



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

TESIS, PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA

TEMA: Eventos adversos de enfermería en el cuidado directo al paciente del área de
medicina interna del Hospital Delfina Torres de Concha- Esmeraldas, 2016

AUTOR: Daisy Fernanda Acosta Noguera

DIRECTOR: Mph. Sonia Dayanara Revelo Villarreal

Ibarra-Ecuador

2017

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Yo, Sonia Dayanara Revelo Villarreal , en calidad de director de la Tesis Titulada: **EVENTOS ADVERSOS DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DIRECTO AL PACIENTE DEL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA-ESMERALDAS 2016**, de autoría de Acosta Noguera Daisy Fernanda. Una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que esta apta para su defensa y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

Ibarra, Octubre del 2017

Atentamente



Mph. Sonia Dayanara Revelo Villarreal
Director de Tesis
C.I 0401026984



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

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

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

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

Por medio del presente documento dejamos sentada nuestra voluntad de participar en este proyecto, para lo cual ponemos a disposición la siguiente información.

DATOS DE LA OBRA	
Título:	Eventos Adversos de Enfermería en el Cuidado Directo al Paciente del Area de Medicina Interna del Hospital Delfina Torres de Concha-Esmeraldas, 2016.
Autora:	Acosta Noguera Daisy Fernanda
Fecha:	
Solo para trabajos de grado	
Programa:	Pregrado
Título por el que opta:	Licenciada en Enfermería
Director:	Mph. Sonia Dayanara Revelo Villarreal

DATOS DE CONTACTO	
Cédula de identidad:	0401891304
Apellidos y nombres:	Acosta Noguera Daisy Fernanda
Dirección:	Ibarra
Email:	Deisyfer1991@hotmail.com
Teléfono fijo:	2200071
Teléfono móvil:	0981033534

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

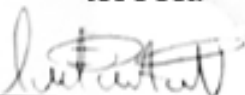
Yo, **Acosta Noguera Daisy Fernanda**, con cédula de ciudadanía Nro. **040189130-4** en calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el repositorio digital institucional y uso del archivo digital en la biblioteca de la universidad con fines académicos para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la ley de educación superior artículo 144.

3. Constancias

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente es original y se la desarrollo sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es titular de los derechos patrimoniales por lo que asume la responsabilidad del contenido de la misma y saldrá en defensa de la universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, Octubre del 2017

AUTOR:




Acosta Noguera Daisy Fernanda

Autor

C.I: 040189130-4

ACEPTACIÓN:

ACEPTACIÓN:



Ing. Betty Chávez
JEFE DE BIBLIOTECA




**Facultad por resolución de Consejo Universitario
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

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

Yo, **Daisy Fernanda Acosta Noguera**, con cédula de ciudadanía Nro. 040189130-4; manifiesta la 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 de la obra o trabajo de grado denominada **EVENTOS ADVERSOS DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DIRECTO AL PACIENTE DEL AREA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA-ESMERALDAS 2016**, que ha sido desarrollado para optar por el título de Licenciatura en Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la universidad facultada para ejercer plenamente los derechos transferidos anteriormente. En condición de autora me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, Octubre del 2017

EL AUTOR:



Acosta Noguera Daisy Fernanda
Autor

C.I: 040189130-4

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCS-UTN

Fecha: Ibarra, 2017

ACOSTA NOGUERA Eventos Adversos de Enfermería en el Cuidado Directo al Paciente del Área de Medicina Interna del Hospital Delfina Torres de Concha-Esmeraldas, 2016. TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, 19 de octubre del 2017. 75pp. 4 anexos.

DIRECTOR: Mph. Sonia Dayanara Revelo Villareal

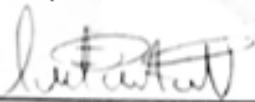
El principal objetivo de la presente investigación fue, Determinar los eventos adversos de enfermería en el cuidado directo al paciente que asiste al área de medicina interna del Hospital Delfina Torres de Concha- Esmeraldas. Entre los objetivos específicos se encuentran: Identificar el nivel de conocimientos que poseen el personal de enfermería sobre el manual de Seguridad del Paciente del MSP, Describir el nivel de cumplimiento de notificación y registro de eventos adversos en los profesionales de enfermería del servicio en estudio, identificar los principales eventos adversos notificados en el servicio, elaborar una guía educativa para mejorar en el profesional de enfermería la cultura de notificación y registro de eventos adversos.

Fecha: Ibarra 19 de octubre del 2017



Mph. Sonia Dayanara Revelo Villarreal
Director de Tesis

|



Acosta Noguera Daisy Fernanda
Autor

DEDICATORIA

Llego el tiempo un momento de dicha, dedico esta obra de investigación a Dios, por brindarme la vida y salud con sus bendiciones día a día; a mis padres Silvio y Geomar, los que con su amor, sacrificio y paciencia me ayudaron a emprender este viaje, el cual el día de hoy llego a culminar.

A mis hermanos quienes me apoyaron siempre para lograr mi objetivo con sacrificio y voluntad, ellos han estado de una u otra forma dándome ánimos para seguir adelante, gracias por todo el apoyo brindado.

A Stalin, compañero irrenunciable, sin tu cuidado, apoyo, amor y compañía no lo hubiera conseguido, gracias por ayudarme y animarme siempre.

DAISY FERNANDA ACOSTA NOGUERA

AGRADECIMIENTO

Quiero dejar mis más sinceros agradecimientos al personal docente y administrativo de la prestigiosa Universidad Técnica del Norte, a doctores y licenciadas de la Facultad de Ciencias Médicas - Escuela de Enfermería, por darnos una formación humanizada, moral y ética profesional.

A la Mph. Sonia Dayanara Revelo Villarreal, mi Tutora de Tesis; por su abnegado y desinteresado apoyo en la realización de esta investigación.

Al Hospital “Delfina Torres de Concha” por abrirnos sus puertas en las cuales realicé mi Internado rotativo de enfermería, nos enseñaron diferentes procedimientos que se realiza en cada uno de los servicios, agradecer a cada una de las licenciadas, licenciados los cuales me dieron consejos de superación, por darnos apoyo, paciencia y amistad sincera con las cuales compartí hermosos momentos.

Al personal que laboran en el mismo, quienes me facilitaron ayuda para la recolección de datos necesarios para el estudio.

DAISY FERNANDA ACOSTA NOGUERA

ÍNDICE

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA	iii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	viii
ÍNDICE	ix
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE FIGURAS	xii
SUMARY	xiv
TEMA	xv
CAPÍTULO I.....	17
1. El problema de Investigación.....	17
1.1. Planteamiento del problema.....	17
1.2. Formulación del problema	19
1.3. Justificación.....	20
1.4. Objetivos	22
1.4.1. Objetivo General.....	22
1.4.2. Objetivos Específicos.....	22
1.5. Preguntas de investigación.....	23
CAPÍTULO II	24
2. Marco Teórico.....	24
2.1. Marco Referencia.....	24
2.2. Marco Contextual	27
2.2.1. Misión	27
2.2.2. Visión.....	27
2.2.3. Servicio de Medicina Interna	28
2.3.1. Calidad y seguridad del paciente.	29
2.3.6. Clasificación de los eventos adversos.....	34

2.3.7. Causas de la aparición de eventos adversos.....	35
2.3.8. Notificación de eventos adversos.....	36
2.3.9. Protocolo de Londres	37
2.3.10. Modelo del queso suizo	40
2.3.11. Seguridad del Paciente	41
2.4.1. Constitución de la República del Ecuador	43
2.4.2. Ley Orgánica de Salud.....	44
2.4.3. Mala Praxis	44
2.5. Marco Ético	44
2.5.1. Principios éticos básicos	44
2.5.2. El Código Deontológico de Enfermería.....	45
CAPÍTULO III.....	47
3. Metodología de la Investigación	47
3.4. Tipo de estudio.....	47
3.4.1. Observacional	47
3.4.2.Descriptivo	47
3.4.3. Transversal.....	47
3.5. Diseño de la investigación.....	48
3.6. Localización y ubicación del estudio.....	48
3.7. Población	48
3.8. Métodos de recolección de la información	49
3.9. Instrumentos y técnicas	49
3.10. Análisis de datos	50
3.11. Operacionalización de las variables.....	51
CAPÍTULO IV.....	54
4.3. Análisis e interpretación de resultados.....	54
CAPÍTULO V	65
5. Conclusiones y Recomendaciones.....	65
5.1. Conclusiones.....	65

5.2. Recomendaciones	67
Bibliografía	68
Anexos	71

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Método, Técnicas e Instrumentos.	50
---	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Gráfico 1. Hospital Delfina Torres de Concha.....	28
Gráfico 2. Modelo organizacional de causalidad de incidentes clínicos.	38
Gráfico 3 Programa de seguridad del paciente.	54
Gráfico 4: Manual de Norma Técnica de Seguridad del Paciente.	55
Gráfico 5: Capacitaciones.	56
Gráfico 6 Conocimiento sobre evento adverso.	57
Gráfico 7: Prevenir Evento Adverso.	58
Gráfico 8: Documentación para el Reporte de Eventos Adversos.	59
Gráfico 9: Notificación y Registro de Evento Adverso.	60
Gráfico 10: Cultura institucional	61
Gráfico 11: Problemas en el Servicio sin Notificar y Registrar.	62
Gráfico 12 Eventos adversos.	63

RESUMEN

Eventos Adversos de Enfermería en el Cuidado Directo al Paciente del Area de Medicina Interna del Hospital Delfina Torres de Concha-Esmeraldas, 2016.

Autor: Daisy Fernanda Acosta Noguera.

deisyfer1991@hotmail.com

Cada día suceden eventos adversos en distintos lugares del mundo, tanto en países desarrollados como en países subdesarrollados afectando el mejoramiento de la calidad de atención en salud. La presente investigación tiene como objetivo determinar los eventos adversos de enfermería en el cuidado directo, nivel de cumplimiento de notificación y registro de evento adverso y el conocimiento de enfermería sobre seguridad. Siendo un estudio observacional, descriptivo con un enfoque cuantitativo, se aplica un check list y una encuesta a 20 profesionales de enfermería del servicio de medicina interna. Se pudo apreciar que el mayor porcentaje del personal de enfermería conoce sobre el manual de Seguridad del Paciente del MSP; más de la mitad del profesional de enfermería considera que es importante implementar una cultura institucional para el reporte de evento adverso; en un nivel medio el profesional de enfermería notifica y registra los eventos adversos, hecho comprobado mediante el check list, el cual permitió también definir que la flebitis, caídas, úlceras por presión son los eventos más frecuentes. La cultura de notificación y registro de evento adverso de los profesionales de enfermería en este servicio no es adecuada es necesario que se cumpla con la normativa, es aún un problema que la cultura institucional sobre seguridad del paciente este en un nivel medio ya que la estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia es evidenciarlos.

Palabras clave: Seguridad del paciente, Evento adverso, Calidad, Notificación y registro de evento adverso.

SUMMARY

Adverse Events of Nursing in the Direct Care to the Patient of the Internal Medicine Area of the Hospital Delfina Torres de Concha-Esmeraldas, 2016.

Author: Daisy Fernanda Acosta Noguera.

deisyfer1991@hotmail.com

Adverse events occur every day in different parts of the world, both in developed countries and in underdeveloped countries, affecting the improvement of the quality of health care. The present investigation aims to determine the adverse events of nursing in direct care, level of compliance with notification and registration of adverse event and nursing knowledge about safety. Being an observational, descriptive study with a quantitative approach, a check list and a survey of 20 professionals of the internal medicine service are applied. It was observed that the highest percentage of nurses know about the MSP Patient Safety manual; more than half of the nursing professional believes that it is important to implement an institutional culture for reporting adverse events; at an average level, the nurse reports and records the adverse events, as evidenced by the check list, which also allowed us to define that phlebitis, falls, pressure ulcers are the most frequent events. The culture of notification and registration of adverse events of nursing professionals in this service is not adequate, it is necessary to comply with the regulations, it is still a problem that the institutional culture about patient safety is at a medium level since the strategy key to learning from mistakes and avoiding recurrence is to highlight them.

Keywords: Patient Safety, Adverse Event, Quality, Notification and Adverse Event Recording.

TEMA

Eventos adversos de enfermería en el cuidado directo al paciente del área de medicina interna del Hospital Delfina Torres de Concha- Esmeraldas, 2016.

CAPÍTULO I

1. El problema de Investigación

1.1. Planteamiento del problema

La seguridad del paciente es una prioridad en la atención de salud; sin embargo es una preocupación a nivel mundial, ya que cada día ocurren eventos adversos que son el resultado inesperado e involuntario en la atención de salud que produce, lesiones, la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado y la incapacidad en el deterioro del estado de salud del paciente, que pueden conducir a la muerte llegando a ser de grandes magnitudes, tanto en países desarrollados como en países en desarrollo.

El profesional de enfermería dentro de la atención en salud tiene el rol más importante como es el cuidado directo e inmediato al paciente de manera técnica y humanística, logrando promoción de salud, prevención de enfermedades, restaurar enfermedades y aliviar el sufrimiento, sin embargo, se pueden presentar situaciones en las que la calidad de seguridad del paciente se impacta de manera negativa e involuntaria debido a eventos adversos que pueden ocurrir.

En la Asamblea Mundial de la Salud del 2002, los estados miembros de la OMS adoptaron una resolución sobre la seguridad del paciente. Desde la puesta en marcha en el 2004 del programa de seguridad del paciente de la OMS, más de 140 países han tratado de solucionar los problemas que plantea una atención sin garantía de seguridad. Actualmente se reconoce cada vez más que la seguridad del paciente y la calidad de la atención que se le presta son dimensiones fundamentales de la cobertura sanitaria universal (1).

Se calcula que en los países desarrollados hasta uno de cada 10 pacientes sufren algún tipo de daño durante su estancia en el hospital, el daño puede ser consecuencia de distintos eventos adversos. Entre el 20% y el 40% de todo el gasto en salud se despilfarra a causa de una atención de calidad deficiente, que muestran que en algunos países se pierden hasta 19000 millones de dólares por año, así pues, las razones económicas para mejorar la seguridad del paciente son poderosas (1).

Según un estudio de SEMES realizado en España sobre evento adversos en el servicio de urgencia de 21 hospitales, revela que en el 54.8% de los casos en que se produce un evento adverso, éste ocasiona daño al paciente, al menos el 12% de los pacientes que acuden e urgencias sufren algún tipo de evento adverso; el 70% de estos percances podrían evitarse con una buena práctica clínica por lo tanto es recomendable establecer medidas de seguimiento para prevenir la aparición (2).

La identificación de eventos adversos es un componente de alta relevancia en salud. En América Latina y el Caribe se estima que 10 de cada 100 pacientes hospitalizados han presentado efectos adversos alguna vez durante la hospitalización y se espera que la tasa aumente a 20 si se duplica el número de días hospitalizados. En el Estudio Iberoamericano de Efectos Adversos (IBEAS), el primer trabajo a gran escala en la región sobre incidentes que causan daño en la asistencia sanitaria, realizado en 58 hospitales de cinco países, la prevalencia estimada de efectos adversos fue de 10%, hallándose además que más de 28% de los efectos adversos desencadenaron discapacidad y 6%, muerte (3).

En el Ecuador, se realizó un estudio en el hospital de Ibarra, tomando en cuenta diez servicios cirugía, ginecología, obstetricia, emergencia, medicina interna, neumología, nefrología, pediatría, traumatología y cuidados intensivos; en los cuales los eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería, ocurren con más frecuencia en medicina interna con un 27%, cirugía 15%, emergencia 12%, y

pediatría 12%, pues la incidencia de los mismos tiende a aumentar en servicios de larga estancia, cuidado inmediato y atención infantil (4).

El Hospital Delfina Torres de Concha presenta debilidades en relación a la atención de calidad y calidez, brindada a la satisfacción del usuario en cuanto a salud se refiere, donde se toma como referencia el servicio de medicina interna porque existe alta demanda de usuario, larga estadía y por las diferentes patologías complejas que requieren cuidado inmediato.

Este estudio tiene como parte esencial identificar y determinar los eventos adversos que más inciden en el cuidado de enfermería teniendo en cuenta el nivel de conocimiento que tienen los profesionales sobre el manual de seguridad del paciente del MSP, y el nivel de notificación y registro de los eventos adversos que son circunstancias 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 tanto para el usuario, profesional e institución.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los eventos adversos de enfermería en el cuidado directo al paciente del área de medicina interna del Hospital Delfina Torres de Concha- ¿Esmeraldas, 2016?

1.3. Justificación

El presente estudio nos permitirá conocer los eventos adversos que más inciden en el cuidado directo por el personal de enfermería, basado en la notificación y registro del mismo, resaltando la importancia que tiene una atención segura con calidad y calidez, el profesional de enfermería está encargado de cubrir gran parte de las demandas sanitarias de la población, por este motivo nuestro interés es ser partícipes activos de este proceso investigativo el cual nos ayudara a reforzar nuestros conocimientos.

Teniendo en cuenta que la cultura de seguridad del paciente mejora mediante la cultura de registro y notificación de eventos adversos, se asume como responsabilidad implementar mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud, en base a una de las políticas de seguridad del paciente. La vigilancia de eventos adversos mejora la calidad de la atención en salud, por lo tanto, la ocurrencia de los mismos contribuye con información a la institución para efectuar procesos prioritarios hacia los cuales debe enfocar su programa para que se ejecuten procesos de atención seguros y así evitar incidentes y eventos adversos.

Como futura profesional en el campo de la salud es responsabilidad propia brindar una atención con calidad logrando la seguridad del paciente, adquiriendo conocimientos científicos claros actualizados adaptándose a los cambios de manera continua para aplicarlos en la práctica diaria, esto influyen de manera notable en el cuidado directo al paciente, que durante la investigación se evidencia en el servicio de medicina interna del Hospital Delfina Torres de Concha, como consecuencia de un error.

Hoy en día, el hospital Delfina Torres de Concha se encuentra con una tasa alta de morbimortalidad, siendo su incidencia en muertes maternas y en patologías complejas del adulto, por esta razón los resultados esperados de este estudio son para mejorar la seguridad del paciente, quienes tienen derecho a una atención eficaz y segura en todo momento, donde se brinde un enfoque más interactivo, logrando el éxito determinado por lo bien que los profesionales de salud trabajan en equipo, siendo este estudio un beneficio para el hospital, los profesionales de enfermería y los usuarios que acuden a esta casa de salud.

Es muy importante la elaboración de la guía educativa que será entregada al servicio de medicina interna del Hospital Delfina Torres de Concha para influir en la cultura de notificación y registro de eventos adversos que ayuda a la modificación de prácticas en la seguridad del paciente de manera que se mejore y se brinde una atención de excelencia con calidad y calidez evitando el evento adverso. La factibilidad de esta investigación es alcanzable ya que existe la apertura y la buena disponibilidad del personal dedicado al cuidado directo del paciente.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar los eventos adversos de enfermería en el cuidado directo al paciente que asiste al área de medicina interna del Hospital Delfina Torres de Concha- Esmeraldas, 2016.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de conocimientos que poseen el personal de enfermería sobre el manual de Seguridad del Paciente del MSP.
- Describir el nivel de cumplimiento de notificación y registro de eventos adversos de los profesionales de enfermería del servicio en estudio.
- Identificar los eventos adversos notificados y registrados en el servicio.
- Elaborar una guía educativa para mejorar en el profesional de enfermería la cultura de notificación y registro de eventos adversos.

1.5. Preguntas de investigación

- 1.5.1.** ¿Cuál es el conocimiento que posee el personal de enfermería sobre el manual de seguridad del paciente del MSP?

- 1.5.2.** ¿Cuál es el nivel de cumplimiento de notificación y registro de eventos adversos de los profesionales de enfermería del servicio en estudio?

- 1.5.3.** ¿Cuáles son los eventos adversos que más inciden notificados y registrados en el servicio?

- 1.5.4.** ¿Cómo elaborar una guía educativa para mejorar en el profesional de enfermería la cultura de notificación y registro de eventos adversos?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1. Marco Referencia.

En España se realizó una investigación basada en eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencia de hospitales españoles; de los que 462 (12%) presentaron al menos 1 incidente o EA, 184 (4,8%) llegaron sin daño y 277 (7,2%) incidentes con daño. Un total de 217 (43%) incidentes y/o EA se detectaron en el seguimiento. En un 54,8% la atención sanitaria no se vio afectada. Se consideró evitable un 70% de los EA y evidencia de fallo de actuación en el 54,6% de EA. La mortalidad relacionada con el EA fue del 0,05%. Sólo constaban en el informe asistencial el 17% de todos los incidentes y EA. Los efectos derivados del proceso, medicación y procedimientos fueron los más frecuentes, mientras que las causas más involucradas fueron las relacionadas con cuidados, medicación, diagnóstico y comunicación, que fueron factores de riesgo independientes (5).

En América Latina y el Caribe se estima que 10 de cada 100 pacientes hospitalizados han presentado efectos adversos alguna vez durante la hospitalización y se espera que la tasa aumente a 20 si se duplica el número de días hospitalizados. En el Estudio Iberoamericano de Efectos Adversos (IBEAS), el primer trabajo a gran escala en la región sobre incidentes que causan daño en la asistencia sanitaria, realizado en 58 hospitales de cinco países, la prevalencia estimada de efectos adversos fue de 10%, hallándose además que más de 28% de los efectos adversos desencadenaron discapacidad y 6%, muerte (3).

En México se realizó una investigación sobre eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería, con el objetivo de analizar factores relacionados con la calidad y la seguridad del paciente a través de los reportes de EA; se observaron los aspectos éticos vigentes. Se analizaron un total de 540 EA,

ocurrieron 55.5% en hombres, 58.7% estaban en estado de alerta, el 92.6% de los EA ocurrió en el servicio asignado, el 55.9% no se reportó a la familia, se consideró sin duda como evitable en el 70.5%, los factores del sistema estuvieron presentes en 80.6%, hubo asociación significativa entre estos y la evitabilidad del suceso (6).

Los principales resultados encontrados son coincidentes con otras investigaciones internacionales tales como: *To err is human* 1999, el estudio ENEAS de España 2006 y con el de prevalencia IBEAS 2010; en todos ellos se hizo evidente la necesidad de reforzar la cultura de la notificación de los EA y el clima para la seguridad del paciente, además de promover una reflexión interpersonal acerca de la calidad de los servicios asistenciales. Los factores relacionados con el sistema tienen un mayor peso en la aparición de EA. Es de vital importancia su identificación a fin de poder evitarlos (6).

Se realizó un estudio en la ciudad de Bucaramanga-Colombia sobre eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión, y caídas. Fueron incluidos 198 pacientes que habían ingresado por urgencias, con permanencia entre 6 hasta 24 horas y mayores de 18 años de edad. Fue aplicado al ingreso y durante toda la hospitalización. De los pacientes que realizaron eventos adversos el 65.63% presentó 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. 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 (7).

En el Ecuador se realizó un estudio sobre Eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería en el Hospital de segundo nivel de Ibarra, provincia de Imbabura, aplicado en pacientes hospitalizados al menos 24 horas, como resultado los eventos adversos no estuvieron sujetos a factores extrínsecos en un 88,5% pues

en la mayoría de pacientes hospitalizados no se utilizaron dispositivos (intravenosos y sondas entre otros.). El 50% de los eventos adversos se tipifican con sucesos sin lesión y el 34,6% de los casos presentaron lesión o complicación; sin embargo, el 100% de eventos adversos fueron potencialmente evitables. Es importante continuar realizando diseños observacionales que permitan determinar la frecuencia y entorno de los eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería, los que se presentaron de forma continua, mayormente asociados a factores internos (4).

2.2. Marco Contextual

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.

Depende de la coordinación zonal 1- salud y está bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, tanto la misión con la visión institucional es tomada del estatuto orgánico por procesos del mismo ministerio, y se complicarán en el ámbito de las competencias del hospital, que presta las especialidades básicas que son: Cirugía – Quirófanos, Centro obstétrico, Medicina Interna, Ginecología, Pediatría, Emergencia, UCI, Neonatología, Psicología y consulta externa.

2.2.1. Misión

“El Hospital Delfina Torres de Concha de la Ciudad de Esmeraldas, es una institución de servicios de salud de segundo nivel, sin fines de lucro, que promueve condiciones de vida saludable a la población, con cuatro especialidades básicas y sub-especialidades de acuerdo a perfil epidemiológico, que brinda atención de promoción, curación y rehabilitación. Cuenta con una organización por servicios y procesos enfocada al usuario, que coordina con la red, cumpliendo normas y lineamientos del Sistema Nacional de Salud, con recurso humano preparado para atender con eficiencia, oportunidad y calidad.”

2.2.2. Visión

“El Hospital Delfina Torres de Concha de Esmeraldas, en los próximos 4 años aspira ser una entidad de salud moderna con personal altamente capacitado y

motivado, con alto grado de empoderamiento de sus funcionarios, con infraestructura física adecuada, equipamiento de tecnología de punta que garantice las veinte y cuatro horas de atención médica integral de conformidad con el perfil epidemiológico del entorno. Atención oportuna con eficiencia, eficacia, calidez y calidad, con financiamiento del estado, trabajando en equipo bajo principios de solidaridad, que impulse la investigación científica, con gestión gerencial que responda a las necesidades de los usuarios externos e internos con la red de referencia oportuna y contra referencia.”

Gráfico 1. Hospital Delfina Torres de Concha.



Fuente: Pág. Web.
Elaborado por: Fernanda Acosta.

2.2.3. Servicio de Medicina Interna

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

2.3. Marco conceptual.

2.3.1. Calidad y seguridad del paciente.

Los lineamientos de seguridad del paciente en la atención en salud, son necesarias a la hora de gestionar un cambio cultural en términos de seguridad bajo estándares internacionales, sin dejar de lado al profesional de la salud como una pieza clave en todo este proceso con sus conocimientos y destrezas, orientando a generar y optimizar procesos que mejoren la seguridad del paciente. La calidad y seguridad de la atención de los pacientes constituye una obligación técnica de quienes entregan el servicio, a través de la transparencia de los procesos y resultados de las acciones que desarrollan los sistemas de salud (8).

La calidad de la atención se logra con la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de forma tal que sean mayores los beneficios para la salud que los riesgos. El grado de calidad es por consiguiente la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios (9). Avedis Donabedian: “Padre de la calidad de la atención en salud”. Reflexiona el componente ético en el marco de la calidad. Establece tres niveles del análisis de la atención la estructura, el proceso y el resultado.

a. Indicadores de estructura. - Son todos los atributos materiales y organizacionales relativamente estables, así como los recursos humanos y financieros disponibles en los sitios en los que se proporciona atención.

b. Indicadores de proceso. - Se refieren a lo que los médicos y proveedores son capaces de hacer por los pacientes, la interrelación con las actividades de apoyo diagnosticadas además de las actitudes, habilidades, destreza y técnica con que se llevan a cabo.

c. Los indicadores de resultado. - Referidos a la variación de los niveles de salud y a la satisfacción del paciente por la atención recibida, la cual le otorga una importancia mayor por la necesidad de satisfacer las expectativas del usuario mediante un servicio de mayor calidad.

Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud, resulta relevante entonces establecer principios transversales que orienten todas las acciones a implementar. Estos principios son (8):

- Enfoque de atención centrado en el usuario: Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.
- Cultura de Seguridad: El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, servicios y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.
- Integración con el Sistema de Garantía de Calidad de la Atención en Salud: La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.
- Multi causalidad: El problema de la seguridad del paciente es un problema
- Validez: Para lo cual se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.

- Alianza con el paciente y su familia: La normativa de seguridad debe contar con la participación de pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
- Alianza con el profesional de la salud: La normativa de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

2.3.2. Las barreras de seguridad que previenen la ocurrencia del evento adverso

Algunas de las prácticas seguras a utilizarse para disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso son (8):

- Acciones dirigidas a garantizar una atención limpia en salud
- Acciones dirigidas a evitar la confusión en la administración de medicamentos: formas de denominación, presentación, prescripción, dosificación, dispensación.
- Acciones a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano: fatiga, comunicación, entrenamiento.
- Programas para evitar las caídas de pacientes

- Protocolos para la remisión oportuna de pacientes
- Barreras de seguridad en la utilización de tecnología

El diseño de barreras de seguridad se desprende del análisis multi causal de los eventos adversos, cuasi eventos y eventos centinelas ocurridos.

2.3.3. Norma de seguridad del paciente.

Las normas establecidas para la seguridad del paciente consideradas en esta normativa son (8):

- a. Notificación de Eventos Adversos.
- b. Normas de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud.
 - Administración oportuna de antibióticos profilácticos.
 - Higiene de manos
 - Practicas seguras de inyección.
- c. Normas de Prevención de errores en pacientes sometidos a procesos quirúrgicos.
 - (cirugía segura)
- d. Normas de Prevención de errores en la atención en salud y cuidados del paciente.
 - Identificación del paciente
 - Abreviaciones peligrosas
 - Reconciliación de medicamentos
 - Programa de mantenimiento preventivo

- Transferencia de información de pacientes en puntos de transición.
- Prevención de caídas
- Prevención de úlceras por presión.
- Profilaxis de trombo embolismo venoso (TEV)

e. Normas para el uso de medicamentos.

- Control de electrolitos concentrados
- Medicamentos de alto riesgo
- Entrenamiento en bombas de infusión.

2.3.4. El Evento Adverso en los cuidados de enfermería.

Se define como evento adverso al resultado de una atención en salud que de manera involuntaria produce daño, los mismos que pueden ocurrir debido a la conjunción de múltiples fenómenos, como procesos mal desarrollados, tecnologías mal aplicadas o interacciones humanas fallidas. El error es una de las causas de eventos adversos.

La enfermería es una profesión que plantea situaciones donde existen diversos factores, unos no controlables y otros que alteran situaciones puntuales; por lo que la enfermera no está exenta de cometer errores (10). “El alma de la práctica enfermera está en atender necesidades del paciente y su familia, teniendo como praxis el cuidado integral e individual del ser humano”. Lo que permite a la enfermera y al equipo multidisciplinar conocer e identificar los factores de riesgo y así establecer medidas preventivas y tratamientos eficaces (11).

2.3.5. El Evento Adverso en los cuidados de enfermería.

Se define evento adverso (EA) como “accidente imprevisto e inesperado, que causa lesión y/o incapacidad y/o muerte y/o aumento de la estancia hospitalaria, que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad del paciente”. El más frecuentemente detectado en diversos estudios, es la infección nosocomial (muchas infecciones son inevitables y algunas pueden ser prevenidas); el error de medicación siendo los más frecuentes el incumplimiento del horario, error en la dosis, administración a paciente erróneo y medicación no autorizada. Siendo también importantes la aparición de úlceras por presión o escaras, producidas por fallos a la hora de cuidar; caídas, debido a no tener al paciente lo suficientemente vigilado sumándose a su vez el propio estado físico del mismo (10), (11).

Diferentes estudios detallan que los EA se producen más frecuentemente en áreas como son (12):

- Cirugía vascular, cardíaca o neurocirugía.
- UCI.
- Salas de cirugía.
- Urgencias

2.3.6. Clasificación de los eventos adversos

Existen múltiples formas de clasificar el evento adverso, una de las más útiles respecto a la definición de la responsabilidad ética, penal, civil y administrativa, es aquella que lo divide en evento adverso prevenible y no prevenible (13):

- Prevenible

Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado

- No prevenible

Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

2.3.7. Causas de la aparición de eventos adversos

Es de rescatar que todas las actividades a las que está sometido el individuo, bien sean realizadas por enfermeras o por cualquier otro profesional del equipo de salud, conllevan implícitamente un riesgo en la ocurrencia de un eventos adversos 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 esta independientes, dependientes, interdependientes o delegadas (14).

La ocurrencia de los eventos adversos no son de origen exclusivo del error humano, según la literatura se encuentra que la mayoría de los eventos adversos son originados por errores en los sistemas que llevan a una mala práctica o que no tienen los mecanismos incluidos en los procesos, que eviten la ocurrencia de los mismos (14).

A nivel mundial se tiene importantes datos acerca de la incidencia de los eventos adversos, entre ellos quizás el más importante y contundente hasta ahora es el informe antes mencionado “To err is human: building a safer system” – “Errar es humano:

construyendo un sistema de salud seguro” arrojado por el Instituto de Medicina de los estado Unidos en 1999, que reporta que los eventos adversos causan entre 44.000 y 98.000 muertes al año en EUA, con un costo de pérdidas calculadas entre 17 y 29 millones de dólares por año, que incluye, los sobre costos adicionales generados por los errores (mas insumos, medicamentos, días de hospitalización, más tecnología, demandas, entre otros), pérdida de ingresos y de productividad en los hogares y las discapacidades que se pueden derivar de estos, sumado a los costos en términos de pérdida de confianza en el sistema de salud (15).

2.3.8. Notificación de eventos adversos.

Los sistemas de registro y notificación de eventos adversos, son herramientas que permiten actuar para mejorar la cultura de seguridad, la cual está afectada por la totalidad de los factores ambientales que la rodean. La cultura de seguridad es el producto de los valores individuales y de grupo, las actitudes, percepciones, competencias y objetivos que determinan el grado de implicación que tienen las organizaciones para minimizar el daño al paciente. Los sistemas de notificación, la información asociada a estos sistemas compartidos y la resolución de estos problemas permiten a las organizaciones por un lado identificar y aprender de las experiencias y por otro rediseñar procesos (14).

En sistemas tan complejos, alguno o algunos de esos procesos pueden salir mal, por causas no siempre atribuibles a la negligencia de un individuo en particular, sino más bien explicables por la concurrencia de errores de planeación o de ejecución durante el desarrollo de los procesos de atención en salud, impactando negativamente en el paciente y generando, en ocasiones, los llamados eventos adversos. Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también, pues en muchas ocasiones se señala como culpable a éste sin detenerse a analizar que

no ha habido intención de dañar la cadena de procesos de la atención en salud que al fallar han facilitado la ocurrencia de tales situaciones (14).

- **Eventos adversos.** - es un incidente inesperado e indeseable, relacionado directamente con la atención o los servicios prestados al cliente. El incidente se produce durante el proceso de recepción de los servicios de salud. El evento adverso es un resultado adverso, lesión o complicación para el paciente.
- **Cuasi eventos.** - es un evento o situación que podría haber producido un accidente, lesión o enfermedad a un paciente, pero que no ocurrió, bien sea por azar o a través de una intervención oportuna.
- **Eventos centinelas.** - Es un evento adverso que conduce a la muerte o pérdida importante y perdurable de la función para el receptor de servicios de salud. Una pérdida importante y perdurable de la función, se refiere a un deterioro sensorial, motor, fisiológico, o psicológico que no está presente en el momento en que se solicitó o comenzaron los servicios, es decir, un paciente muere o es afectado gravemente por un error de medicación.

2.3.9. Protocolo de Londres

El protocolo de Londres es una versión revisada y actualizada de un documento previo conocido como “Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos”. Constituye una guía práctica para administradores de riesgo y otros profesionales interesados en el tema (16).

La nueva versión se desarrolló teniendo en cuenta la experiencia en investigación de accidentes, tanto en el sector de la salud como de otras industrias que han avanzado enormemente en su prevención. Su propósito es facilitar la investigación clara y

objetiva de los incidentes clínicos, lo cual implica ir mucho más allá de simplemente identificar la falla o de establecer quién tuvo la culpa.

Este protocolo cubre el proceso de investigación, análisis y recomendaciones se basa en el modelo organizacional de accidentes de James Reason (16).

Gráfico 2. Modelo organizacional de causalidad de incidentes clínicos.



Fuente: Centro de gestión hospitalario.

De acuerdo con este modelo, las decisiones que se toman en los niveles directivo y gerencial de la organización se transmiten hacia abajo, a través de los canales departamentales, y finalmente afectan los sitios de trabajo, creando las condiciones que pueden condicionar conductas inseguras de diversa índole. Las barreras se diseñan para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias; estas pueden ser de tipo físico, como las barandas; natural, como la distancia; acción humana, como las listas de verificación; tecnológico, como los códigos de barras; y control administrativo, como el entrenamiento y la supervisión.

Durante el análisis de un incidente cada uno de estos elementos se considera detalladamente y por separado, comenzando por las acciones inseguras y las barreras que fallaron, hasta llegar a la cultura y procesos organizaciones. La primera actividad

del proceso de análisis es siempre la identificación de las acciones inseguras en que incurrieron las personas que tienen a su cargo ejecutar la tarea. Las acciones inseguras son acciones u omisiones que tienen al menos el potencial de causar un accidente o evento adverso. El paso siguiente es considerar el contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores, las cuales son conocidas como factores contributivos.

Estos son condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras relacionadas con carga de trabajo y fatiga; conocimiento, pericia o experiencia inadecuados; supervisión o instrucción insuficientes; entorno estresante; cambios rápidos al interior de la organización; sistemas de comunicación deficientes; mala o equivocada planeación o programación de turnos; mantenimiento insuficiente de equipos e instalaciones. A la cabeza de los factores contributivos están los del paciente. En cualquier situación clínica las condiciones de salud del paciente juegan un papel determinante sobre el proceso de atención y sus resultados (16).

Otros factores del paciente son su personalidad, lenguaje, creencias religiosas y problemas psicológicos, todos los cuales pueden interferir la comunicación adecuada con los prestadores. Los factores del individuo tales como conocimiento, experiencia, pericia, cansancio, sueño y salud, tanto física como mental, son condiciones que, dado el escenario propicio, pueden contribuir a que se cometan errores. Los ambientes físicos (ruido, luz, espacio) y social (clima laboral, relaciones interpersonales) de trabajo son elementos que pueden afectar el desempeño de los individuos.

Las decisiones y directrices organizacionales, originadas en los niveles gerencial y directivo de la institución, afectan directamente a los equipos de trabajo. Estas incluyen, por ejemplo, políticas relacionadas con uso de personal temporal o flotante, educación continua, entrenamiento y supervisión, y disponibilidad de equipo y

suministros Todos estos factores son condiciones que pueden afectar el desempeño de las personas, precipitar errores y afectar los resultados para el paciente.

2.3.10. Modelo del queso suizo

. En este modelo, el punto es que entre los peligros y el daño se encuentren las deficiencias, las fallas que puedan presentarse en los diferentes procesos de la atención. Para que esos peligros lleguen a ser daño, se necesita que los diferentes problemas, las diferentes fallas se alineen de tal manera que todas concurren en producirlo; significa que cuando trabajamos el tema de seguridad del paciente a partir de la búsqueda de eventos adversos, debemos buscar a partir de aquellos errores humanos, o de aquellos fallos del sistema, cuáles son esas fallas en los procesos que se están alineando para permitir que el daño se dé, para poder llenar así el sistema de múltiples barreras de seguridad, lo que llamamos sistemas redundantes de seguridad que impidan que el daño se dé, que rellenen esos huecos, en cada una de las rodajas del Queso Suizo (17).

Los factores centrados en las personas tienen en cuenta que la ocurrencia de un error tiene su origen en acciones inseguras y en violaciones a los procedimientos que el personal de salud comete como consecuencia de problemas de motivación, sobrecarga de trabajo, cansancio, estrés, falta de atención y negligencia. Bajo este abordaje las estrategias que se generan para disminuir el riesgo se encaminan a campañas de difusión a través de carteles y mensaje, y en muchas ocasiones a sanciones a los individuos comprometidos.

El modelo centrado en el sistema, que es más “sano” y práctico, tiene en cuenta que todas las personas cometen errores pero que estos errores son consecuencias de falencias en el sistema, por lo tanto, esta debe ser buscada y corregida intentando modificar las condiciones para evitar los errores o mitigar sus consecuencias (17)., es decir que los seres humanos son falibles y que los errores son de esperar, aun en las

mejores organizaciones. De tal forma que el sistema debe crear barreras de defensa para evitar que los errores sucedan. Cuando un evento adverso tiene lugar lo importante no es buscar al culpable sino buscar el cómo y por qué las barreras fallaron, que rellenen esos huecos, en cada una de las rodajas del Queso Suizo (17).

Idealmente estas barreras defensivas deberían permanecer intactas, pero en la práctica cada una de estas barreras son como rebanadas de un queso suizo que tiene varios orificios, estos se encuentran en continuo movimiento (a diferencia de un queso suizo), los cuales se abren y cierran a destiempo, pero no es la sola presencia de estos orificios la causa de los errores, cuando en un momento dado estos orificios alinean dejando espacio para una misma trayectoria se crean todas las posibilidades para que un evento adverso sobrevenga.

2.3.11. Seguridad del Paciente

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Ginebra, aprobó la resolución WHA55.18 en la que se insta a los Estados Miembros a “prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente” y a “establecer y reforzar sistemas basados en la evidencia científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la vigilancia de las medicaciones, el equipo médico y la tecnología”. En 2004, la 57ª Asamblea Mundial de la salud, acordó que la Alianza Mundial para la seguridad del paciente sería un paso importante para la lucha en la mejora de la calidad de la atención sanitaria en los estados miembros (18)

El ambiente cultural al interior de las organizaciones debe favorecer:

- La reflexión organizacional sobre los temas de seguridad: las rondas de seguridad y las reuniones breves sobre seguridad del paciente.
- El carácter no punitivo de la vigilancia de la ocurrencia de un evento adverso.
- La sanción o al menos la desaprobación de la actitud de ocultar un evento adverso por impedir las acciones de mejoramiento.
- La información y análisis de lo ocurrido con el paciente cuando fuere pertinente.
- El énfasis en los resultados que se obtienen antes de las acciones formales que se desarrollan.

2.3.12. Cultura del reporte de eventos adversos

Informar sobre un error no es tarea fácil, sobre todo si se tiene en cuenta que la mayoría de las personas, en cualquier ámbito de la vida, entienden el error como un hecho punible que debería ser castigado. La complejidad del reporte radica en la necesidad del cambio de pensamiento no sólo personal, sino también institucional (19).

Reaprender con respecto al error requiere valentía, solidez humana y profesional, exige un cambio de paradigma, orientado a encontrar soluciones reales e identificar situaciones de riesgo que permitan la prevención. La reingeniería de procesos identificados como riesgosos es imprescindible, razón por la cual se hace necesario no sólo la voluntad individual, sino la participación institucional. Aprender de los eventos adversos debería ser un objetivo institucional. Para ello se hace necesario el reporte de los eventos adversos, ya que la recopilación de los mismos permite hacer un “retrato” de la situación institucional y un gran avance para entender la realidad propia de cada lugar (19).

Asimismo, también permite la generación de estrategias tendientes a la prevención. En una experiencia documentada en la Ciudad de Buenos Aires, se diseñó una hoja para el reporte voluntario de eventos adversos. Dicho reporte se realizó de manera anónima y se recolectó en urnas ubicadas en la institución. ” El objetivo fue determinar la causa - raíz del evento, realizar las intervenciones necesarias para prevenir la repetición” (19).

2.4.Marco Legal

2.4.1. Constitución de la República del Ecuador

La Constitución de la República del Ecuador (Asamblea Constituyente, 2008) en sus artículos: (11)

“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 en 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”.

“Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades; siendo seguros, de calidad y calidez, y garantizarán la confidencialidad de la información de los pacientes. (10)

2.4.2. Ley Orgánica de Salud

“Art. 7. Toda persona sin discriminación por motivo alguno tiene: a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud. (11)

“Art. 10. Sistema Nacional de Salud, aplicarán las políticas, atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva. (12)

2.4.3. Mala Praxis

Se considera que “existirá mala praxis en el área de la salud cuando se provoque un daño en el cuerpo o en la salud de la persona humana, sea este daño parcial o total, limitado en el tiempo o permanente, como consecuencias de un accionar profesional realizado con imprudencia o negligencia. (13)

2.5. Marco Ético

2.5.1. Principios éticos básicos

Toda investigación en que participen seres humanos debe realizarse de acuerdo con cuatro principios éticos básicos, a saber, el respeto por las personas, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. El respeto por las personas incorpora principios éticos fundamentales, a saber: (20)

- **La autonomía:** Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones.

- **Beneficencia y no maleficencia:** ("No hagas daño") ocupa un lugar preponderante en la tradición de la ética médica, y protege contra daños evitables a los pacientes, Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal.
- **La justicia:** En la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona, que se traducen en un trato humano.
- **Valor fundamental de la vida humana:** El derecho a la vida aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto o a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida. Para ser libre es necesario vivir. Por esto la vida es indispensable para el ejercicio de la libertad.

2.5.2. El Código Deontológico de Enfermería

Las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. La necesidad de la enfermería es universal. (21)

- **La enfermera y las personas:** La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería.
- **La enfermera y la práctica:** La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua.

- **La enfermera y la profesión:** A la enfermera incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería.
- **La enfermera y sus compañeros de trabajo:** La enfermera mantendrá una relación de cooperación con las personas con las que trabaje en la enfermería y en otros sectores.

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

3.4. Tipo de estudio.

La presente investigación es observacional, descriptiva, transversal, enfocada en un grupo determinado en este caso profesionales de enfermería.

3.4.1. Observacional

Porque busco identificar y determinar los eventos adversos que inciden en base a la notificación y registro del mismo. Hay que recalcar que la observación científica se encuentra en dos niveles pasiva y activa de acuerdo a estos dos criterios se encuentra dentro de la observación pasiva en la cual se observa los fenómenos naturales, se registra, y se mide sin interferir en ellos.

3.4.2. Descriptivo

Porque se centra en describir las preguntas directrices, que plantea determinar los eventos adversos que más inciden en el cuidado directo por el profesional de enfermería en base a la notificación y registro de eventos adversos.

3.4.3. Transversal

Los datos recogidos se los obtuvo en un tiempo y momento determinado.

3.5. Diseño de la investigación

El diseño del presente estudio tiene una metodología de enfoque cuantitativa, en el que se aplica una serie de técnicas específicas con la finalidad de recoger, procesar y analizar características y porcentajes sobre el tema de estudio.

3.5.1. Cuantitativo

Recoger y analizar datos sobre la variable de manera concluyente, determinando las características dando respuesta a los objetivos planteados en el estudio, basados en la tabulación de la encuesta aplicada a la población objeto, expresada en frecuencias y porcentajes.

3.6. Localización y ubicación del estudio

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Delfina Torres de Concha de la ciudad de Esmeraldas, en el servicio de medicina interna.

3.7. Población

3.7.1. Universo

Profesionales de enfermería que laboran en el Hospital Delfina Torres de Concha.

3.7.2. Población objeto.

La población objeto a estudiar son 20 profesionales de enfermería que laboran en el servicio de medicina interna del Hospital Delfina Torres de Concha, periodo 2016.

3.7.3. Criterios de inclusión

Profesionales de enfermería que laboran en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Delfina Torres de Concha que desean participar en la investigación.

3.7.4. Criterios de exclusión

Profesionales de enfermería que labora en el Servicio de Medicina Interna que no desean voluntariamente participar en la investigación.

3.8. Métodos de recolección de la información

El método que se utiliza en la presente investigación es deductivo, empírico y bibliográfico con un alto contenido analítico y sintético, la misma que permite sustentar científicamente la investigación desarrollada.

3.9. Instrumentos y técnicas

Los instrumentos y técnicas que se utiliza para lograr nuestro objetivo es la encuesta y un check list.

3.9.1. Encuesta

Se realizó la encuesta dirigida al profesional de enfermería., sobre el evento adverso tomando como referencias preguntas abiertas y cerradas, estructurada según las variables.

3.9.2. Check list

Se aplicó una lista de verificación enfocada en la seguridad del paciente, el registro y notificación de eventos adversos en el cuidado directo de enfermería a los usuarios del servicio de medicina interna, al momento de verificar el documento de reportes, que luego fueron analizados.

Tabla 1 Método, Técnicas e Instrumentos.

METODO	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Deductivo	Check list	Listado de verificación, basada en preguntas estructuradas con los objetivos.
Empírico	Encuesta	Cuestionario estructurado con 10 preguntas según las variables.

3.10. Análisis de datos

Los datos obtenidos de los distintos tipos de técnicas e instrumentos se lo tabulo mediante el programa de software informático Excel, que permitió analizar datos de la encuesta, también se analizó los resultados de lo verificado en el check list logrando los objetivos planteados. De la investigación, tomando decisiones fundadas sobre aspectos de tipo cuantitativa.

3.11. Operacionalización de las variables.

Objetivo 1.- Identificar el nivel de conocimientos que poseen el personal de enfermería sobre el manual de Seguridad del Paciente del MSP.				
Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Seguridad del paciente	Es un objetivo del profesional de enfermería, que enfatiza la atención prestada por los servicios sanitarios con calidad, calidez y eficiencia al usuario.	Verificación	Porcentaje de enfermeras que conoce la existencia de documentos sobre seguridad del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Menos del 50% • Más del 50%
		Nivel de conocimiento	Porcentaje de cumplimiento de notificación y registro de eventos de adversos.	Personal de enfermería: <ul style="list-style-type: none"> • Menos del 39% (Nivel bajo) • 40-79% (Nivel medio) • 80-100% (Nivel alto)

		Enseñanza y aprendizaje	Porcentaje de la frecuencia con que el profesional de enfermería que reciben capacitaciones en el servicio.	Profesional de enfermería: <ul style="list-style-type: none"> • Siempre • A veces • Nunca
--	--	-------------------------	---	--

Objetivo 2.- Describir el nivel de notificación y registro de eventos adversos en los profesionales de enfermería del servicio en estudio				
Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Notificación y registro de eventos adversos	Son herramientas que permiten actuar para mejorar la cultura de seguridad, la cual está afectada por la totalidad de los factores ambientales que la rodean	Registro de eventos adversos	Porcentaje del nivel de cumplimiento de registro y notificación de eventos adversos	Personal de enfermería: <ul style="list-style-type: none"> • 80-100% (Nivel alto) • 40-79% (Nivel medio) • Menos del 39% (Nivel bajo)
			Porcentaje de enfermeras que creen importante implementar la notificación y cultura de eventos adversos.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

Objetivo 3.- Identificar eventos adversos notificados en el servicio.

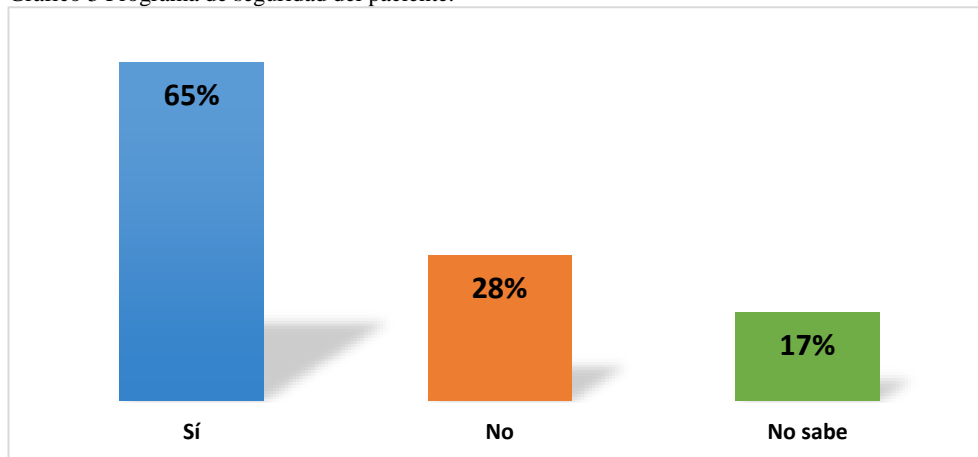
Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Eventos adversos	Daño no intencional o complicación relacionado con la asistencia sanitaria. Se ha estimado que uno de cada diez pacientes ingresados en un hospital sufre alguna forma de daño	Conocimiento	Porcentaje de enfermeras con conocimiento del concepto de evento adverso.	<ul style="list-style-type: none"> • Menos del 50% • Más del 50%
		Utilización de estándares del cuidado asistencial	Porcentaje de enfermeras que afirman poder prevenir los eventos adversos.	Profesional de enfermería: <ul style="list-style-type: none"> • Si • No
		Eventos adversos notificado y registrados	Porcentaje de eventos adversos notificados y registrados.	<ul style="list-style-type: none"> • Flebitis • Caídas • Ulceras por presión • Error en la mediación

CAPÍTULO IV

4.3. Análisis e interpretación de resultados

1. Existe un programa de seguridad del paciente en la institución.

Gráfico 3 Programa de seguridad del paciente.



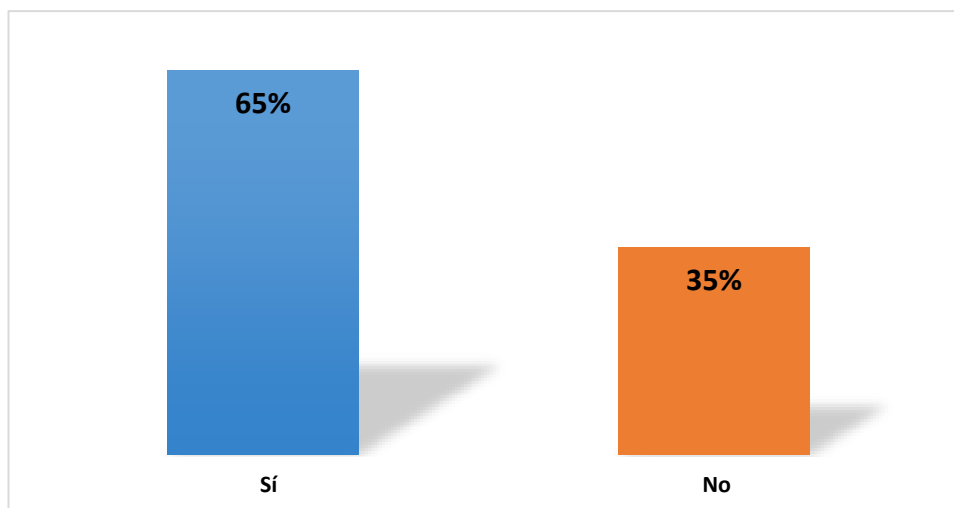
Análisis:

Con el 65% el personal de enfermería asegura que la institución cuenta con un programa de seguridad del paciente, según este estudio esta institución cumple con la resolución del MSP/OPS donde el 26 de abril del 2013 declaró la incorporación de seguridad del paciente en sistemas de información y evaluación sobre el funcionamiento de los servicios de salud y de un registro de los eventos adversos que permite mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente, con el fin de prevenir problemas que les podrían conducir a sanciones en la institución (22).

Con la implementación del programa de seguridad en esta institución destaca el énfasis de sus objetivos por una atención segura, con prácticas de calidad basadas en las evidencias científicas; los profesionales de enfermería deben participar activamente en las actualizaciones sobre seguridad del paciente, la institución debe incluir todas las estrategias de la OMS relacionadas con las políticas públicas para garantizar la formación de profesionales con conocimiento científico.

2. Conocimiento por el personal de enfermería sobre el manual de norma técnica de seguridad.

Gráfico 4: Manual de Norma Técnica de Seguridad del Paciente.

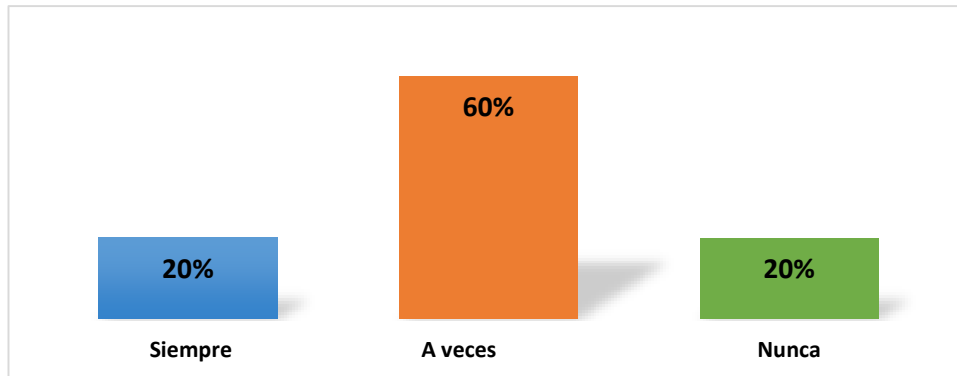


Análisis:

El mayor porcentaje del personal de enfermería conoce sobre el manual de norma técnica de seguridad del paciente en la atención de salud, observando así que este servicio cuenta con la estrategia clave que en cualquier escenario clínico donde haya un paciente deben existir, según este estudio los datos de esta investigación cumple con la Resolución Ministerial N° 533-2008/MINSA que implementó la Política de Seguridad del Paciente y una Guía técnica de buenas prácticas en seguridad para que las instituciones tuvieran paquetes de directrices técnicas. Hoy, dichos paquetes son actualizados con el propósito de ajustarlos a la mejor evidencia disponible en la actualidad y para cubrir las brechas que han impedido la ejecución efectiva de dichas prácticas al interior de las instituciones de salud (23). La estrategia del conocimiento debe adquirir de manera continua el profesional de enfermería para poder brindar una atención en salud que logra la seguridad del paciente, aplicando normas con estándar de calidad que garantizan el bienestar del paciente.

3. El personal de enfermería recibe capacitaciones sobre seguridad del paciente.

Gráfico 5: Capacitaciones.



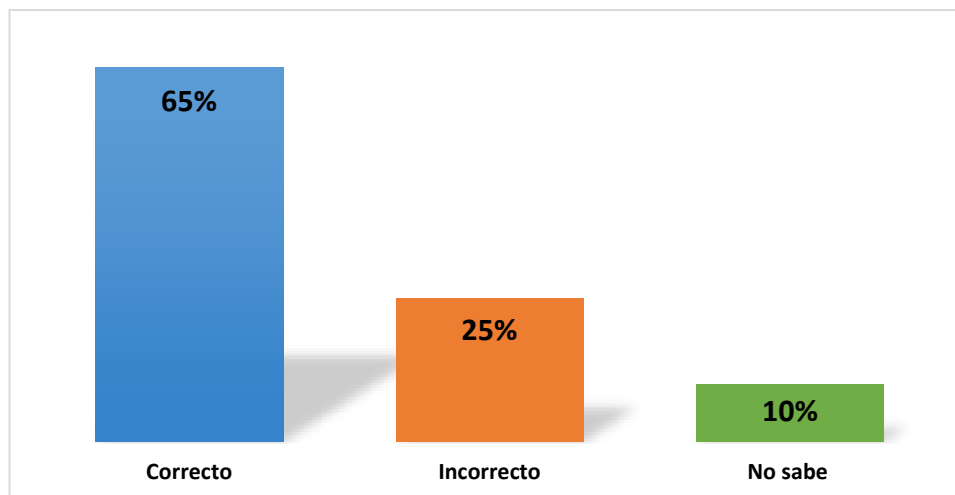
Análisis:

El mayor porcentaje del personal de enfermería respondió que a veces han recibido capacitaciones en cuanto a la seguridad del paciente por lo que notifican que se deberían realizar continuamente ya que existe actualización de datos. Es una desventaja para el servicio y la institución, ya que la capacitación impulsa la seguridad con el fin de poner todo lo aprendido en práctica a través de las habilidades y destrezas que se desarrollan para beneficio de las personas a su cuidado disminuyendo y evitando así la ocurrencia de eventos adversos; relacionando con un artículo científico sobre formación académica del profesional de enfermería donde el 53.8% de las enfermeras, consideran inadecuada la formación recibida por falta de conocimientos científicos y actualizados. El 94,2%, refieren que la formación repercute en la calidad de los cuidados prestados (24).

Las capacitaciones son una actividad sistematizada planificada y permanente, cuyo propósito es promover mecanismos de prevención, adquiriendo conocimientos científicos, ayudando adaptarse a los cambios; el conocimiento sobre seguridad del paciente debe ser reforzado mediante capacitaciones y socialización entre el profesional de enfermería, ya que debe existir un fundamento teórico basado en las evidencias para ponerlas en práctica a través de las habilidades y destrezas que se desarrollan para beneficio del usuario.

4. Conocimiento de enfermería sobre evento adverso.

Gráfico 6 Conocimiento sobre evento adverso.

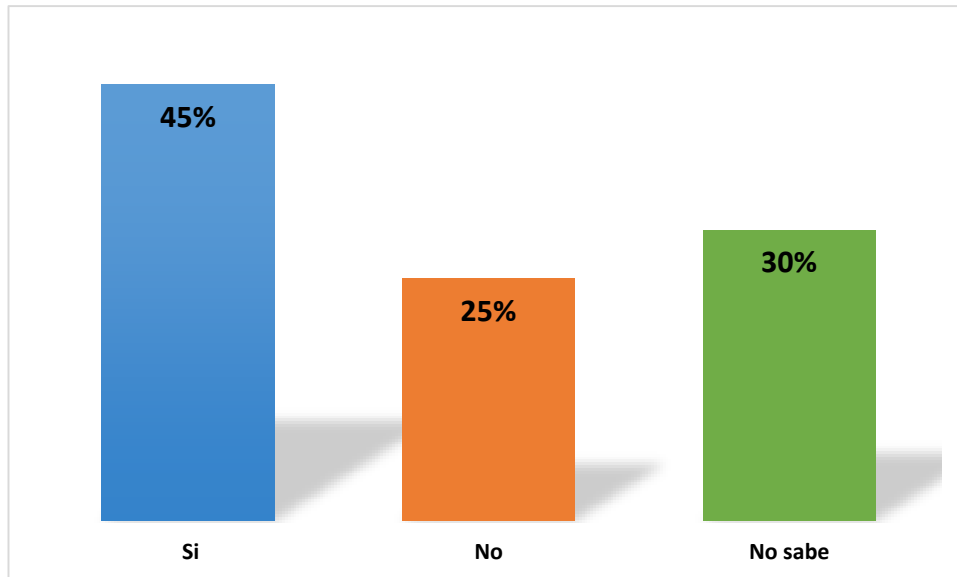


Análisis:

En un 65% enfermería tiene conocimiento correctamente sobre que es un evento adverso afirmando que es el resultado de una atención en salud inadecuada que de manera involuntaria produce daño, mostrando de ésta forma que es un impacto positivo para el servicio de medicina interna, ya que la mayoría de incidentes son causados por el manejo del profesional de enfermería, 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. El conocimiento que posee enfermería debe estar basado en un fundamento teórico actualizado, que se aplica en la práctica diaria, en forma gradual, logrado por la interacción de lo científico con las actividades realizadas cotidianamente, es decir que la práctica sin los conocimientos es como un barco a la deriva. El conocimiento que adquiere enfermería ayuda a prevenir el evento adverso, con el fin de brindar una atención de calidad libre de riesgo para el paciente. En la actualidad la falta de conocimiento sobre seguridad del paciente es la deficiencia de las instituciones de salud y el funcionamiento de los sistemas de salud.

5. Según la opinión de enfermería se puede prevenir un evento adverso aplicando el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

Gráfico 7: Prevenir Evento Adverso.

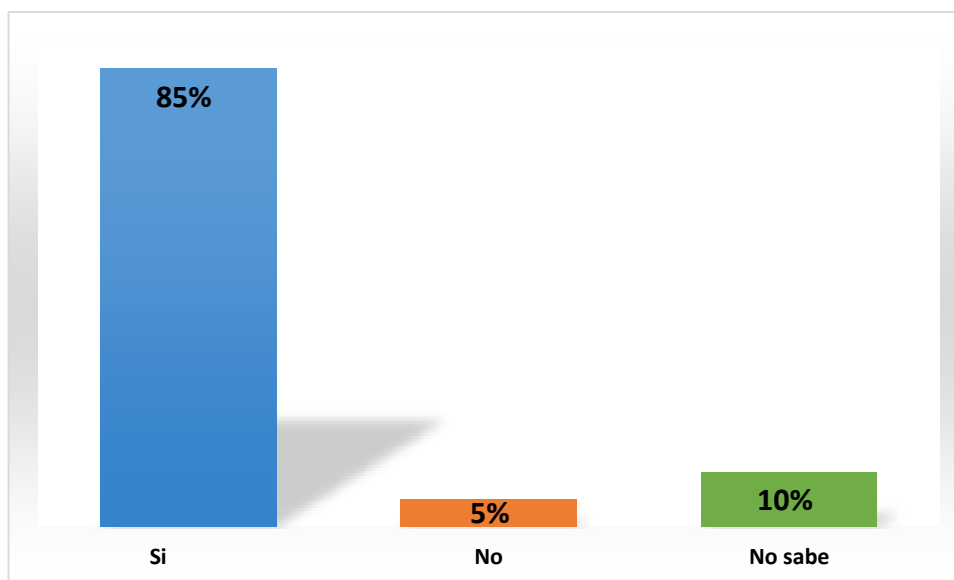


Análisis:

Con mayor porcentaje el personal de enfermería opina que sí se puede prevenir un evento adverso aplicando el cumplimiento de los estándares en el cuidado asistencial, siendo un impacto positivo para el servicio, ya que en todos los sistemas de atención de salud se producen eventos adversos, y estos son causados en su mayor parte por el profesional de enfermería quienes pasan en contacto directo brindando cuidado inmediato. Cabe resaltar que los eventos adversos identificados durante el estudio IBEAS, estaban relacionados con los cuidados en un 16,24%. Por último y refiriéndonos al estudio señalado, el 65% de los eventos adversos se consideraron evitable (25). Aplicar los estándares de calidad en el cuidado asistencias previene el evento adverso, que ayuda a realizar los procesos de cuidado directo e inmediato correctamente, con estrategias que brindan seguridad al paciente.

6. Existe formatos para el reporte de eventos adversos.

Gráfico 8: Documentación para el Reporte de Eventos Adversos.

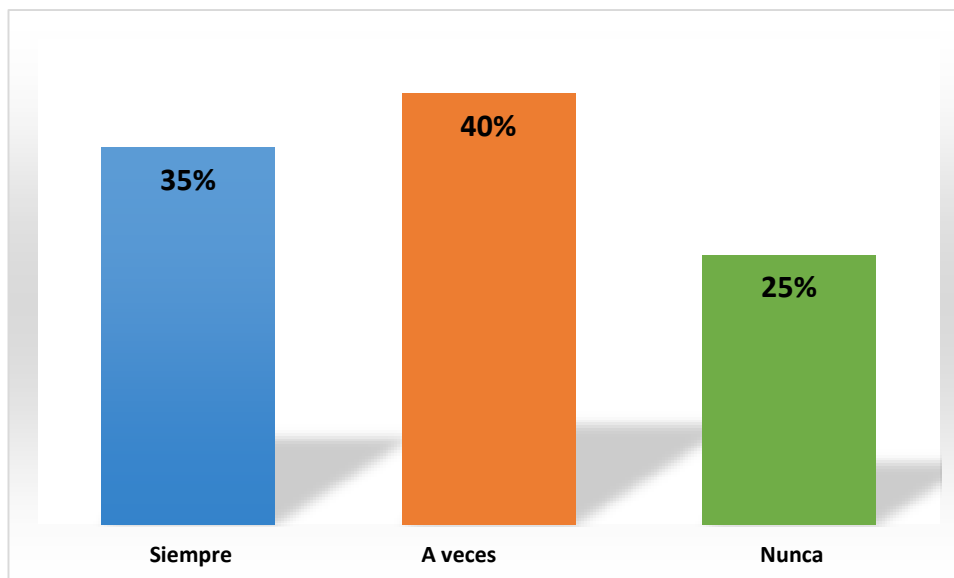


Análisis:

El porcentaje más alto del profesional de enfermería respondió que el servicio de medicina interna cuenta con la documentación para el reporte de eventos adversos, cumpliendo con el sistema de registro y notificación de problemas de seguridad que son estrategias claves en todas las instituciones de salud que prestan atención siendo fuentes de información muy útiles que permiten conocer la frecuencia de los problemas de seguridad y, en algunas ocasiones, las causas, Relacionado con el estudio donde un 29% afirma que en la E.S.E. si cuenta con documentación de reporte de eventos adversos (26). A pesar de que esta institución de salud es acreditada, se verifico que el documento de reportes se maneja en base al protocolo de notificación y registro actualizados, el cual nos ayuda a conocer el evento adverso y buscar solución para prevenirlo, logrando mantener la seguridad del paciente.

7. Notifica y registra cuando ocurre un evento adverso.

Gráfico 9: Notificación y Registro de Evento Adverso.



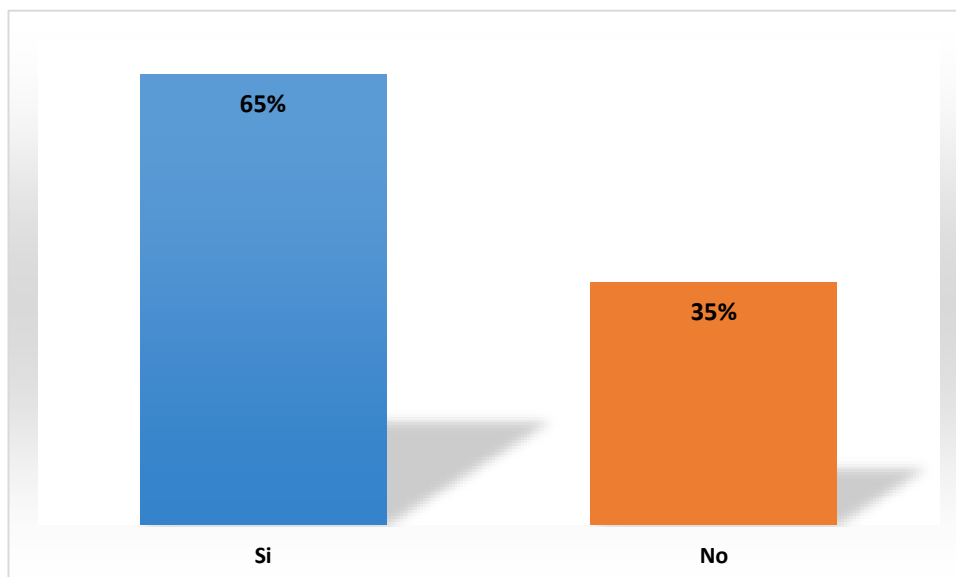
Análisis:

Este análisis nos da como resultado que el personal de enfermería en un nivel medio notifica y registra los eventos adversos; siendo una desventaja para el servicio y la institución ya que falta reportar información de incidentes, que son herramientas que permiten actuar para mejorar la cultura de notificación y registro con información, confianza, aprendizaje, organización flexible y trabajo en equipo; estos resultados nos indican la realidad sobre la problemática del cuidado directo al paciente ya que los eventos adversos son un componente de alta relevancia en salud, los cuales debe ser notificados y registrados por el personal que lo ocasiona, y de esta manera se lo analice, con un plan de acción y seguimiento a las prácticas seguras; para plantear una estrategia de prevención que nos ayuda a disminuir la incidencia.

Relaciona con el estudio donde el 26% del personal que labora en el hospital el Tambo no reporta eventos adversos y el 22% afirma que si reporta, sin embargo, de esto no se encuentra evidencia en los registros de reporte (27).

8. Según la opinión de la enfermera es importante implementar una cultura institucional para el reporte de eventos adversos.

Gráfico 10: Cultura institucional .

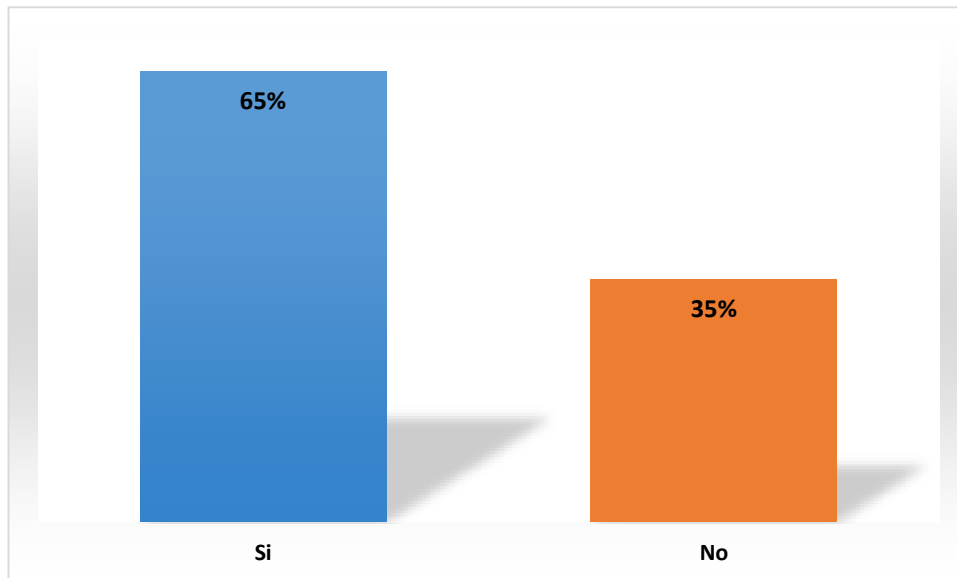


Análisis:

Con mayor porcentaje el personal de enfermería respondió que es importante implementar una cultura institucional para el reporte de eventos adversos, implementar la cultura institucional disminuye la tasa de eventos adversos ya que es una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia, el sistema de notificación constituye una fuente de datos para poder identificar el evento adverso y poder hacer devoluciones de las notificaciones con el fin de mostrar a la persona que notifica un plan para prevenir. Este estudio está relacionado con el artículo la seguridad del paciente en las circunstancias de cuidado, donde en su estudio recomienda los cambios en la cultura organizacional de las instituciones de salud para una cultura de seguridad, con énfasis en el cuidado seguro y visión sintética en la evaluación de la ocurrencia de eventos adversos (28).

9. Eventos adversos en el servicio que no hayan sido notificados y registrados.

Gráfico 11: Problemas en el Servicio sin Notificar y Registrar.

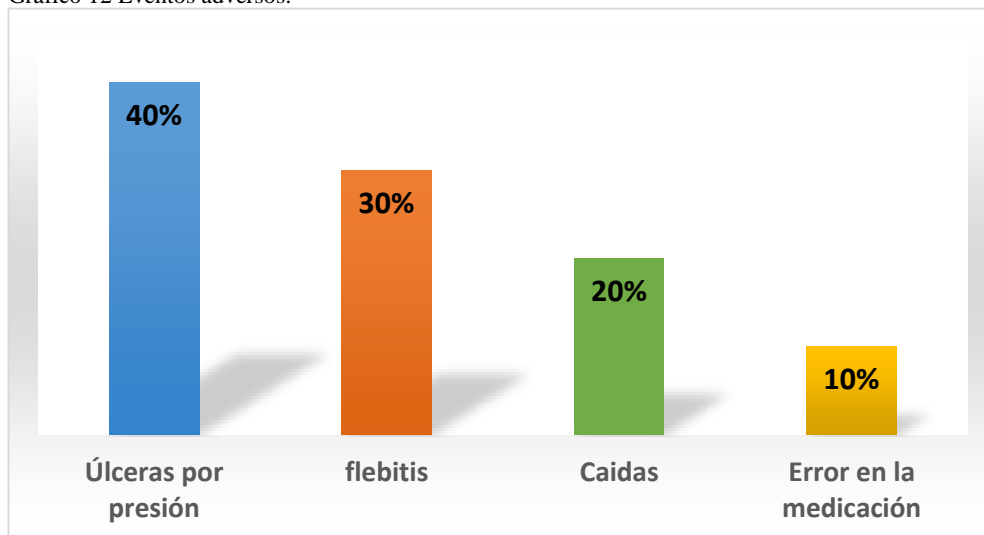


Análisis:

El mayor porcentaje del profesional de enfermería respondió que existen problemas en el servicio que no son reportados y notificados, los cuales respondieron que, no se realiza recepción de turno, falta de personal de enfermería, inadecuado control de ingesta y eliminación, según este estudio estos datos llevan a una desventaja para el servicio y la institución de salud ya que el reporte y notificación es obligatorio mientras ocurra el incidente para su debida corrección. El registro y notificación de eventos adversos identifican las causas trabajando en ellas para evitar que se vuelva al error. Por otro lado, se encuentra que evento adverso se debe vigilar, evidenciando un conocimiento favorable. La OMS estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones incapacitantes o mueren como consecuencia de eventos adversos o atención insegura (29).

10. Eventos adversos reportados en el documento de notificación y registro de eventos adverso.

Gráfico 12 Eventos adversos.



Análisis:

Los eventos adversos reportados en el documento de notificación y registro, se relacionan con la respuesta de enfermería de la encuesta dando por resultado el mismo análisis y son los siguientes: Flebitis, caída, úlceras por presión, error en la administración de medicación, estos resultados son un impacto negativo, porque son eventos que se pueden prevenir ya que existe un manual de protocolos de seguridad y procedimientos de enfermería que deben ser revisados, estudiados y aplicados con el fin de disminuir eventos adversos y además son de estricta responsabilidad del personal de enfermería. Este estudio se relaciona con el artículo sobre eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: Flebitis, úlceras por presión y caídas, donde el 65.63% de los pacientes presento úlceras por presión, lo que prolonga su estancia y estos eventos generan grandes impactos en la salud de los pacientes que pueden ser desde leves a incluso la muerte (30).

A pesar de que esta institución es acreditada, se verificó que el servicio de medicina interna cuenta con el manual de seguridad del paciente, al igual que la institución cuenta con el programa de seguridad del paciente, por tal razón también cumple con la resolución del MSP.

Al ser acreditada esta institución, el servicio medicina interna cuenta con el manual de protocolos y procedimientos de enfermería, siendo un resultado positivo porque el profesional de enfermería tiene disponibles estos documentos para ser estudiados en todo momento, con la certeza de prestar cuidados enfermeros con los mismos estándares de calidad, siendo una herramienta muy útil para los profesionales del hospital que permite continuar con la estrategia de normalización de la práctica clínica con una mayor efectividad, eficiencia y seguridad.

Verificando la existencia del documento de reporte de evento adverso se revisó la notificación y registro que se relacionó con el resultado de la encuesta pregunta 7 donde se analiza que el personal de enfermería en un nivel medio notifica y registra los eventos adversos, se deduce que los registros no son bien llevados en el servicio, por tal razón se debe actuar para mejorar la cultura de notificación y registros, la cual está afectada.

Existen eventos adversos que se han observado en el servicio que no son reportados y notificados que tienen relación con la pregunta 10 de la encuesta, donde el profesional de enfermería tenía la opción de responder cuales, este resultado se relaciona con lo observado, identificando los siguientes problemas : No se realiza recepción de turno, el servicio no cuenta con material de barreras de seguridad para el profesional de enfermería, no existe control adecuado de ingesta y excreta, estos deben ser notificados y registrados, de esta manera se puede ver los errores y corregirlos disminuyendo los eventos adversos.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

- De acuerdo a los resultados obtenidos podemos decir que el 65% del personal de enfermería tiene un nivel alto de conocimiento sobre el manual de Seguridad del Paciente del MSP que es la estrategia clave de cualquier escenario clínico donde haya un paciente, pero este conocimiento científico debe ser aplicado dando cumplimiento estricto de norma, protocolos en cada procedimiento para lograr de esta manera reducir la incidencia de eventos adversos y ser conocidos por todo el personal.
- El personal de enfermería en un nivel medio notifica y registra eventos adversos, por lo tanto la cultura de reportes de eventos adversos por el personal de enfermería no es adecuada, es necesario que se cumpla con la normativa, es aún un problema para la cultura institucional de seguridad del paciente ya que la estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia es evidenciar los mismos, el personal de enfermería que sea responsable del evento adverso tiene el deber ético de reportar e implementar los mecanismos indispensables para que no vuelvan a ocurrir.
- Los eventos adversos en el servicio de medicina interna son los siguientes: Flebitis 30%, caídas 20%, úlceras por presión 40%, mal administración de medicación 10%, es una desventaja para el servicio porque son eventos que se pueden prevenir ya que existe un manual de protocolos de seguridad y procedimientos de enfermería que deben ser revisados, estudiados y aplicados. Los resultados de este estudio son la clara situación sobre la problemática de la

seguridad del paciente, que son producto de la atención de enfermería en la mayoría de los casos.

- La guía educativa está basada en la notificación y registro de evento adverso, con el fin de mejorar la cultura por el personal de enfermería, mantener un documento de reporte bien llevado, disminuyendo la frecuencia de los eventos adversos, logrando excelentes resultados en este servicio.

5.2. Recomendaciones

- Es importante que en el servicio de medicina interna del hospital Delfina Torres de Concha, los profesionales de enfermería continúen adquiriendo conocimientos sobre guías, manuales, normas actualizadas sobre seguridad del paciente a fin de direccionar las acciones hacia una disminución de la incidencia y de las discapacidades, realizar revisión bibliográfica y en consenso verificando la elaboración, ejecución, evaluación de los planes de cuidado de enfermería en la atención de pacientes que requieren atención en este servicio por reportar una alta incidencia de EA.
- En este servicio se debe implementar la cultura de notificación de registro de eventos adversos como estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia, intensificando el sistema de reporte voluntario de eventos adversos y vigilancia activa, en el servicio de medicina interna, mediante mecanismos y planes de información basados en las guías y manuales de protocolo, procedimientos de enfermería planteados por el MSP, actualizándose para poder adaptarse a los nuevos cambios realizados y no cometer tantos errores que pueden ser prevenibles.
- Se debe tener en cuenta las alertas y estrategias de seguridad del paciente como mecanismo para prevenir la aparición de dichos eventos adversos, por lo que es importante y urgente capacitarlos periódicamente con el fin de brindar una calidad en atención al cuidado directo de los pacientes, disminuir los eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería y sus costos.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. OMS concientiza sobre la seguridad del paciente en los hospitales. Hospitales de la Universidad de Ginebra. 2014 Julio.
2. Sociedad Española de Medicina de Urgencia y Emergencias (SEMES). Eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias españoles. EVADUR. 2012 Junio.
3. Aranaz JM AC. Estudios IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de latinoamérica. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.
4. V. J. Eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería en el hospital de Ibarra, provincia de Imbabura. Enfermería: investigación, vinculación, docencia y gestión. 2016;; p. 102-106.
5. Tomás S. Eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencia de hospitales españoles. Fundación Althaia Manresa. 2010;; p. 415.
6. Zárate GRe. Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México. Enfermería Universitaria. 2017;; p. 1,2.
7. Parra D. Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: feblitis, úlceras por presión y caídas. Revista electrónica de enfermería. 2012;; p. 159.
8. Ministerio de Salud Pública. Norma Técnica de Seguridad del Paciente. Coordinación zonal de salud 6. 2015;; p. 21.
9. Ministerio de Salud Pública. Norma Técnica de seguridad del Paciente. Coordinación zonal de salud 6. 2015;; p. 19.
10. Picado F. La enfermera de Rayan. Index de enfermería. 2010;; p. 214.
11. Bezerra Q. Reacciones adversas: Indicadores de resultados según las percepciones de las enfermeras de un hospital centinela. Enfermería global. 2012;; p. 186-197.
12. Laza U. Competencia de enfermería para la seguridad del paciente. Revista Cubana de Enfermería. 2011;; p. 77-85.
13. MIDSALUD. Seguridad del paciente y la atención segura. Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. 2013;; p. 10.

14. Ministerio de Salud Pública. Norma técnica de seguridad del paciente. Estándares de Calidad. 2014;; p. 15.
15. Franco A. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. Colombia: Colombia médica.; 2015.
16. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Manual de Procedimientos generales de Enfermería. Servicio ANDALUZ de salud. 2012;; p. 3.
17. Ministerio de Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud. Seguridad del paciente. 2008;; p. 16-18.
18. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. Pacientes en defensa de su seguridad. 2004 Octubre.
19. Ariel P. Cultura del reporte de errores. ;; p. 125.
20. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estudio IBEAS: Prevalencia de Eventos Adversos en Hospitales de Latinoamérica. Panam Salud Pública. 2010;; p. 100-116.
21. Hospital General de Macas. "Norma de capacitación en seguridad del paciente". Protocolo 08. 2015;; p. 11.
22. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente: la importancia de generar información sobre la atención en salud. Universidad del Salvador. 2013 Abril.
23. MINSALUD. Seguridad del paciente y la atención segura. "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud". 2013;; p. 10.
24. Carmen Md. Formación académica del profesional de enfermería y su adecuación al puesto de trabajo. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2015;; p. 404,405.
25. IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de latinoamérica. Ministerio de Sanidad y Política Social de España/ Organización Panamericana de la Salud. 2010.

26. Yubely A. Conocimientos de los trabajadores de salud sobre eventos adversos como proces de mejoramiento de calidad. Hospital del Tambo Cauca. 2011 Abril-Meyo.
27. Yubely M. Conocimiento de los trabajadores de la salud sobre eventos adversos como proceso de mejoramiento de calidad. Calidad en salud. 2011 Mayo;; p. 61.
28. Wegner W, Rubim EN. Seguridad del paciente en las circunstancias de cuidado. Rev. Latino-Am Enfermagen. 2012;; p. 1.
29. Organización Mundial de la Salud. La investigación en seguridad del paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. .
30. Parra DI. Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería : flebitis. úlceras por presión y caídas. Enfermería Global. 2012;; p. 1.

Anexos



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS SOBRE EVENTOS ADVERSOS
APLICADOS AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

INSTRUCCIONES: LEER CUIDADOSAMENTE Y CONTESTAR LO MAS HONESTAMENTE POSIBLE, LAS SIGUIENTES PREGUNTAS (los datos de aquí recolectados se manejarán de forma confidencial, pues serán tomadas exclusivamente para la elaboración de una investigación)

1. ¿LA INSTITUCIÓN CUENTA CON UN PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, PARA OBTENER PROCESOS DE ATENCIÓN SEGUROS?

- a. Sí
- b. No
- c. No sabe

2. ¿CONOCE UD. SOBRE EL MANUAL DE NORMA TÉCNICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN DE SALUD?

- a. Sí
- b. No

3. ¿HA RECIBIDO CAPACITACIONES EN CUANTO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Nunca

4. ¿QUÉ ES PARA USTED EVENTO ADVERSO?

- a. Es el resultado de una atención en salud que de manera involuntaria produce daño.
- b. Es el resultado de una atención en salud que de manera involuntaria no produce daño.
- c. No sabe

5. ¿UD. PUEDE PREVENIR UN EVENTO ADVERSO APLICANDO EL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DEL CUIDADO ASISTENCIAL?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe

6. ¿SU ÁREA DE TRABAJO CUENTA CON LA DOCUMENTACIÓN PARA EL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe

7. ¿USTED NOTIFICA Y REGISTRA CUANDO OCURRE UN EVENTO ADVERSO?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Nunca

8. ¿CREE USTED QUE ES IMPORTANTE IMPLEMENTAR UNA CULTURA INSTITUCIONAL PARA EL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS?

- a. Si
- b. No

9. ¿QUÉ EVENTOS ADVERSOS SE HAN NOTIFICADO Y REGISTRADO EN EL SERVICIO?

.....
.....
.....

10. ¿EXISTEN EVENTOS ADVERSOS EN EL SERVICIO QUE NO HAYAN SIDO NOTIFICADOS Y REGISTRADOS?

- a. Si
- b. No

¿Cuales?



UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Check list sobre seguridad del paciente.

Eventos adversos en el cuidado directo de enfermería	SI		NO	
	1. El servicio cuenta con el manual de seguridad del paciente.	X		
2. Existe en el servicio protocolos y procedimientos de enfermería.	X			
3. El servicio cuenta con documentación para el reporte de eventos adversos.	X			
4. Se reportan eventos adversos en el documento.	Siempre	A veces	Nunca	
		X		
5. Eventos adversos que más inciden notificados y registrados en el documento de reporte.	Evento adverso		Frecuencia	
	Ulceras por presión		12	
	Flebitis		9	
	Caídas		6	
	Error en la medicación		3	