		Frecuencia del Evento Adverso	Mensual	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enero ✓ Febrero ✓ Marzo ✓ Abril ✓ Mayo ✓ Junio
		Tipo de Servicio	Servicio Médico del Hospital Delfina Torres de Concha	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Medicina Interna ✓ Cirugía

Objetivo: Analizar los eventos adversos asociados a los cuidados de enfermería.				
Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Factores determinantes	Es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de los cambios.	Factor de Riesgo Extrínseco	Ausencia o presencia de uno o más factores de riesgo Factores de riesgo extrínseco.	✓ Ausente ✓ presente
		Factor de Riesgo Intrínseco	Ausencia o presencia de uno o más factores de riesgo Factores de riesgo intrínseco.	✓ Ausente ✓ presente
		Criterio Determinante	Criterio determinante para identificar el evento adverso evitable	✓ EA Evitable ✓ EA Inevitable

3.6. Método

Para la recolección de datos confiables se utilizó los siguientes métodos:

Método Bibliográfico que comprendió la búsqueda de información científica previa la investigación, análisis y desarrollo del marco teórico de este proyecto de tesis, a través de las Biblioteca Virtual de las siguientes bases bibliográficas LILACS, MEDLINE, IBECS, Biblioteca SCIELO, Repositorio Digital UTN, etc.

Revisión documental: revisión de las historias clínicas de los usuarios, documento médico-legal que forma parte de las fuentes primarias de investigación, de todos los pacientes que formaron parte del universo en estudio, lo cual permite investigar si el evento adverso fue causado por algún factor que interfirió con los cuidados de enfermería.

3.7. Técnica e instrumento

Observación tuvo como propósito identificar el fenómeno, hecho o caso, observarlo y registrarlo para su posterior análisis. Elemento fundamental del proceso investigativo para la obtención del mayor número de datos

Al ser una investigación de tipo cuantitativa el instrumento que se utilizó fue el siguiente:

Guía de Observación: elaborada con varios ítems con respuesta de opción múltiple aplicada a usuarios con criterios de eventos adversos relacionados con flebitis y úlceras por presión. Los datos recolectados en la guía de observación fueron revisados y supervisados por el asesor metodológico de la tesis. Para el análisis estadístico, todos los datos obtenidos y la revisión de las historias clínicas fueron registrados y detallados en una base de datos de Microsoft Excel, para realizar el gráfico estadístico.

3.8. Procedimiento

Una vez recolectada la información se realiza una base de datos en Microsoft Excel para ser cuantificada a través del programa EPI INFO que generó las tablas y gráficos para el respectivo análisis

Para la interpretación se realizó la comparación de los resultados con datos de otros estudios realizados en diferentes países de Latinoamérica y Europa permitiendo la comparación con datos actuales y reales de esta investigación.

3.9. Análisis de datos:

Para el Análisis e Interpretación de Datos se aplicó un diseño uni y bivariado, para lo cual se procede a tabular los datos obtenidos en una base de datos en Microsoft 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 a continuación se presentan los principales resultados obtenidos.

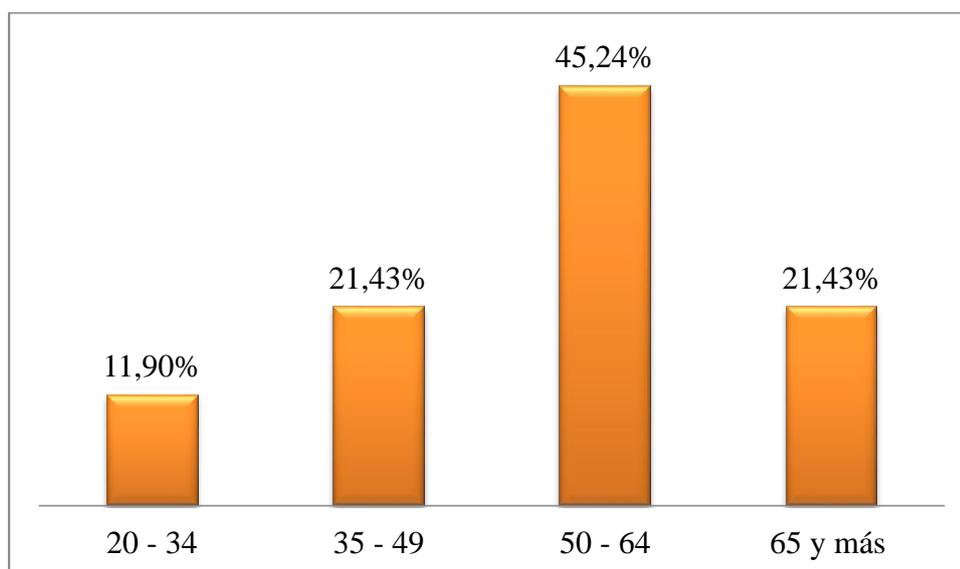
CAPITULO IV

Análisis de los Resultados

Tabla 1.- Población distribuida por grupos de edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
20 - 34	5	11,90%
35 - 49	9	21,43%
50 - 64	19	45,24%
65 y más	9	21,43%
Total	42	100%

Gráfico 1.- Población distribuida por grupos de edad



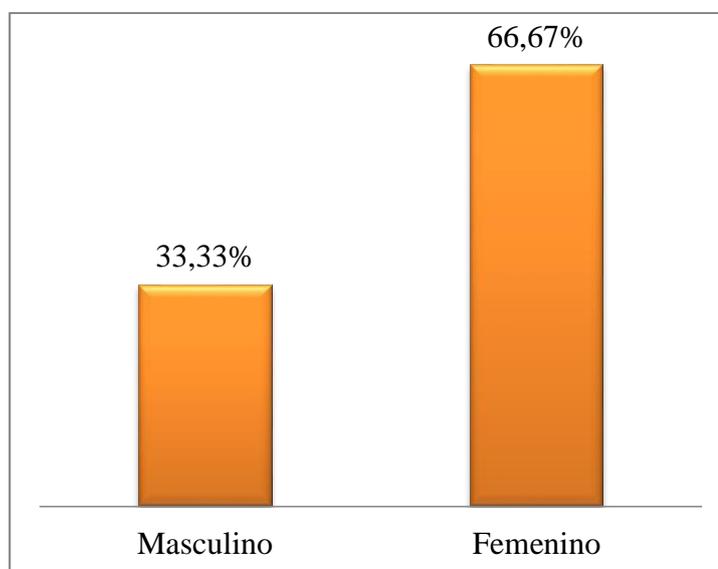
Según la edad se identificó eventos adversos asociados a los cuidados de Enfermería con una frecuencia positiva de 19 correspondiente al 45.24% en usuarios con edades entre 50 a 64 años de edad, por otro lado se observó con una frecuencia similar de 9

(21,43%) pacientes de 35 a 49 años y mayores de 65 años, los adultos jóvenes obtuvieron una frecuencia de 5 que corresponde al 11,90%; de acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) en el 2010 el 9,4% del total de los esmeraldeños (49934 habitantes) tienen edades entre 50 a 64 años, existe mayor población en menor de 14 años y tan sólo el 5,1% pertenece a los adultos mayores (50), lo que permite llegar a la conclusión que gran porcentaje de la población en estudio pertenece a la población económicamente activa. También se puede evidenciar que a mayor edad mayor los riesgos de verse afectados ya sean por factores de riesgos intrínsecos como extrínsecos que conlleva a verse afectados por algún tipo de evento adverso durante su estadía hospitalaria. Un estudio realizado en España por el Dr. Aranaz Jesús María revela que a mayor edad mayores los riesgos de padecer algún tipo de evento adverso (19).

Tabla 2.- Población distribuida por sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	14	33.33%
Femenino	28	66.67%
Total	42	100%

Gráfico 2.- Población distribuida por sexo

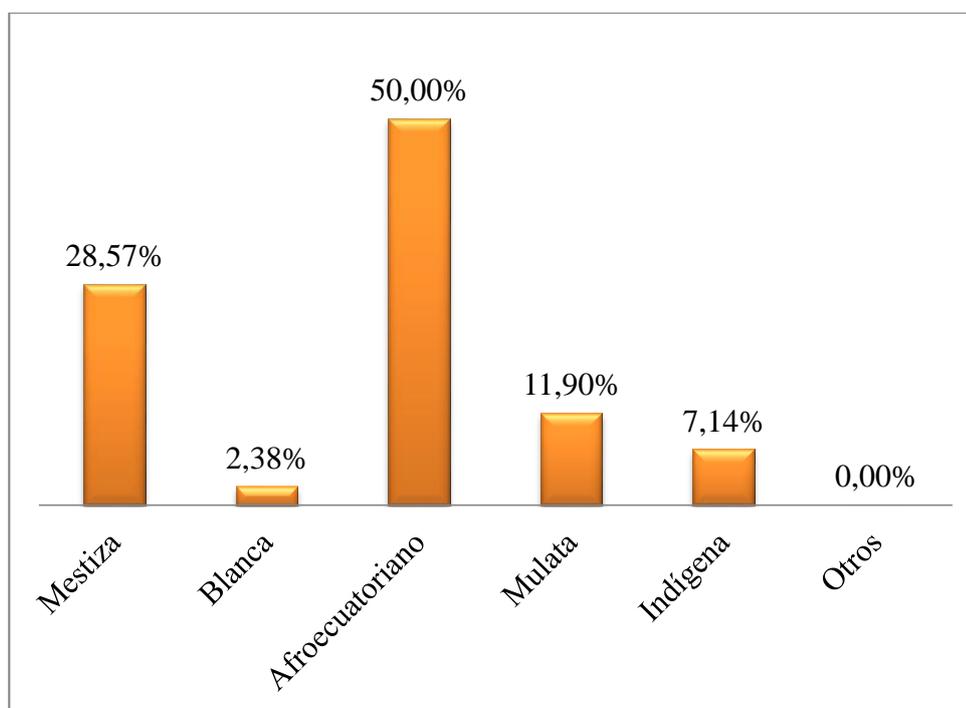


De los datos obtenidos se reveló que el 66,67% de usuarios son de sexo femenino y un 33,33% pertenecientes al sexo masculino. En Esmeraldas según el INEC 2010 existen casi la misma cantidad de población masculina y femenina (50). En el estudio APEAS se identificó que del total de la población un 57,4% eran mujeres (20), sin embargo el sexo no es un factor determinante para la aparición de un evento adverso dado que tanto hombres como mujeres pueden verse afectados por los mismos.

Tabla 3.- Población distribuida por etnia

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Mestiza	12	28,57%
Blanca	1	2,38%
Afroecuatoriano	21	50,00%
Mulata	5	11,90%
Indígena	3	7,14%
Otros	0	0,00%
Total	42	100%

Gráfico 3.- Población distribuida por etnia



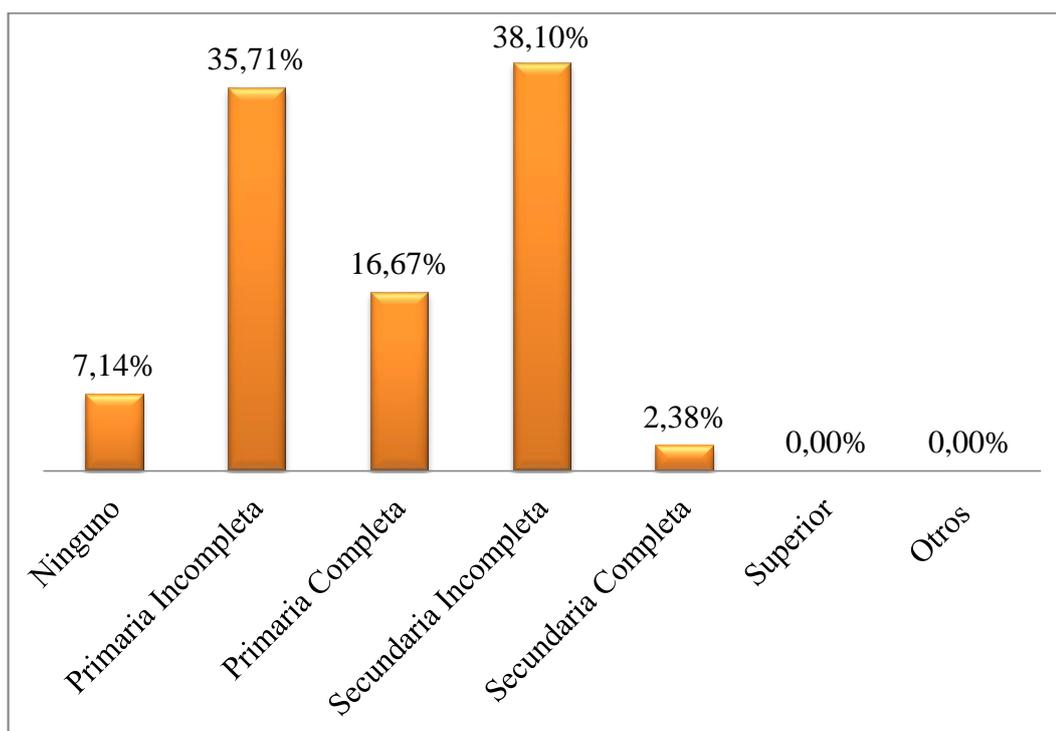
El 50% de la población en estudio se consideran afroecuatorianos, seguido del 28,57% de usuarios que se autoidentificaron como mestizos y en menor porcentaje corresponde a un 2,38% se autodefinieron como blancos; según el CENSO – INEC

2010 en Ecuador el 43,9 % de los habitantes esmeraldeños se autoidentifican como afroecuatorianos y el 44,7% se identifican mestizos (50), lo cual es acorde con las estadísticas presentadas en esta investigación, sin embargo es importante mencionar que esta variable no influye en la incidencia de eventos adversos asociados a los cuidados que proporciona el personal de enfermería que labora en el Hospital Delfina Torres de Concha, pero es de considerar que por la tonalidad de la piel del universo en estudio la observación es más minuciosa y se añadirá varios criterios que determinan la presencia o no del evento adverso.

Tabla 4.- Población distribuida por nivel de escolaridad

Nivel de Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	3	7.14%
Primaria Incompleta	15	35.71%
Primaria Completa	7	16.67%
Secundaria Incompleta	16	38.10%
Secundaria Completa	1	2.38%
Superior	0	0.00%
Otros	0	0.00%
Total	42	100%

Gráfico 4.- Población distribuida por nivel de escolaridad

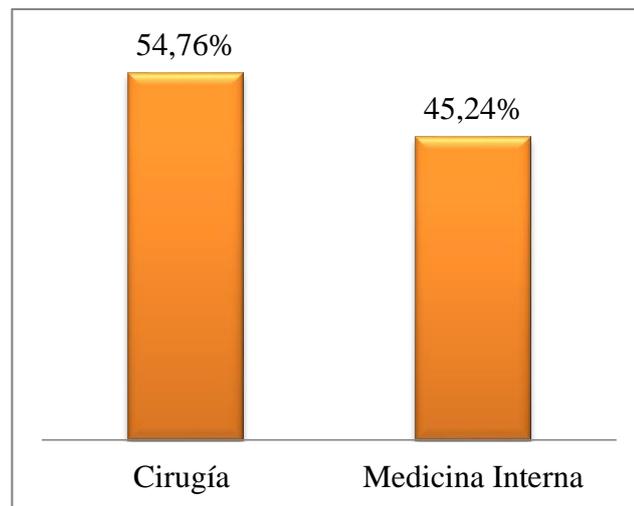


De los datos obtenidos durante la investigación se pudo identificar que el 38,10% y 37,71% corresponden a usuarios con secundaria incompleta y primaria incompleta respectivamente, el 7,14% pertenece al grupo poblacional con analfabetismo y ninguno de ellos ha realizado estudios superiores, lo que se considera un dato relevante, dado que el nivel de educación tanto del usuario en estudio como de su cuidador influyen en el proceso de cuidados intrahospitalarios lo cual está considerado dentro de los factores de riesgo extrínsecos que afecten la condición actual del paciente y por ende puede ser un desencadenante de un evento adverso que puede ser evitable. En el Ecuador la educación es uno de los deberes primordiales del Estado, y un derecho de las personas a lo largo de su vida, además la educación forma parte de los objetivos del Plan Nacional para el Buen Vivir. Según datos del último CENSO – INEC 2010 el 90,7% de los esmeraldeños se encuentran registrados en el sistema educativo vigente, sin embargo, todavía existe un 9,8% de habitantes con analfabetismo (50).

Tabla 5.- Población distribuida por tipo de servicio

Tipo de Servicio	Frecuencia	Porcentaje
Cirugía	23	54.76%
Medicina Interna	19	45.24%
Total	42	100%

Gráfico 5.- Población distribuida por tipo de servicio

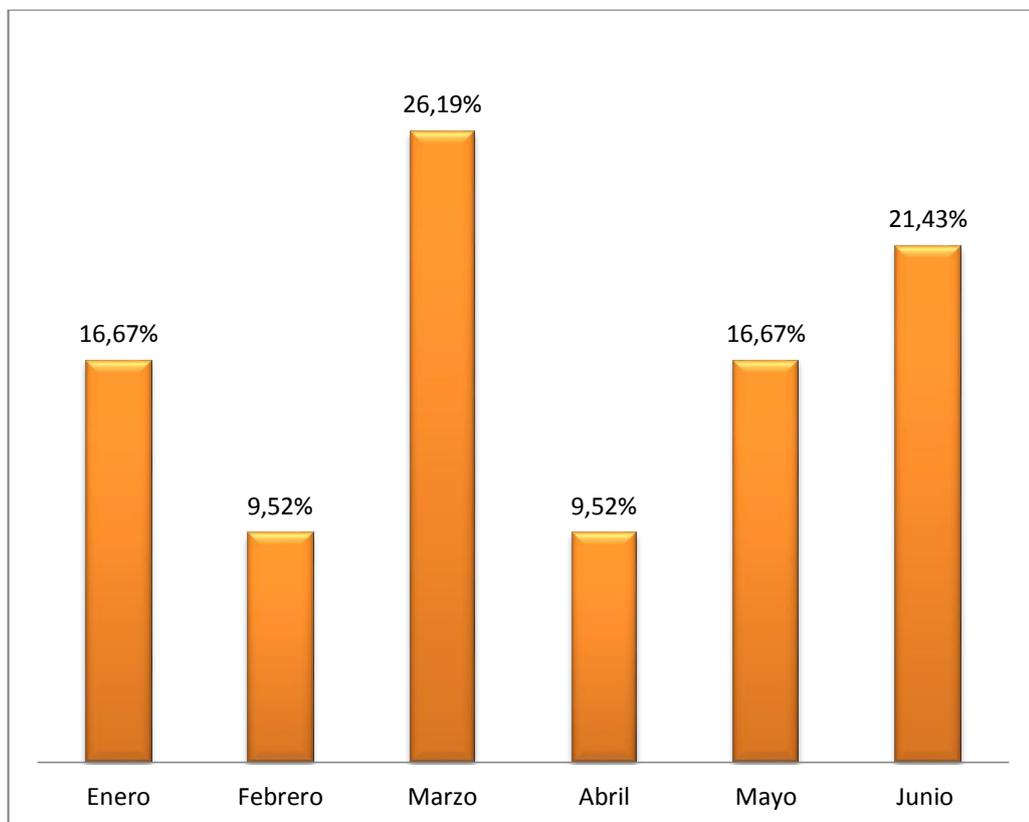


Los datos obtenidos de la investigación revelaron que el 54,76% de los eventos adversos asociados a los cuidados de enfermería se presentaron en el servicio de Cirugía con una frecuencia de 23 usuarios, por otro lado el 45,24% de pacientes presentaron algún tipo de evento adverso en el servicio de Medicina Interna con una frecuencia menor de 19; lo cual manifiesta que en ambos servicios la diferencia es relativamente menor. Esto se asocia a un déficit en la aplicación de protocolos de cuidados de enfermería y se añade a más de esto afección de factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos que perjudican aún más la condición del paciente. La Investigación realizada por el Dr. Aranaz en España revela que en los servicios que existen mayores riesgos de ocurrir un evento adverso son en las áreas de Unidad de Cuidados Intensivos, Quirófano y Emergencia (19).

Tabla 6.- Frecuencia de eventos adversos mensuales

Mes	Frecuencia	Porcentaje
Enero	7	16.67%
Febrero	4	9.52%
Marzo	11	26.19%
Abril	4	9.52%
Mayo	7	16.67%
Junio	9	21.43%
Total	42	100%

Gráfico 6.- Frecuencia de eventos adversos mensuales

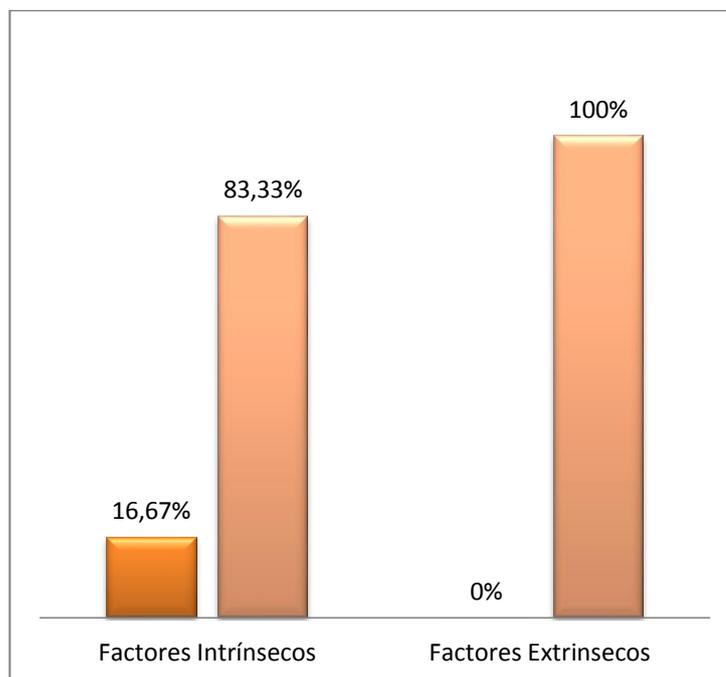


La presente investigación se realizó en 6 meses (Enero a Diciembre del 2016) periodo en el cual hubo mayor frecuencia de eventos adversos en el mes de marzo con un 26,19%, seguido del 16,67% en los meses de enero y mayo; con un menor número de casos ocupando el 9,52% en los meses de febrero y abril, sin embargo la diferencia no es mayor durante todo el proceso de vigilancia de la investigación. Vale destacar que durante el mes de abril tras ocurrido el terremoto en esta ciudad por deterioro de la infraestructura de la unidad operativa disminuyeron el número de ingresos de pacientes a los servicios de Medicina Interna y Cirugía, lo cual se considera un factor a considerar para la disminución de la población en estudio.

Tabla 7.- Población distribuida por factores intrínsecos y extrínsecos

	Factores Intrínsecos	Factores Extrínsecos
Ausente	16,67%	0%
Presente	83,33%	100%
Total	100%	100%

Gráfico 7.- Población distribuida por factores intrínsecos y extrínsecos



Del grupo en estudio el 83,33% de los usuarios presentaron factores de riesgos intrínsecos presentes, los cuales influyeron en la aparición del evento adverso asociado a los cuidados de enfermería tales como: el estado de conciencia, actividad motora o sensitiva, la patología, estado nutricional, estado de la piel, uso de medicamentos previos, entre otros; y con un 16,67% factores de riesgo intrínsecos ausentes. Por lo que se puede identificar que los factores de riesgo intrínseco intervienen en la aparición de eventos adversos (19). El proyecto IDEA en 2005

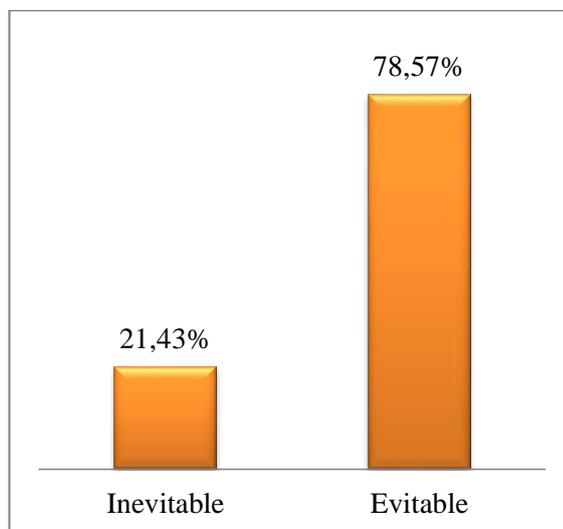
reveló que los pacientes que presentaban factores de riesgo intrínsecos tenían 1,6 veces más probabilidades de presentar algún tipo de evento adverso (19).

Por otro lado el 100% de la población en estudio presentaron factores de riesgo extrínsecos entre los cuales podemos destacar: inmovilización, medicación utilizada, insumos y equipo, higiene del paciente, zona afectada, área física, educación del usuario, entre otros, este dato permitió afirmar que los factores de riesgos externos tienen gran importancia e impacto sobre el usuario en estudio, incluyendo además que los cuidados de enfermería juegan un papel importante en la prevención de eventos adversos. El proyecto “Identificación de eventos adversos en pacientes hospitalizados” realizado en España identificó que las personas mayores de 65 años con factores de riesgo extrínsecos tenían 2,5 veces más riesgos de padecer eventos adversos (19).

Tabla 8.- Población distribuida por tipo de evento adverso

Criterio Determinante	Frecuencia	Porcentaje
Inevitable	9	21,43%
Evitable	33	78,57%
Total	42	100%

Gráfico 8.- Población distribuida por tipo de evento adverso



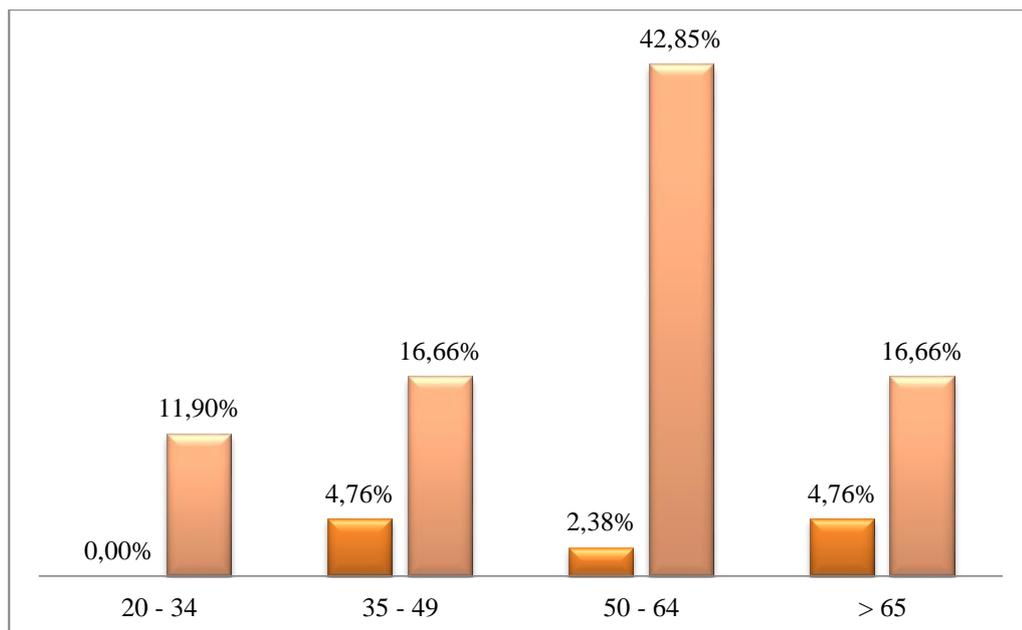
Se pudo evidenciar un 78,57% de los casos presentaron eventos adversos que pudieron ser evitados y con una frecuencia de 9 representando el 21,43% no se pudieron evitar debido a varios factores. Si bien los pacientes tenían factores de riesgos asociados con las patologías y condición física, los eventos adversos que se produjeron durante la investigación en gran porcentaje pudieron ser prevenidos con un adecuado manejo de los protocolos de atención y seguridad del paciente durante su hospitalización. El “Estudio Nacional sobre los eventos adversos ligados a la hospitalización” realizado en España en 2005 por el Dr. Aranaz reveló que el 42.8% de eventos adversos sucedidos durante la investigación pudieron ser evitables (19).

Por otro lado es Estudio APEAS EN 2008 – España reveló que el 70% de los eventos adversos se pudieron evitar. En el 2016 se realizó una investigación titulada “Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en Unidades de Cuidados Intensivos” estudio realizados en 3 países Latinoamericanos Argentina, Colombia y México, tuvo como evidencia que el 94,8% de los pacientes que presentaron eventos adversos pudieron ser evitables y en un alto porcentaje estaban relacionados con el cuidado directo del paciente, manejo de accesos vasculares y drenajes, infecciones nosocomiales y uso de medicamentos (22).

Tabla 9.- Población distribuida por factores intrínsecos y edad

Tabla de Contingencia Edad/Factores Intrínsecos				
Recuento				
		Ausente	Presente	Total
Edad (En Años)	20 - 34	0,00%	11,90%	11,90%
	35 - 49	4,76%	16,66%	21,42%
	50 - 64	2,38%	42,85%	45,23%
	> 65	4,76%	16,66%	21,42%
Total		11,90%	88,07%	100%

Gráfico 9.- Población distribuida por factores intrínsecos y edad



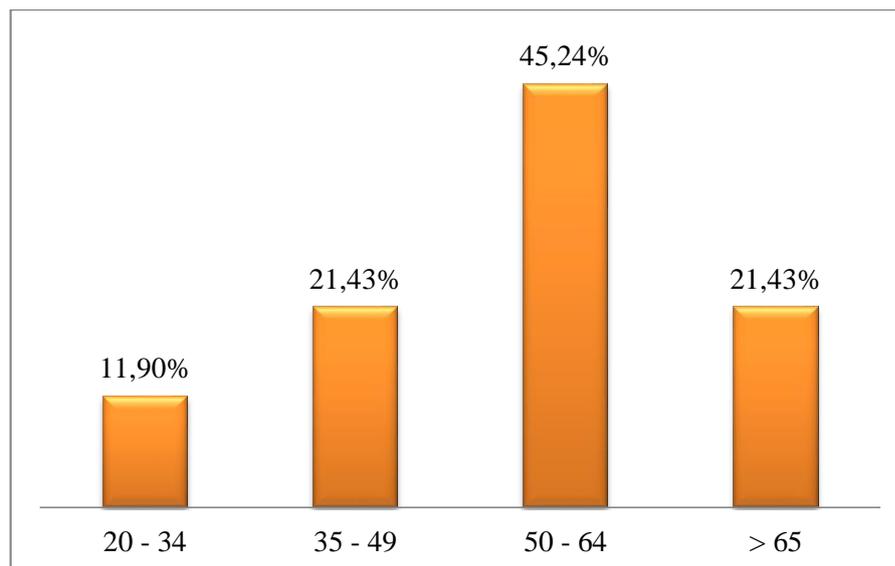
De la tabla de relación entre las variables edad/factores intrínsecos se puede observar que existe un alto porcentaje de influencia de factores intrínsecos presentes en

usuarios con edades entre 50 a 64 años con un 42,85%, seguido del 16,66% en pacientes entre 35 a 49 y adultos mayores de 65 años, los factores de riesgos intrínsecos que pueden ocasionar un evento adverso inevitable son en menor proporción evidenciando así porcentajes casi similares en los rangos de edad entre 35 y más años de edad con un valor del 4,76%, lo cual indica que la edad es un factor determinante para generar o producir algún tipo de evento adverso que ponga en riesgo la seguridad del paciente. El proyecto IDEA en 2005 reveló que los pacientes que presentaban factores de riesgo intrínsecos tenían 1,6 veces más probabilidades de presentar algún tipo de evento adverso (19). En Ibarra estudiantes de la UTN realizaron una investigación titulada “Eventos Adversos asociados a cuidados de Enfermería en el Hospital San Vicente de Paúl – 2014”, mismo que identificó que del total de la población el 60,86% de usuarios hospitalizados presentaron algún tipo de evento adverso desencadenado por un factor de riesgo intrínseco (51).

Tabla 10.- Población distribuida por factor extrínseco y edad

Tabla de Contingencia Edad/Factores Extrínsecos			
Recuento			
	Factores Extrínsecos		Total
	Presente		
Edad (En Años)	20 - 34	11,90%	11,90%
	35 - 49	21,43%	21,43%
	50 - 64	45,24%	45,24%
	> 65	21,43%	21,43%
Total		100%	100%

Gráfico 10.- Población distribuida por factor extrínseco y edad



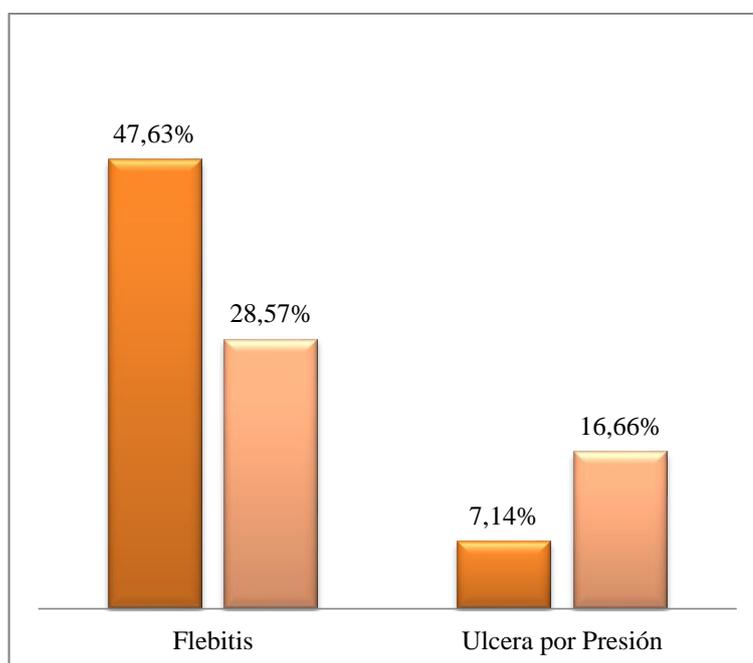
Los datos obtenidos durante la investigación revelaron que el 100% de los usuarios fueron afectados por factores de riesgo extrínsecos tales como: calibre del catéter, inmovilización, tipo de medicamentos administrados durante su estadía hospitalaria, higiene del paciente, nivel de instrucción tanto del paciente como del cuidador,

insumos y equipos utilizados, entre otros, sin embargo el grupo más afectado fue el de 50 a 64 años con un porcentaje del 45,24% del total de la población en estudio y en menor porcentaje usuarios entre 20 a 34 años de edad con un 11,90%. Una investigación realizada en Colombia en el año 2012 titulada “Eventos adversos derivados de los cuidados de Enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas” reveló que hubo una incidencia de 16,16% del total de ingresos de los el 65,63% presentaron un evento adverso a causa de algún tipo de factor intrínsecos y un 25% presentaron más de eventos adversos (14) (21).

Tabla 11.- Población de tipo de evento adverso y tipo de servicio de salud

Evento Adverso				
Tipo de Servicio	Flebitis	Ulcera por Presión	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Cirugía	47.63%	7.14%	54.77%	55%
Medicina Interna	28.57%	16.66%	45.23%	100%
Total	76.20%	23.80%	100%	100%

Gráfico 11.- Población de tipo de evento adverso y tipo de servicio de salud



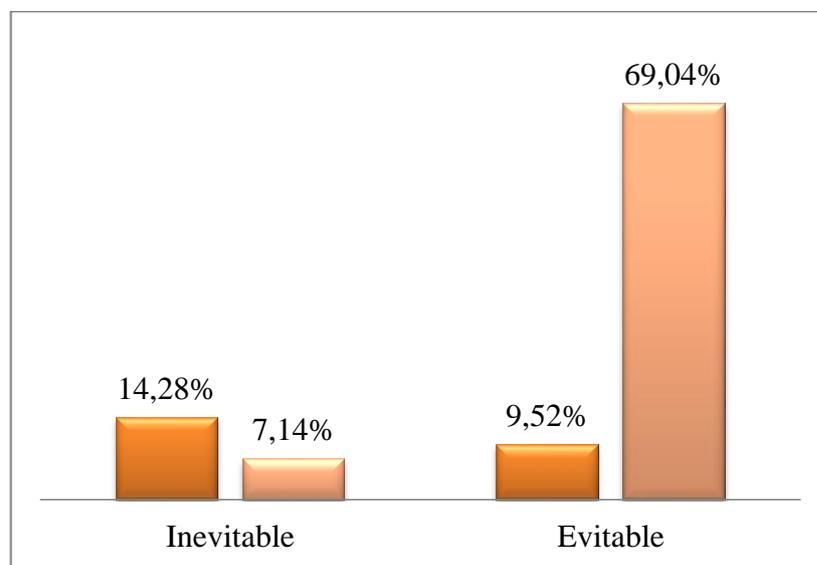
De los datos obtenidos durante la investigación se pudo evidenciar que el 47,63% de los casos de flebitis ocurrieron en el servicio de Cirugía, el 16,66% de los usuarios con eventos adversos que terminaron en úlceras por presión se dieron en el servicio de Medicina Interna, lo cual se asocia en gran porcentaje a la condición de los pacientes, tiempo de hospitalización y la contribución de factores de riesgo tanto

intrínsecos como extrínsecos que influyeron en los usuarios. Una investigación realizada en Colombia en el año 2012 titulada “Eventos adversos derivados de los cuidados de Enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas” reveló que del 100% de los casos hubo mayor frecuencia de úlceras por presión y en menor porcentaje casos de flebitis (21). En Ibarra estudiantes de la UTN realizaron una investigación titulada “Eventos Adversos asociados a cuidados de Enfermería en el Hospital San Vicente de Paúl – 2014”, mismo que identificó que del total de la población el 34,5% presentaron evento adverso relacionado con flebitis (51).

Tabla 12.- Población distribuida por tipo de evento adverso

Tipo de EA	Criterio Determinado		Total
	Inevitable	Evitable	
UPP	14,28%	9,52%	23,80%
Flebitis	7,14%	69,04%	76,18%
Total	21,42%	78,56%	100%

Gráfico 12.- Población distribuida por tipo de evento adverso



Se identificó que el 14,28% de las úlceras por presión ocurridas en los servicios de Medicina Interna y Cirugía fueron inevitables dado que los usuarios ingresaron con úlceras por presión en estadios I y II y durante su periodo de hospitalización empeoró el cuadro clínico, por otro lado el 69,04% de los casos de flebitis pudieron ser evitados. Es de rescatar que todas las actividades a las que está sometido el individuo, conllevan implícitamente un riesgo en la ocurrencia de un EA ya que es imposible evitar completamente el daño al paciente, toda acción humana sobrelleva un margen de error, es por esto que enfermería tiene como labor esencial hacer una

correcta evaluación de los posibles riesgos en la realización de todas y cada una de sus actividades ya sean estas independientes, dependientes, interdependientes o delegadas. Estudios revelan que el 95% de las úlceras por presión son evitables y se considera que son asociadas a descuidos por parte del personal de enfermería (35).

CAPITULO V

4. Conclusiones y Recomendaciones

4.1. Conclusiones

- Los eventos adversos sucedidos durante el proceso de la investigación son el resultado de la observación directa de los cuidados que brindaron el personal de Enfermería a los usuarios durante su estadía en el hospital, evidenciándose así que entre sus principales características socio-demográficas se destaca mayor porcentaje de mujeres ingresadas en los servicios de Medicina Interna y Cirugía del Hospital Delfina Torres de Concha que hombres, con edad media de 54 años, el 50% de la población en estudio se autoidentifican como afroecuatorianos, el 97,62% de los pacientes no han culminado los estudios secundarios.
- Se evidencia que existe mayor frecuencia de eventos adversos asociados a los cuidados de enfermería en el servicio de Cirugía en comparación con el de Medicina Interna, generándose así el 76,20% de eventos adversos relacionados con flebitis y un 23,80% de casos de usuarios con úlceras por presión.
- Los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos son elementos que tienen un gran impacto en el usuario contribuyendo de esta manera en la aparición de eventos adversos que interfieren en el proceso de recuperación del paciente hospitalizado incluyendo además la participación del personal de Enfermería que juega un papel importante en el cuidado directo.
- La elaboración de una guía para la prevención de eventos adversos asociados a los cuidados de enfermería (flebitis y úlceras por presión), en base a los

resultados de la investigación tiene como objetivo ser una fuente de apoyo para el personal de Enfermería con el fin de reconocer y disminuir la frecuencia de los mismos.

4.2. Recomendaciones

- A las autoridades del Hospital Delfina Torres de Concha para que se capacite de manera periódica al personal de salud en especial a los profesionales de Enfermería y se impulse a la prevención y notificación de eventos adversos por mínimo que sea, en todos los servicios hospitalarios con el fin de mejorar la calidad de la atención generando sobre toda la seguridad del paciente y disminuir considerablemente la aparición de eventos adversos.
- El reporte de eventos adversos permitirá a la Institución hospitalaria identificar oportunamente el suceso y evaluar las posibles causas que lo generan, para tomar medidas correctivas y estandarizar protocolos para su prevención.
- Hacer uso de la “Guía de prevención de eventos adversos asociados a los cuidados de Enfermería” con todo el equipo de salud como una herramienta de conocimiento, ya que todos formamos parte de la atención integral del usuario hospitalario y de esta manera prevenir la incidencia de eventos adversos dado que esto se mide por la calidad de la atención.

4.3.PROPUUESTA

4.3.1. Título de la Propuesta

“GUÍA DE PREVENCIÓN DE EVENTO ADVERSOS ASOCIADOS A CUIDADOS DE ENFERMERÍA: FLEBITIS Y ULCERAS POR PRESIÓN”.

4.3.2. Justificación e Importancia

Las intervenciones sanitarias conllevan un riesgo de que ocurran eventos adversos que pueden ocasionar en los usuarios lesiones, discapacidades e incluso la muerte. El informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en relación a la calidad de la atención y seguridad del paciente, establece que: “Las intervenciones de atención de salud se realizan con el propósito de beneficiar al paciente, pero también pueden causarles daño. La combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituyen el sistema moderno de prestación de atención de salud puede aportar beneficios importantes, sin embargo, también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran eventos adversos y, efectivamente ocurren con demasiada frecuencia”.

El propósito de este trabajo de investigación es identificar y prevenir eventos adversos asociados a cuidados de enfermería y poder asegurar la seguridad del paciente en todos sus aspectos.

4.4.Desarrollo de la propuesta



GUÍA DE PREVENCIÓN DE EVENTO ADVERSOS: FLEBITIS Y ULCERAS POR PRESIÓN



BIBLIOGRAFÍA

1. Cardier C. Programa para la capacitación en Eventos adversos, dirigido a los profesionales de Enfermería. [Online].; 2011 [cited 2015 Agosto 27. Available from: www.monografias.com/trabajos82/capacitacion-eventos-adversos-enfermeria/capacitacion-eventos-adversos-enfermeria.shtml.
2. A. G. World Alliance for Patient Safety. World Health Organization. 2008 Juny.
3. Salud OPdl. Calidad de la Atención: Seguridad del Paciente. Organización Panamericana de la Salud. 2009 Febrero; 55° Asamblea Mundial de la Salud(Punto 13.9).
4. SN. Revista Scielo. [Online].; 2009 [cited 2016 Enero 04. Available from: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/EnfermeriaVol1042007/Editorial.htm>.
5. OMS. Carga Mundial de discapacidad y daño producido por la atención insegura. Organización Mundial de la Salud. 2008 Junio ;(4).
6. Salud OMdl. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Organización Mundial de la Salud. 2004 Febrero .
7. Salud OMdl. OMS. [Online].; 2004 [cited 2016 01 15. Available from: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.
8. Dinger S. GD,GJ,HS,PK. The culture of safety: results of an organization. Scielo. 2009 Diciembre;(112-118).
9. Helling J. SWKN,VA. Challenging Patient safety culture: survey results. Scielo. 2007 July;(620 - 632).
10. D. M. La Gestión de Enfermería y los Servicios Generales en las Organizaciones. Scielo. 2006; Cap. 5.
11. Nieva V. SJ. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. Scielo. 2008 December; II(17-23).
12. Bañarez J. Sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Scielo. 2008;(1).

13. Gómez I/. Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. Scielo. 2006 Junio.
14. Briseno P. Calidad de la atención segura del paciente. Organización Mundial de la Salud. 2012;(20).
15. OMS. Carga mundial de discapacidad y daño producida por la atención insegura. OMS. 2008 JUNIO ;(4).
16. Bates D. Hacia una atención hospitalaria más segura. OMS - IBEAS. 2010.
17. OMS. La investigación en seguridad del paciente. OMS. 2008.
18. Kohn L. Seguridad clínica. Scielo. 2000 Junio .
19. Aranaz Jea. Estudio Nacional sobre los eventos adversos ligados a la hospitalización. Proyecto. España: Ministerio de Sanidad y Consumo, ENEAS; 2005.
20. Aranaz JMea. Estudio APEAS. Investigación. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
21. Parra Dea. Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas. Scielo. 2012 Octubre;(159).
22. Achury S. Revistas Um. [Online].; 2016 [cited 2016 Septiembre 25. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/215791/192481>.
23. J. RO. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. In J. RO. Avances de Enfermería.: II; 2011. p. 29.
24. Ing. Montenegro C. Dirección Nacional de Gestión de Riesgo. Quito: MSP, Ministerio de Salud Pública; 2014.
25. SN. Hospital Delfina Torres de Concha. [Online].; 2014 [cited 2015 10 20. Available from: <http://www.htdc.gob.ec/htdc1/index.php/el-hospital/historia>.
26. SN. Hospital Delfina Torres de Concha. [Online].; 2014 [cited 2015 11 14. Available from: <http://www.htdc.gob.ec/htdc1/index.php/el-hospital/quienes-somos>.
27. Salud AMdl. Calidad de la Atención - Seguridad del Paciente. 55° Asamblea Mundial de la Salud. 2002; WHA55.18.(1-2).
28. Salud OMdl. Alianza Mundial par la Seguridad del paciente. OMS. 2008;(1).

29. Gervas J. Seguridad. Acta Sanitaria. 2011 Marzo.
30. Colombia MdPS. Eventos Adversos. 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.. 2007.
31. Yubeli M/e. CONOCIMIENTO DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD SOBRE EVENTOS ADVERSOS. [Online].; 2011 [cited 2015 Noviembre 27. Available from: <http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/535/anaconamaria2011.pdf?sequence=1>.
32. Garzón M. Indicios de Atención Insegura, errores y eventos adversos. Scielo. 2011;(15).
33. Torres TL. Gestión de la seguridad del paciente. Scielo. 2011 Julio.
34. Flebitis. flebitis.net. [Online].; 2013 [cited 2015 11 07. Available from: <http://flebitis.net/sintomas/>.
35. Gómez E,ea. Scielo. [Online].; 2015 [cited 2015 11 07. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v19n2/v19n2a08.pdf>.
36. social IMds. [Online].; 2009 [cited 2015 11 11. Available from: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/105_GPC_UIcpresion1NA/ULCERA_DECUBITO_1ER_NIVEL_EVR_CENETEC.pdf.
37. Bernal DG. Eventos Adversos durante la Atención de Enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos. [Online].; 2008 [cited 2015 Noviembre 03. Available from: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis44.pdf>.
38. Torres T. Gestión de Seguridad del Paciente: Participación de Enfermería. La Plata. 2011 Junio.
39. Ecuador Cd. Buen Vicir. [Online].; 2013 [cited 2015 10 12.
40. Ecuador CdIRd. Título VI Régimen De Desarrollo, Capítulo Primero Principios Generales. Quito.; 2008.
41. Ecuador CdIRd. Constitución De La República Del Ecuador, Título II Derechos,

- Capítulo Segundo Derechos Del Buen Vivir Quito: Sección Séptima Salud. Art.32; 2008.
42. Ecuador CDLRD. Título VII Régimen Del Buen Vivir Quito: Capítulo Primero Inclusión Y Equidad, Art.340; 2008.
 43. Ecuador CDLRD. Título VII Régimen Del Buen Vivir, Capítulo Primero Inclusión Y Equidad Quito: Sección Segunda Salud, Art.362; 2008.
 44. Salud LOD. Ley Orgánica De Salud Quito: Art. 7; 2010.
 45. Cantos M. Seguridad Ecuatoriana de Bioética. [Online].; 2011 [cited 2016 08 04. Available from: http://www.bioetica.org.ec/articulos/articulo_enferm_bioetica.htm.
 46. Nightingale F. Enfermería: Ciencia y Arte del Cuidado. [Online].; 2014 [cited 2015 09 25. Available from: <http://annabelys09.blogspot.com/>.
 47. Emanuel K. Crítica De La Razón Práctica Madrid : Mestas Ediciones; 2001.
 48. Declaración de Helsinkin de la Asociación Médica Mundial. Normativa. Escocia: Asociación Medica Mundial, Políticas del AMM; 2000.
 49. AMM. World Medical Association Strengthens Declaration Of Helsinki Ginebra; 2000.
 50. SN. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Esmeraldas : Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, INEC; 2010.
 51. Muñoz Pea. Eventos adversos asociados a cuidados de Enfermería Hospital San Vicente de Paúl. Investigación. Ibarra: Universidad Técnica del Norte, Invetigación ; 2014.
 52. Ecuador ANd. Constitución del Ecuador. [Online].; 2008 [cited 2016 Julio 28. Available from: http://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf.
 53. Desarrollo, Plan Nacional del Buen Vivir, 2013. [Online].; 2013 [cited 2016 Agosto 09. Available from: <http://www.buenvivir.gob.ec/>.
 54. Cañarejo. “CALIDAD DE ATENCIÓN QUE PRESTA EL PERSONAL DE

- EMFERMERIA". Calidad de eficiencia y atención. 2013 Enero; 8(10).
55. Ecuador CdlRd. Título VI Régimen De Desarrollo, Capítulo Primero Principios Generales. Quito: Asamblea Nacional del Ecuador ; 2008.
 56. Román MC. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Scielo. 2006 Julio ; v. 22(n. 3).
 57. Muiño Aea. Seguridad del paciente. Scielo. 2007 Febrero.
 58. Martínez A,ea. Eventos adversos en salud. Scielo. 2013 Octubre.
 59. Salud OMdl. IBEAS: Red pionera en la seguridad del Paciente en Latinoamérica. OMS. 2010.
 60. Plan Nacional De Desarrollo M. Plan Nacional De Desarrollo Quito; 2006.
 61. Ottolenghi RH. La Ley de Mala Práctica Médica. Revista Vistazo. 2010 Febrero 05.
 62. Ecuador CDÉMD. Código De Ética Médica Del Ecuador Quito : Art. 15; 1992.
 63. Practice GC. Good Clinical Practice; 1996.
 64. CIOMS.. Pautas Éticas Internacionales. Ginebra; 2002.
 65. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Censo de Población y Vivienda 2010. [Online].; 2010 [cited 2015 Noviembre 13. Available from: http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/Portal%20SNI%202014/FICHAS%20F/1702_CAYAMBE_PICHINCHA.pdf.
 66. Ávila C. Los Derechos Como Pilares Del Buen Vivir. Quito; 2008.
 67. ENEAS E. Plan de calidad del Sistema Nacional de Salud. Proyecto de Investigación. México: ENEAS, Fondo de Investigación Sanitaria; 2009.
 68. Aranaz Jea. Estudio Nacional sobre eventos adversos ligados a la hospitalización. Scielo. 2009 Diciembre.
 69. Bernal Mea. Plan estratégico de seguridad de pacientes. Scielo. 2011;(25 - 26).
 70. Asamblea Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Online].; 2015 [cited 2016 08 04. Available from:

<http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>.

71. Rodríguez E, Ferrer M, Bota A. PAUTAS ÉTICAS INTERNACIONALES PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA. [Online].; 2008 [cited 2016 08 04. Available from: http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm.

LINKOGRAFÍA

- <http://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/prevencion-diagnostico-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion.pdf>
- <http://flebitis.net/>
- <http://www.serviucis.com/Extranet/media/pdfs/boletines/Boletin-Farmacia-02-13%20FLEBITIS.pdf>
- <http://flebitiszero.com/site/wp-content/uploads/2014/09/1.Definici%C3%B3n-Flebitis.pdf>
- <http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v19n2/v19n2a08.pdf>
- http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Treatment_in_Spanish.pdf
- http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/105_GPC_Ulcpresion1NA/ULCERA_DECUBITO_1ER_NIVEL_EVR_CENETEC.pdf
- http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/viii_conferencia/Sistema_registro_automatisado_accidentes_salud.pdf
- <http://www.who.int/patientsafety/research/Sesion1.pdf>
- <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis44.pdf>
- http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/es_0104-0707-tce-24-02-00310.pdf
- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>
- <http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/trauma/v24n4/docs/Articulo7.pdf>
- <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v102n5/v102n5a14.pdf>
- http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles-6921_recurso_1.pdf
- http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/sistema_notificacion_registro.pdf
- http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/informe2_NotificacionyRegistroEfectosAdversos.pdf
- <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2013/INSTRUMENTOS-INCIDENTES-EVENTOS%20ADVERSOS.pdf>

- <http://tangara.uis.edu.co/biblioweb/tesis/2008/125485.pdf>
- <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/295/Diana%20Faisury%20Arce%20C..pdf?sequence=1>
- <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Lineamientos%20politica%20seguridad%20paciente.pdf>
- <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/433/1/SeguridadPacientePrestacionServicios.pdf>
- http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf

ANEXOS

Anexo 1: Guía de Observación



GUÍA DE OBSERVACIÓN APLICADA A USUARIOS DEL HDTC UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE ENFERMERÍA

“EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL
DELFINA TORRES DE CONCHA, 2016”.

GUÍA DE OBSERVACIÓN IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y ANTECEDENTES DE EA

A1 INFORMACIÓN DEL REVISOR: Fecha de revisión

--	--	--

ID del revisor:

--	--	--

Caso número:

--	--	--

Sexo:

Hombre

Mujer

Edad: _____

Servicio: _____

F. Ingreso: _____

F. Revisión: _____

F. Alta: _____

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: _____

Etnia	
Mestiza	
Blanca	
Afro descendiente	
Mulata	
Indígena	
Otros	

Nivel de escolaridad	
Ninguno	
Primaria incompleta	
Primaria completa	
Secundaria incompleta	
Secundaria completa	
Superior	
Otros	

Úlcera por presión

Flebitis

Criterio determinante

Evitable

Inevitable

Eventos adversos relacionados con factores Intrínsecos

	Día 1		Día 2		Día 3		Día 4		Observación
	A	P	A	P	A	P	A	P	
Escala de Maddox (flebitis)									
Escala de Norton (UPP)									
Estado de conciencia									
Actividad motora									
Patología actual									
Estado nutricional del usuario									
Patología (s) previa (s)									
Medicamentos utilizados									
Inmunodeficiencia									
Condición de la piel									
Antecedentes previos de Flebitis									
Antecedentes previos de UPP									
Pérdida de la función sensitiva									
Fiebre									
Alteraciones de la eliminación									
Estado de conciencia del usuario									

Elaborado por: Andrea Estupiñán Castillo – IRE

Eventos adversos relacionados con factores Extrínsecos

	Día 1		Día 2		Día 3		Día 4		Observación
	A	I	A	I	A	I	A	I	
Higiene de la piel									
Humedad de la piel									
Tiempo del paciente encamado									
Cambios posturales									
Hidratación de la piel									
Cuidados de Enfermería									
Tiempo de uso del catéter									
Medicamentos utilizados									
Localización									
Grado de conocimiento del usuario									
Grado de conocimiento del cuidador									
Educación al usuario									
Catéter arterial									
Catéter periférico									
Inmovilización									
Ambiente físico									
Insumos y equipos									
Higiene del paciente									

Elaborado por: Andrea Estupiñán Castillo – IRE

A: AUSENTE
P: PRESENTE

Observaciones:

DÍA 1:

.....
.....

DÍA 2:

.....
.....

Anexo 2. Fotografías



Valoración del paciente con criterio de evento adverso



Andrea Estupiñán analizando las historias clínicas de pacientes con eventos adversos



Andrea Estupiñán socializando tema de proyecto de tesis a Líderes de Enfermería y enfermeras del Hospital Delfina Torres de Concha



Andrea Estupiñán y líderes de Medicina y Cirugía del Hospital Delfina Torres de Concha



Andrea Estupiñán socializando tema de tesis y guía de prevención de eventos adversos asociados a los cuidados de enfermería al personal de Enfermería de Cirugía y Medicina Interna del Hospital Delfina Torres de Concha (Grupo 1)



Andrea Estupiñán socializando tema de tesis y guía de prevención de eventos adversos asociados a los cuidados de enfermería al personal de Enfermería de Cirugía y Medicina Interna del Hospital Delfina Torres de Concha (Grupo 2).



Andrea Estupiñán y autoridades del Hospital Delfina Torres de Concha socializando y entregando “Guía de prevención de Eventos adversos asociados a los cuidados de Enfermería: flebitis y úlceras por presión”.