



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

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

TEMA:

EVENTOS ADVERSOS EVITABLES EN LOS SERVICIOS DE: MEDICINA
INTERNA, GINECOLOGÍA, TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA DEL HOSPITAL
SAN VICENTE DE PAÚL DE IBARRA, EN EL PERÍODO
2013 – 2014.

AUTORAS:

**DIANA GEOVANNA FLORES GUEVARA
VERÓNICA MARITZA CHICAIZA RUIZ**

DIRECTORA DE TESIS:

Lic. MIRIAN SANTILLAN

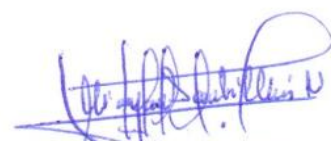
IBARRA – ECUADOR

2014

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR

En calidad de directora de la tesis de grado, presentada por: Diana Geovanna Flores Guevara y Verónica Maritza Chicaiza Ruiz, para obtener el título de Licenciado en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

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



Lic. Miryan Santillán.

C.I.0400694774



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

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto repositorio digital institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad. Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición de la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO	
CEDULA DE CIUDADANIA:	100417236-5
APELLIDOS Y NOMBRES:	FLORES GUEVARA DIANA GEOVANNA
DIRECCIÓN:	COTACACHI. QUIROGA. BARRIO LA VICTORIA
EMAIL:	dianis_gfg@hotmail.com
TELÉFONO FIJO Y MOVIL:	0992221918

DATOS DE CONTACTO	
CEDULA DE CIUDADANIA:	100302652-1
APELLIDOS Y NOMBRES:	CHICAIZA RUIZ VERÓNICA MARITZA
DIRECCIÓN:	CHALTURA. JUAN ELIAS TERÁN Y CORNELIO VELASCO
EMAIL:	veritomaritza@hotmail.com
TELÉFONO FIJO Y MOVIL:	2533-302 0999167998

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO	EVENTOS ADVERSOS EVITABLES EN LOS SERVICIOS DE: MEDICINA INTERNA, GINECOLOGÍA, TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE IBARRA, EN EL PERÍODO 2013 – 2014.
AUTORAS:	Flores, Diana; Chicaiza, Verónica
FECHA:	2015/01/05
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciadas en Enfermería
DIRECTOR DE TESIS:	Lic. MIRIAN SANTILLAN

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

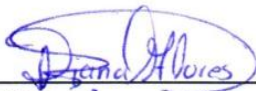
Yo, Flores Guevara Diana Geovanna con cédula Nro. 100417236-5, y yo Chicaiza Ruiz Verónica Maritza con cédula Nro. 100302652-1 en calidad de autoras y titulares de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hacemos entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizamos a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

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

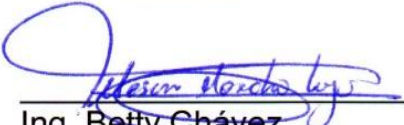
Ibarra, a los 05 días del mes de Enero de 2015

LAS AUTORAS:

Firma 
Diana Flores
C.C: 100417236-5

Firma 
Verónica Chicaiza
C.C. 100302652-1

ACEPTACIÓN:


Ing. Betty Chávez
JEFE FE BIBLIOTECA

Facultado 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, Flores Guevara Diana Geovanna con cédula Nro. 100417236-5, y yo Chicaiza Ruiz Verónica Maritza con cédula Nro. 100302652-1, expresamos nuestra voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículo 4, 5 y 6 en calidad de autora de la obra o trabajo de grado denominado; **EVENTOS ADVERSOS EVITABLES EN LOS SERVICIOS DE: MEDICINA INTERNA, GINECOLOGÍA, TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE IBARRA, EN EL PERÍODO 2013 – 2014.**; 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 cedidos anteriormente. En calidad de autoras nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada. Suscribimos este documento en el momento que hacemos entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 05 días del mes de Enero de 2015

LAS AUTORAS:

Firma 
Diana Flores
C.C: 100417236-5

Firma 
Verónica Chicaiza
C.C. 100302652-1

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de Tesis con mucho amor y cariño a mis Padres y a mis Hermanos. A mis Padres quienes a lo largo de mi vida, han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento, depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad, es por eso que les agradezco porque gracias a sus esfuerzos he logrado culminar mis estudios, obteniendo una carrera para mi futuro, y aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado apoyándome y brindándome todo su amor, por esto les agradezco de todo corazón el que estén con migo a mi lado. A mis queridos Hermanos que con sus palabras de aliento y apoyo incondicional a lo largo de mi vida han apoyado y motivado mi formación académica.

“Dianita”

Esta tesis va dedicada a todas las personas que me apoyaron y colaboraron en todo momento para que yo pueda alcanzar mi meta que es la de obtener mi licenciatura en Enfermería. Especialmente a mis dos tiernas hijas quienes fueron el incentivo durante mi etapa de formación y por el sacrificio que durante ese tiempo tuvieron que pasar.

“Verito”

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica Del Norte la cual abrió y abre sus puertas a jóvenes como nosotros dándonos la oportunidad de estudiar y ser profesionales, a la Facultad Ciencias De La Salud, Escuela De Enfermería y en ella a los distinguidos docentes, quienes durante nuestra formación universitaria con su profesionalismo enrumban a cada uno de los que acudimos con sus conocimientos que nos servirán para ser útiles a la sociedad, de igual manera al Hospital San Vicente de Paul de Ibarra que nos brindó la apertura necesaria para realizar este trabajo investigativo en beneficio de una mejor atención a nuestros queridos pacientes.

Especial agradecimiento a nuestra Directora de Tesis Licenciada Miryan Santillán quien con su apoyo y confianza en nuestro trabajo y su capacidad para guiar nuestras ideas ha sido un aporte invaluable, gracias por habernos brindando el tiempo necesario, como la información para que este anhelo llegue a ser felizmente culminado.

Son muchas las personas que han formado parte de nuestra vida a las que nos encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles. Algunas están aquí con nosotros y otras en nuestros recuerdos y en nuestro corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de nosotras. Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga.

INDICE DE CONTENIDOS

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR; **Error! Marcador no definido.**

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; **Error! Marcador no definido.**

DEDICATORIAvi

AGRADECIMIENTOvii

INDICE DE CONTENIDOSviii

RESUMENxv

SUMMARYxvi

CAPÍTULO I 1

1.1.- Planteamiento del problema 1

1.2.- Formulación del problema 3

1.3.- Objetivos 4

1.3.1.- Objetivo General 4

1.3.2.- Objetivos específicos 4

1.4.- Preguntas de investigación 5

1.5.- Justificación 6

CAPÍTULO II 9

2.1 Antecedentes 9

2.1.1.-Estudios importantes de eventos adversos en España. 14

2.1.2.-El estudio Iberoamericano de eventos adversos (IBEAS)	16
2.1.2.9.-La enfermería como profesión.....	23
2.2.- Marco contextual	24
2.2.1.- Visión y misión del HSVP	27
2.2.2.- Valores Y Principios Institucionales	28
2.2.3.- Servicios del Hospital San Vicente de Paul	28
2.3 Marco Referencial:.....	34
2.4 Marco legal:	38
2.5 Marco Ético:.....	49
CAPÍTULO III.....	53
3.1.- Tipo de Estudio.....	53
3.2.- Diseño.....	53
3.3.- Población y Muestra.	54
3.3.1.- Población.....	54
3.3.2.- Muestra.....	54
3.4 Criterios de inclusión y exclusión	55
3.4.1 Criterios de inclusión.....	55
3.4.2 Criterios de exclusión.....	55
3.5.- Técnicas e Instrumentos.....	56
3.5.1 Revisión de literatura científica.	56
3.5.2 Revisión documental (Historia Clínica).	56
3.5.3 Observación directa	57
3.5.4 Encuesta de Cribado (Guía De Cribado - GC).....	57
3.5.4.2 Cribado II: (Cuestionario Modular - MRF2).	58
3.5.5 Diario de Campo	59
3.5.6 Herramientas Tecnológicas.	59
3.5.7 Procedimiento	59
3.5.8 Análisis e Interpretación de Datos	61
3.5.9 Validez Y Confiabilidad	61
3.6.- Matriz de relación de variables	63
Tabla 1: Variables.....	63

CAPÍTULO IV.....	67
4.1 Análisis de resultados	68
4.1.1.- Distribución de resultados, en relación al sexo de pacientes.....	68
4.1.2.- Distribución de resultados, en relación a edad de pacientes.....	70
4.1.3.- Distribución de resultados, en relación a la evitabilidad del Evento Adverso.....	72
4.1.4.- Distribución de resultados, en relación al Servicio Hospitalario.....	74
4.1.5.- Distribución de resultados, en relación a Factores de Riesgo Intrínsecos.	76
4.1.6.- Distribución de resultados, en relación al Servicio Hospitalario.....	78
4.1.7.- Distribución de resultados, en relación al Tipo de Evento Adverso. .	80
4.1.8.- Contingencia Sexo/Edad	82
4.1.9.-De Contingencia Sexo/Factores Intrínsecos.....	84
4.1.10.-De Contingencia Sexo/Factores Extrínsecos.....	86
4.1.11.- De Contingencia Edad/Factores Intrínsecos.....	88
4.1.12.-De Contingencia Edad/Factores Extrínsecos	90
4.1.13.-De Contingencia Tipo De Servicio/Tipo De Evento Adverso	92
4.1.14.- De Contingencia Factores Intrínsecos/Factores Extrínsecos	94
4.1.15.- De Contingencia Tipo De Evento Adverso/Criterio Determinante...	95
4.1.16.-De Contingencia Evento Adverso Evitable/Tipo De Evento Adverso	97
4.1.17.-De Contingencia Factores Intrínsecos/Tipo De Evento Adverso	99
4.1.18.-De Contingencia Factores Extrínsecos/Tipo De Evento Adverso ..	101
4.1.19.-De Contingencia Tipo De Servicio/Criterio Determinante	103
4.2.-Discusión	105
4.3.- Conclusiones	108
4.4.- Recomendaciones	110
CAPÍTULO V.....	111
PROPUESTA	111
“CAPACITACIÓN VIRTUAL SEGURIDAD DEL PACIENTE”	111

5.1.-Introducción	111
5.2.- Objetivos.....	112
5.2.1.-Objetivo General:.....	112
5.2.2.-Objetivos Específicos:.....	112
5.3.-Justificación	112
5.4.-Metodología	113
5.5.-Evaluación:	113
5.6.-Plan Temático.....	114
5.7.- Temas de estudio	114
5.7.1.- Introducción	114
5.7.2.-Conceptos.....	115
5.8.-Logros.....	115
Bibliografía	116
ANEXOS.....	124
Anexo N°1 : Clasificación de Términos en Seguridad del Paciente:(Taxonomías).....	125
Anexo N°2 Cribado	129

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Sexo de pacientes.....	68
Gráfico 2 Edad de los pacientes.....	70
Gráfico 3 Evidencia de posibilidad de prevención	73
Gráfico 4 Servicio Hospitalario.....	74
Gráfico 5 Factor intrínseco.....	76
Gráfico 6 factor extrínseco.....	78
Gráfico 7 Incidencia	81
Gráfico 8 relación de sexo y edad.....	83
Gráfico 9 Sexo / factor intrínseco.....	84
Gráfico 10 Sexo / Factor extrínseco.....	86
Gráfico 11 Edad en años / Factor Intrínseco	88
Gráfico 12 Edad en años / Factor extrínseco.....	90
Gráfico 13 Servicio Hospitalario / Tipo de evento adverso	93
Gráfico 14 Factor intrínseco / Factor extrínseco	94
Gráfico 15 Tipo de evento adverso / Criterio determinante.....	95
Gráfico 16 Evidencia de posibilidad de prevención / Tipo de evento adverso	98
Gráfico 17 factor intrínseco / Tipo de evento adverso.....	100
Gráfico 18 factor extrínseco / Tipo de evento adverso.....	102
Gráfico 19 Servicio hospitalario / Criterio determinante	103

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Sexo de pacientes	68
Tabla 2 Edad de pacientes	70
Tabla 3 Evidencia de posibilidad de prevención	72
Tabla 4 Servicio hospitalario	74
Tabla 5 Factor intrínseco	76
Tabla 6 factor extrínseco	78
Tabla 7 tipo de evento adverso	80
Tabla 8 tabla de contingencia sexo / Edad	82
Tabla 9 tabla de contingencia Sexo /Factor intrínseco	84
Tabla 10 Tabla de contingencia Sexo / Factor extrínseco	86
Tabla 11 Tabla de Contingencia Edad en años / Factor intrínseco.....	88
Tabla 12 Tabla de contingencia Edad en años / Factor extrínseco	90
Tabla 13 Tabla de contingencia Servicio Hospitalario / Tipo de evento adverso	92
Tabla 14 tabla de contingencia Factor intrínseco / Factor extrínseco	94
Tabla 15 Tabla de contingencia Tipo de evento adverso / Criterio determinante	95
Tabla 16 Tabla de contingencia Evidencia de posibilidad de prevención / Tipo de evento adverso	97
Tabla 17 Tabla de contingencia factor intrínseco / Tipo de evento adverso	99
Tabla 18 tabla de contingencia factor extrínseco / Tipo de evento adverso	101
Tabla 19 Tabla de contingencia Servicio hospitalario / Criterio determinante	103

RESUMEN

El presente documento detalla temas de gran interés como la seguridad clínica del paciente, su alta vulnerabilidad, y la poca o escasa cultura de seguridad en nuestro medio que conllevan a cometer errores en el cuidado sanitario, estos errores generalmente suelen pasar inadvertidos terminando en evento adverso. Es por ello que la profesión de enfermería debe ir de la mano con la ética, logrando que la cultura de seguridad en el paciente salvaguarde sus derechos como: acceso a la atención sanitaria, individualidad, confidencialidad, consentimiento informado de procedimientos entre otros, que son enunciados en el Tratado De Ciom y Helsinski, base fundamental en la ética profesional. En el Hospital San Vicente de Paul lugar donde se desarrolló este estudio, por medio de este trabajo hemos detectado una significativa incidencia de eventos adversos que sin duda alguna con la implementación de una cultura de seguridad, la atención sanitaria mejoraría, apegada a la filosofía del buen vivir “Sumak Kausai” sin dejar de lado los deberes, derechos, normas, procedimientos y leyes que rigen en nuestro país, y las normativas internacionales que también son aplicables a nuestro medio. Luego del trabajo de campo, en el que se utilizaron instrumentos de uso internacional, para estudios de seguridad del paciente, la herramienta primordial para desarrollar este documento fueron los cribados aplicados en fueron aplicados en el Estudio de frecuencia de eventos adversos en la Asistencia Hospitalaria – Proyecto IDEA y está Basado en “Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I-II. NEJM 1991; 324:370-84”. (Versión española). Para el plan de análisis se utilizó un diseño univariado, utilizando el paquete estadístico Spss pasw statistics versión18.

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

SUMMARY

This document details issues of great interest as clinical patient safety, their vulnerability, and little or poor safety culture in our country that lead to errors in healthcare, these errors often go unnoticed usually ending in adverse event . That is why the nursing profession must go hand in hand with ethics, making the culture of patient safety safeguards their rights as access to health care, individuality, confidentiality, informed consent procedures and others that are enunciated in De MECC and Helsinki Treaty, the foundation on professional ethics. In the San Vicente de Paul Hospital where this study was conducted, through this work we have found a significant incidence of adverse events that undoubtedly with the implementation of a safety culture, improve health care, attached to the philosophy of good life "sumak Kausai" without neglecting the duties, rights, rules, procedures and laws in our country, and international regulations that are applicable to our environment. After the fieldwork, where instruments used internationally were used for studies of patient safety, the primary responsibility for developing this document tool was screened applied were applied in the study of frequency of adverse events in the Hospital Care - IDEA Project and is based on "Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I-II. NEJM 1991; 324: 370-84 ". (Spanish Version). For the analysis plan was used univariate design, using SPSS PASW Statistics versión18.

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

**EVENTOS ADVERSOS EVITABLES EN LOS SERVICIOS DE: MEDICINA
INTERNA, GINECOLOGIA, TRAUMATOLOGIA, CIRUGIA EN EL HSVP
IBARRA PERIODO 2013 – 2014**

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.- Planteamiento del problema

La falta de seguridad del paciente, es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo. La Alianza Mundial Para La Seguridad Del Paciente se estableció a fin de promover esfuerzos mundiales encaminados a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes de todos los estados miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OMS). La Alianza hace especial hincapié en fomentar la investigación como uno de los elementos esenciales para mejorar la seguridad de la atención sanitaria. (OMS, 2008)

A nivel mundial, el problema de los eventos adversos en salud se presenta desde hace muchos años, reflejándose en la preocupación por los efectos desfavorables que puede ocasionar en la atención de la salud. Desde la publicación de informes sobre las causas de los eventos adversos relacionados con la atención médica, existe una mayor preocupación por la gravedad del problema, motivando la incorporación de estrategias de seguridad del paciente a los planes de acción gubernamentales y de diversas organizaciones de salud, además de impulsar de manera importante la investigación para la prevención de eventos adversos. (Delgado Bernal & Márquez Villarreal).

Cuando en 1999, se publicó el informe del Institute of Medicine, (IOM) "Toerris human", el asunto de la seguridad de los pacientes se hizo evidente a nivel internacional ante los diversos actores: usuarios, equipos multidisciplinarios de atención a la salud, así como los directivos y

responsables de dirigir las políticas de salud y de calidad en los gobiernos de distintos países. (Delgado Bernal & Márquez Villarreal).

En España, es imprescindible referirse a los estudios de (Aranaz & Albar, 2005) con el Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos (ENEAS) ligados a la hospitalización. Por la magnitud de la investigación, el estudio es el segundo más completo sobre esta materia realizada hasta la fecha en Europa y el quinto en el mundo. Los resultados del estudio indican que un 8,4%, de los pacientes ingresados en los hospitales españoles presenta algún efecto adverso relacionado directamente con la asistencia hospitalaria.

El proyecto Iberoamericano de Eventos Adversos(IBEAS), ha sido el resultado de la colaboración entre la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Ministerio de Sanidad y Política Social de España, y los Ministerios de Salud e instituciones de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. (IBEAS, 2009).

Ha sido el primer estudio llevado a cabo a gran escala en América Latina para medir los eventos adversos que ocurren como resultado de la atención médica en los hospitales. Conocer la magnitud y las características del problema es el primer paso para poner soluciones y conseguir disminuir la carga de enfermedad debida a riesgos en los cuidados sanitarios. (IBEAS, 2009)

En el Ecuador en la actualidad no hay investigaciones sobre el tema, el 29 de marzo de 2012 se efectuó la presentación oficial de la primera edición del libro "Enfermería y seguridad de los pacientes", en el contexto de la reunión Regional de Educación de Enfermería hacia el 2020, contribuciones a la renovación de la Atención Primaria en Salud (APS), con la presencia de 6 de sus autoras.

En la provincia de Imbabura se tomara como modelo al Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra, el cual cuenta con una moderna y elegante infraestructura, con la cual se debería estar dando el mejor de los servicios, es decir una atención de calidad eficiente, eficaz y efectiva a los usuarios que con el pasar de los años ha adquirido considerable importancia en nuestro país y uno de los principios rectores de la política sectorial, como un derecho ciudadano en donde el eje central de la atención es la satisfacción de los usuarios.

Ante esta problemática mundial, el Hospital San Vicente de Paúl (HSVP), motivado a generar cambios, basándose en las últimas estadísticas de eventos adversos encontrados en los diferentes hospitales según el proyecto Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS), propone dar el primer paso a nivel del país realizando un estudio sobre eventos adversos evitables encontrados en los diferentes servicios del hospital.

1.2.- Formulación del problema

¿Cuáles son los eventos adversos evitables identificados en los pacientes que causaron daño y que se podrían haber evitado, en los diferentes servicios del hospital San Vicente de Paúl?

1.3.- Objetivos

1.3.1.- Objetivo General

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

1.3.2.- Objetivos específicos

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

1.4.- Preguntas de investigación

- ¿Cómo caracterizar socio demográficamente a la población objeto de estudio?
- ¿Cómo identificar el evento adverso?
- ¿Cómo identificar los factores que determinaron el evento adverso?
- ¿Cómo analizar en qué medida los incidentes que causaron daño se podrían haber evitado.
- ¿Cómo diseñar una capacitación virtual para la prevención de eventos adversos y fortalecer la implementación de prácticas seguras?

1.5.- Justificación

El presente estudio tiene como propósito analizar en qué medida los eventos adversos identificados en los pacientes que causaron daño se podrían haber evitado, en los Servicios de Medicina Interna, Ginecología, Traumatología, Cirugía del Hospital San Vicente de Paul.

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

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

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

Con el desarrollo de este proyecto se quiere que los directivos y profesionales asistenciales en los diferentes servicios del HSVP, cuenten con la herramienta que permita incrementar la seguridad de la atención en salud tomando en cuenta que el aspecto más importante de los conocimientos sobre la seguridad del paciente es la prevención del daño

logrando mejorar la seguridad del paciente (Briseno Pineda, Calidad de la Atención segura del paciente, 2002).

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

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

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 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. (Asamblea Mundial de la Salud, 2002)

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 (Taxonomía de la seguridad del paciente). (OMS, 2009).

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente fue puesta en marcha por el Director General de la Organización Mundial de la Salud en octubre de 2004. Creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo, la Alianza es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS; expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria. OMS. (OMS, Seguridad del paciente, 2006).

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

En concordancia con la bibliografía anterior es importante tener presente que se sabe muy poco sobre la magnitud de las lesiones producidas por la atención insegura en los países en desarrollo, y que éstas pueden ser superiores a las de los países desarrollados debido a limitaciones de infraestructura, tecnología y recursos humanos. Por ejemplo, cada año en el mundo se administran 16000 millones de inyecciones, en su mayor parte con fines terapéuticos. 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. (Organización Mundial de la Salud, 2008). Es por ello que la OMS hace especial hincapié en fomentar la investigación como uno de los elementos esenciales para mejorar la seguridad de la atención sanitaria.

En todo el mundo, la prestación de atención sanitaria se enfrenta al desafío de una amplia gama de problemas de seguridad. El tradicional juramento médico (“Lo primero es no hacer daño”) rara vez es violado intencionalmente por parte de los médicos, enfermeros 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. (Castiglioni, 1941)

Reconocido lo anterior lo primero que debemos hacer es reconocer esta perturbadora realidad, rechazar la noción de que el statu que es aceptable, y quizá lo más importante, tomar medidas para corregir los problemas que contribuyen a la atención no segura. Todos los pacientes tienen derecho a una atención eficaz y segura en todo momento.

El daño involuntario a pacientes que son sometidos a tratamientos no es un fenómeno nuevo. El registro más antiguo de este problema data del siglo XVII A.C. (Doisenbant & Arnaldo, 2008). Según la teoría de Doisenbant, la respuesta en aquellos días era clara y exclusivamente punitiva (por ejemplo, se le cortaba la mano a un cirujano).

Afortunadamente, los líderes políticos de algunos países están formulando sus argumentos para la reforma de la atención sanitaria en términos de una calidad superior y en la eliminación o corrección de prácticas que se sabe que son inseguras o poco económicas. En forma similar, los pacientes y sus familias se están volviendo cada vez más hábiles para acceder a la información que les permite tomar decisiones personales de atención sanitaria sobre tratamientos, elegir los prestadores de atención sanitaria y exigir asimismo una atención más segura. Los facultativos de atención sanitaria también se están tornando más competentes en cuanto a la incorporación de conocimientos basados en la evidencia en sus prácticas de toma de decisiones clínicas. (OMS, 2007).

Cada año, el tratamiento y la asistencia de cientos de millones de pacientes de todo el mundo se complican por infecciones contraídas al recibir atención sanitaria. Como consecuencia de ello, algunas personas enferman más gravemente que si no se hubiesen infectado. Algunas de ellas, pueden necesitar hospitalizaciones prolongadas, sufrir discapacidades

o morir. Además de los costes humanos, los sistemas sanitarios han de soportar una enorme carga económica adicional. (OMS, 2005-2006).

De distintas investigaciones realizados en el extranjero, por ejemplo en los Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Francia, Inglaterra y Dinamarca, se desprende que gran número de pacientes sufre algún tipo de «daño» durante su tratamiento en el hospital. La Organización Mundial de la Salud (OMS) anima a otros países europeos a que lleven a cabo estudios de investigación similares a éstos, con vistas a generar la sensación de urgencia necesaria para lograr auténticos progresos en el cuidado de los pacientes. (Wagner & Cuperus Bosma, 2001).

Colombia ha implementado, desde el 2002, un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, donde apunta, inicialmente, a garantizar unos estándares mínimos en términos de la estructura: de la infraestructura, de procesos, de insumos de medicamentos y de recurso humano. (Ministerio De Protección Social Colombia, 2007).

La estrategia de Seguridad del Paciente que desarrolla Colombia es el conjunto de acciones y estrategias sencillas que está impulsando el Ministerio de la Protección Social para ser implementadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud; las cuales propenden a ofrecer herramientas prácticas para hacer más seguros los procesos de atención, impactar en la mejora de la calidad y de proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la Atención en salud. (Ministerio De Protección Social Colombia, 2007).

Los aportes de pruebas sobre riesgos posibles producidos en contextos diversos han sido numerosos, y desde los decenios de 1950 y 1960 se han realizado estudios que han dado cuenta del problema, aun cuando en ese tiempo no se le dio la dimensión que éste supone. En 1991 el resultado del Harvard Medical Practice Study indicó que un 4% de los pacientes sufre

algún tipo de daño en el hospital; el 70% de eventos adversos produce incapacidad temporal y el 14% de los incidentes son mortales. En 1999, la publicación *Toerris human: building a saferhealthsystem*, del Instituto de Medicina de Estados Unidos de América, aporta mayor información al respecto. (Seguridad del paciente en la Asistencia Sanitaria, 2010).

Algunos reportes científicos como los que brinda Scielo y PubMed de la US National Library of Medicine, National Institutes of Health establecen que entre 1 y 10% de ingresos hospitalarios debido a errores en la medicación. En los países tercermundistas y en los que tienen economías en transición (países de Europa del Este) Hungría, Polonia, Rusia, etc., existen pruebas de que la probabilidad en la aparición de eventos adversos son ocasionadas por el mal estado de las infraestructuras, de los equipos, la calidad de los medicamentos y la irregularidad en el suministro, las deficiencias en la eliminación de desechos y en el control de las infecciones, la deficiente actuación del personal por falta de motivación o conocimientos insuficientes o número insuficiente y por la falta grave de recursos para cubrir los costos de funcionamiento esenciales. (Villarreal, 2007)

El sistema de salud requiere que todos los responsables en brindar atención a la población, se involucren con las acciones destinadas a mejorar la calidad del servicio en los diversos ámbitos. La enfermería a nivel internacional trabaja arduamente por mejorar la calidad de la formación, la asistencia, la investigación y la gestión de enfermería; para lograr así, la seguridad del paciente. (Ortega & Suárez, 2006).

La seguridad del paciente se refuerza entonces a partir de la identificación de los eventos adversos resultantes de la práctica clínica cotidiana, los cuales pueden provocar más morbilidad, aumento en la estancia hospitalaria, mayor demanda de servicios de salud, incapacidad o muerte, así como también conflictos relacionados con sobrecostos entre los entes prestadores de salud. La gran proporción de eventos adversos es

multifactorial, producto de procesos multicausales propios de la atención clínica, es decir que no son situaciones aisladas o repentinas, sino más bien en la mayoría de los casos condiciones realmente prevenibles. (Mondragón-Cardona , 2012)

La seguridad de los pacientes se constituye en una prioridad en la gestión de calidad del cuidado que se brinda. De ahí la importancia de reflexionar sobre la magnitud que tiene el problema de eventos adversos, para prevenir su ocurrencia y progresar en acciones que garanticen una práctica segura. Se trata de un compromiso que debe ser de todas las instituciones formadoras del talento humano, profesionales, prestadoras de servicios de salud y de la comunidad para un cuidado seguro y de calidad. (Villarreal Cantillo, 2012)

2.1.1.-Estudios importantes de eventos adversos en España.

En España, el Proyecto IDEA. “Identificación De Efectos Adversos” constituye el primer estudio de cohortes diseñado para conocer la incidencia de efectos adversos en servicios quirúrgicos, médicos, y médico-quirúrgicos de 8 hospitales de cinco comunidades autónomas diferentes. Pretendía analizar las características del paciente y las de la asistencia que se asocian a la aparición de efectos adversos, así como estimar el impacto de los efectos adversos en la asistencia, distinguiendo los evitables de los que no lo son. Este proyecto fue financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias del SNS español, y constituyó un excelente banco de pruebas para el Estudio Nacional sobre Efectos Adversos (ENEAS), promovido por el MSPS. (Aranaz & Vitaller, Identificación de Efectos Adversos., 2004).

Según el Proyecto IDEA trata de ser explicativo y evidencia que la barrera que separa los efectos adversos evitables de los que no lo son es tenue, de tal modo que es difícil diferenciar los EA ligados a la asistencia sanitaria de aquellos que vienen condicionados por las características, comorbilidad y/o factores de riesgo intrínsecos del paciente.

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

Según el Estudio Nacional sobre Efectos Adversos (ENEAS) las tres causas principales de efectos adversos en los hospitales están relacionadas con el uso de los medicamentos 37,4%, con las infecciones hospitalarias 25,3% y con la aplicación de procedimientos quirúrgicos 25%, en particular si requieren anestesia. Estos efectos, además de perjuicios a los pacientes, ocasionan un mayor gasto sanitario ya que suponen ingresos hospitalarios adicionales, más días de estancia en el hospital y pruebas y tratamientos que se podrían haber evitado, al menos, en casi la mitad de los casos. De hecho, se estima que el 42,8%, de los efectos adversos son evitables. (Ques & Vázquez Campo, 2008).

El estudio APEAS, publicado en 2008, tuvo como objetivo principal mejorar el conocimiento en relación con la seguridad de pacientes en atención primaria, por medio de una aproximación a la magnitud, trascendencia e impacto de los EA y al análisis de las características de pacientes y de la asistencia recibida que se asocian a la aparición de EA evitables. La prevalencia de EA fue de un 11,18%, de los cuales el 54% se

consideraron leves. Los principales factores causales del EA estaban relacionados en el 48,2% de los casos con la medicación, en el 25,7% con los cuidados y en el 24,6% con la comunicación. El 70% de los EA se consideraron evitables. (Bernal M, et al., 2011)

El estudio concluye que, si bien a la vista de los resultados la práctica sanitaria en atención primaria es relativamente segura, la prevención de los EA se perfila como una estrategia prioritaria dado el alto porcentaje de evitabilidad de los mismos. (Bernal M, et al., 2011)

En esta segunda investigación (APEAS) se ha abordado el análisis de la frecuencia y tipo de los Eventos Adversos en Atención Primaria. Debe destacarse que se trata de uno de los primeros estudios que se ocupa de esta problemática en los centros de salud, abarcando una amplia muestra de consultas de medicina y de enfermería.

2.1.2.-El estudio Iberoamericano de eventos adversos (IBEAS)

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

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

Según estos estudios realizados por , IDEA, ENEAS, APEAS, IBEAS, hoy en día, las soluciones para mejorar la seguridad del paciente ofrecen un enfoque más constructivo, uno en el cual el éxito (una atención más segura) es determinado por lo bien que los profesionales médicos trabajan en equipo, cuán efectivamente se comunican entre sí y con los pacientes, y cuán cuidadosamente diseñados están los procesos de prestación de atención y los sistemas de apoyo de la atención, recalcando q este es el propósito que buscan estas investigaciones; aportando de esta manera con nuestra investigación.

2.1.2.1.-Conceptos relacionados con evento adverso.

Evento adverso

Un evento adverso es aquel que genera daño al paciente, después de que éste ingresa a una institución médica, y está relacionado más con el cuidado proveído que con la enfermedad de base. Según un estudio realizado por el profesor del Instituto de Investigaciones Clínicas de la Universidad Nacional de Colombia, Hernando Gaitán, y por el grupo de Evaluación de Tecnologías y Políticas en Salud, en Colombia la mortalidad asociada a los eventos adversos fue cercana al 6%. (Gaitan Duarte, 2008)

Según Gaitán no toda complicación es un evento adverso. Por ejemplo, un paciente que presenta un cuadro de dolor abdominal secundario a apendicitis complicada con peritonitis, debido a que acudió tardíamente al hospital y tomó analgésicos autoformulados, es considerado una complicación de la enfermedad de base y no un evento adverso.

2.1.2.2- Tipos de eventos adversos

Existen algunos tipos de eventos adversos como son:

- Evento adverso prevenible: el cual se define como el resultado no deseado causado de forma no intencional que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial. (Bañeres, Cavero, & López, 2004)
- Evento adverso no prevenible: es el resultado no deseado causado de forma no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial. (Carola Orrego, 2009)

2.1.2.3.-Según Severidad

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

Un evento adverso puede tener varios grados de intensidad o de severidad (por ejemplo, un dolor de cabeza secundario a punción lumbar puede ser grave, moderado o leve) la lesión o daño puede estar relacionada

a la discapacidad con el tiempo, según la publicación se definen según severidad del evento adverso:

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

2.1.2.4.- Bioseguridad

Es el conjunto de medidas preventivas que tienen como objetivo proteger la salud y la seguridad del personal, de los pacientes y de la comunidad frente a diferentes riesgos producidos por agentes biológicos, físicos, químicos y mecánicos. (Luiz, 1999)

Según Luiz Bioseguridad es el sistema de normas de acciones de seguridad que regulan y orientan la práctica en salud, cuyo objetivo o fin es satisfacer o responder a expectativas de cada una de las partes.

2.1.2.5.- Lavado de manos

La higiene de manos es la medida primaria para reducir infecciones. Quizás una acción simple, pero la falta de cumplimiento de la misma por parte de los profesionales de la salud es un problema mundial. Basándose

en investigaciones sobre los aspectos que influyen el cumplimiento de la higiene de manos y mejores estrategias de promoción, se ha demostrado que nuevos enfoques son eficaces. Se han propuesto una variedad de estrategias para la mejora y promoción de la higiene de manos, el Primer Desafío Global de la Seguridad del Paciente de la OMS. (OMS, Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud, 2009)

Una Atención Limpia es una Atención más segura, es por ello que según la OMS el interés principal consiste en mejorar las prácticas y estándares de la atención de la salud junto con la implementación de intervenciones exitosas como el lavado de manos.

2.1.2.6.-El error humano

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

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

Se encuentran definiciones estrechamente vinculadas al concepto de error Humano tal como el concepto que asevera: “Se refiere a la lesión causada por la gerencia del cuidado médico incluyendo actos de omisión es

decir de diagnosticar o de tratar, y los actos del diagnóstico o tratamiento incorrecto”. (Ministerio De Protección Social Colombia, 2007)

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

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

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

- Diagnósticos: Error o retardo en el diagnóstico, Falla en el uso de las pruebas indicadas, Uso de pruebas terapéuticas desactualizadas, Falla para actuar sobre los resultados ofrecidos por la monitoria o la prueba
- Terapéuticos: Error en la realización de una operación, un procedimiento una prueba, Error en la administración del tratamiento, Error en el método o la dosis de un medicamento, Retraso evitable en el tratamiento o en la respuesta a una prueba anormal, Cuidado inapropiado o no indicado

- Preventivos: Falla para proveer un tratamiento profiláctico, Seguimiento del tratamiento inadecuado
- De otro tipo: Falla en la comunicación, Falla en el equipo, Falla de otros sistemas. (Bernal, 2008)

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

2.1.2.7.- Iatrogenia.

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

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

2.1.2.8.- Riesgo e incertidumbre en la práctica sanitaria.

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

2.1.2.9.-La enfermería como profesión.

La Enfermería es una profesión liberal enmarcada dentro del método científico que se encarga del cuidado y promoción de la salud, y la prevención de la enfermedad. La profesión se encuentra reglamentada internacionalmente por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y el código de ética de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (C, E., FEPPEN) entre otros. (Torres, 2011)

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

Reconociendo lo recalado en todo el marco teórico, no cabe duda de que los nuevos modelos de atención sanitaria, con tratamientos y

procedimientos complejos y multidisciplinarios, técnicas diagnósticas y terapéuticas sofisticadas, así como otros factores relacionados con la masificación de intervenciones, las prisas y situaciones estresantes propios de nuestro tiempo, han ido entrañando más y nuevos riesgos potenciales. Además, existen múltiples factores que condicionan las decisiones clínicas, el proceso asistencial y el resultado de los cuidados, pudiendo conducir a la aparición de un daño evitable o no en los pacientes es por ello que todo lo citado concuerda y aporta con nuestra investigación.

2.2.- Marco contextual

El Hospital San Vicente de Paúl se encuentra ubicado en la ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura. Tiene una trayectoria formal y bien definida en cuanto a atención a usuarios externos ambulatorios desde el año 1875, su cobertura abarca a nuestra provincia, principalmente, y parte de las provincias de Esmeraldas, Carchi y Pichincha.

En la ciudad de Ibarra fundada el 28 de septiembre de 1606, surgió en el Cabildo la preocupación por cumplir con las leyes españolas difundidas para estas tierras. Producto de ellas fue la donación de un solar terreno realizada a la ciudad por un sacerdote y vicario Licenciado Tamayo.

Este solar se ubica según referencias históricas en las cercanías de la cárcel y debían servir para que en él se construyera un hospital. La donación se efectuó el 22 de abril de 1609 y fue recibida por el Corregidor Señor Antonio Carvajal. La ubicación del solar corresponde a los números 339 y 340 de dicho reparto.

En 1868, a raíz del terremoto que destruyó la ciudad y sus alrededores el Presidente García Moreno, creó dos hospitales, uno para hombres y otro para mujeres, ubicado en Caranqui, los mismos que funcionaron hasta el 21

de noviembre de 1868 y contaron con el contingente de dos médicos, el Dr. Rivadeneira y el Dr. Vélez, quienes no percibieron ningún sueldo por sus servicios. En 1871 se estableció el Monte de Piedad de Ibarra con fondos de la ayuda inglesa, cuya finalidad fue la de socorrer a los sobrevivientes del terremoto que quedaron en condiciones de absoluta pobreza.

Las posibles utilidades de ésta institución fueron asignadas al Hospital el 15 de septiembre de 1875, oportunidad en la que además se señala que se expedirá el Reglamento para la organización del Hospital.

Según Decreto Legislativo expedido el 8 de octubre de 1880, los fondos del Monte de Piedad se encargaron definitivamente al Hospital. Estos fondos consistieron en 26.000 pesos de los cuales únicamente 2000 pesos fueron en efectivo, el resto eran documentos a cobrarse.

El 20 de abril de 1872 inició sus actividades de servicio el Hospital San Vicente de Paul, según Decreto Supremo de 15 de abril de 1879. Las rentas señaladas no fueron entregadas por parte del Estado, pero se las hacía constar como deuda del mismo a la Subdirección de Asistencia Pública hasta abril de 1928, ya que según Decreto Supremo del mes de diciembre de 1927, se declaró cancelada ésta y otras deudas del Estado con diversas instituciones.

En principio el hospital que la se conocía con el nombre de “San Vicente de Paul”, funcionó con una sala general para hombres. La sala de mujeres se creó el 10 de julio de 1884.

En el mes de noviembre de 1885, las Hermanas de la Caridad se hacen cargo del trabajo en las áreas del Hospital, haciendo con ello efectiva la autorización que el Estado les otorgara el año 1869.

El 21 de enero de 1884, inicia su atención la Botica del Hospital. La sala de cirugía se inauguró el 18 de marzo de 1919. Luego el 15 de abril de 1928 se crea la sala de pediatría, el 12 de mayo del mismo año se construye dos salas para maternidad, las que empezaron a prestar servicios en 1930.

El pabellón específico para maternidad se terminó de construir en 1944. Hacia 1941 existen referencias de ciertos trabajos de laboratorio, aunque el laboratorio de Patología Clínica fue inaugurado en febrero de 1947, con aporte del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. Desde 1888 existió esbozos de estadística, oficina que fue creada oficialmente en el año 1953.

Debe tenerse como dato importante que, a pesar de existir un decreto del 9 de mayo de 1885 por el cual se fijan las rentas del Hospital, éste sólo se aplicó a partir del 26 de julio de 1921. Ello permite ver que por esta época la administración era absolutamente centralizada.

Posteriormente, el 6 de junio de 1967, mediante Decreto N° 149 del 16 del mismo mes y año, se creó el Ministerio de Salud Pública en el Ecuador y el Gobierno Nacional, mediante Decreto Supremo 232 del 14 de abril de 1972, publicado en el Registro Oficial N° 48 del indicado mes y año, crea la Dirección General de Salud y se suprime la Asistencia Social del País y son asumidas por el Ministerio de Salud Pública, todas las Unidades Operativas de Salud con sus respectivos patrimonios, derechos y obligaciones que pertenecían a las Juntas de Asistencias Sociales en el país y pasan a depender jerárquicamente los hospitales públicos de las respectivas Jefaturas Provinciales de Salud, que hoy corresponden a las Direcciones Provinciales de Salud, en el caso del Hospital San Vicente de Paul de Ibarra depende de la Dirección de Salud de Imbabura.

“Posteriormente, el 6 de junio de 1967, mediante Decreto N° 149 del 16 del mismo mes y año, se creó el Ministerio de Salud Pública en el Ecuador y el Gobierno Nacional, mediante Decreto Supremo 232 del 14 de abril de 1972, publicado en el Registro Oficial N° 48 del indicado mes y año, crea la Dirección General de Salud y se suprime la Asistencia Social del País y son asumidas por el Ministerio de Salud Pública, todas las Unidades Operativas de Salud con sus respectivos patrimonios, derechos y obligaciones que pertenecían a las Juntas de Asistencias Sociales en el país y pasan a depender jerárquicamente los hospitales públicos de las respectivas Jefaturas Provinciales de Salud, que hoy corresponden a las Direcciones Provinciales de Salud, en el caso del Hospital San Vicente de Paul de Ibarra depende de la coordinación zonal 1 de Salud de Imbabura” es a partir de este decreto que el HSVP funciona en sus nuevas instalaciones mas amplias y confortables para de esta manera brindar una atención de calidad y calidez a los usuarios. (HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL, 2013).

2.2.1.- Visión y misión del HSVP

- Visión: El Hospital San Vicente de Paúl en cinco años será una institución líder en la prestación de servicios de salud del norte del país, brindará atención de calidad con acceso universal, equidad y calidez, contará con tecnología de punta, personal motivado y altamente capacitado, convirtiéndose en la institución de salud más valorada por la comunidad y que rinda cuentas de su gestión”
- Misión: El hospital San Vicente de Paúl tiene por misión ofertar los servicios de salud de II nivel con enfoque integral a los usuarios y cumpliendo con su rol con el sistema nacional de salud capacitando al

recurso humano, fortaleciendo la docencia e investigación como aporte a mejorar la salud de la población de su área de influencia.

2.2.2.- Valores Y Principios Institucionales

- Servicio: Nuestro principio fundamental es el servicio con calidez, orientado a satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros usuarios.
- Puntualidad: Seremos un ejemplo en el cumplimiento de tiempos y plazos previamente establecidos y acordados.
- Ética: Tenemos un alto sentido de respeto por las normas y seremos íntegros en nuestras acciones.
- Solidaridad: Preocuparnos por el bienestar de los demás es parte de nuestra responsabilidad, extender la mano y brindar apoyo a quien lo necesita será nuestra mayor satisfacción.
- Honestidad: La integridad y transparencia de todos quienes conformamos el hospital es nuestra mejor presentación en la comunidad.

2.2.3.- Servicios del Hospital San Vicente de Paul

Cuenta con los siguientes servicios: Emergencia, Neonatología, Ginecología, Cirugía, Traumatología, Medicina Interna, Pediatría, Centro Quirúrgico, Medicina Física y Rehabilitación, Consulta Externa, Terapia Intensiva, Laboratorio Clínico, Imagenología, Trabajo Social, Farmacia, Odontología. Unidad de diálisis.

2.2.3.1.- Emergencia

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

2.2.3.2.- Neonatología

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

2.2.3.3.- Ginecología

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

2.2.3.4.- Cirugía

El servicio de Cirugía General atiende todo tipo de cirugía cuenta con profesionales que han logrado un alto nivel de preparación en cada una de las sub-áreas del servicio, tanto la cirugía programada como la cirugía

emergente y de trauma con el paso de los años se fue atomizando de acuerdo a las exigencias de las especialidades se separó del servicio de traumatología, se incorporó la cirugía laparoscópica.

2.2.3.5.- Traumatología.

Es un servicio de especialidad el cual se encuentra encargado de atención de emergencia, diagnóstico y tratamiento tanto clínico como quirúrgico. Para ello nuestro equipo clínico se conforma por médicos traumatólogos, enfermeras con vasta experiencia, quienes brindan el apoyo necesario para la recuperación y diagnóstico oportuno del paciente.

2.2.3.6.- 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.

2.2.3.7.- Pediatría

El servicio de pediatría está dedicado a la atención integral del niño y adolescente en atención ambulatoria y hospitalización. Como misión ser modelos de atención a la infancia y la adolescencia a través de la investigación científica básica, clínica y epidemiológica aplicada a las necesidades priorizadas de la población a través de la formación y el

desarrollo de recursos humanos de excelencia, para la salud, así como de la asistencia en salud de alta especialidad con gran calidad y constituyendo el modelo de atención de clase mundial.

2.2.3.8.- Trabajo social

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

2.2.3.9- Medicina física y rehabilitación

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

2.2.3.10.- Consulta externa

El Servicio de Consulta Externa, brinda atención continua destinada al diagnóstico, tratamiento, seguimiento y prevención de los trastornos que afectan la salud. Atiende un promedio de 300 pacientes diarios, muchos

transferidos de otras unidades operativas, principalmente de las provincias como Carchi, Esmeraldas, Sucumbíos e Imbabura.

2.2.3.11.- Unidad de terapia intensiva

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

2.2.3.12.- Laboratorio clínico

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

2.2.3.13.- Servicio de imágenes médicas

Realización e interpretación de exámenes de Imagen de forma integrada y secuencial para conseguir una orientación diagnóstica oportuna. Siempre a la vanguardia del avance académico Radiológico.

2.2.3.14.- Farmacia institucional

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

2.2.3.15.- Servicio de Estomatología

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

2.2.3.16.- Centro quirúrgico

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

2.2.3.17.- Unidad de Diálisis.

De la información recabada en el servicio de unidad de diálisis encontramos que es un servicio de reciente creación ,habiéndose construido sus instalaciones en el año 2009 no obstante su puesta en marcha data del

17 de junio del 2012, en donde bajo un estricto control de calidad y calidez se realizan procedimientos de terapia renal, diálisis peritoneal y hemodiálisis.

2.3 Marco Referencial:

En octubre del 2004, la Organización Mundial de la Salud realizó el lanzamiento de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente en respuesta a la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud de 2002 (Resolución 55/18) por la que se urge a la OMS y a sus Estados Miembros a conceder la mayor atención posible a la Seguridad del Paciente. La Alianza trabaja por elevar la conciencia y el compromiso político con la mejora de la seguridad de los cuidados y para facilitar el desarrollo de políticas y prácticas seguras en la atención sanitaria de los estados miembros. (Muiño, Jiménez, & Pinilla, 2007)

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. (OMS, La seguridad del paciente: una estrategia del Sistema Nacional de Salud, 2006)

La OMS, respondiendo a esta problemática, ha propuesto lineamientos que se exponen a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente Muiño Miguez, 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.

Diversos estudios realizados en España (IDEA, ENEAS, APEAS) muestran que en las atenciones de salud hay una exposición permanente a la ocurrencia de eventos adversos, los cuales en su mayor parte pudieron ser evitables. (Miguez, 2007)

La mayoría de los artículos realizados en España, abordan la cultura del error o la vigilancia del error, dirigiendo el énfasis al médico y su temor a ser demandado. Al tratar el evento adverso el enfoque va dirigido al paciente y su seguridad. Con relación al error médico, estudios realizados en hospitales estatales de Colorado, en 1984 y 1992, se obtuvo una frecuencia de un 2,9 y un 3,7% de los egresos en esos años respectivamente. (Saturno, 2008)

En un estudio realizado en Inglaterra en el año 2004, se observó que los eventos adversos ocurrían con mayor frecuencia en hombres, adultos mayores, y en las áreas de admisión de urgencias. Las diferencias encontradas se debieron principalmente a la severidad de la enfermedad y el tiempo de estancia hospitalaria. La probabilidad de error en el área de urgencias es mayor por la naturaleza y complejidad del problema de salud a tratar por el contexto y el uso de tecnologías de urgencia, muchas de ellas invasivas. Ello se intensifica cuando además los algoritmos de procedimientos y tratamientos no están definidos. (Wagner & Cuperus, 2004)

Según la acotación de Wagner podemos decir que a partir de los estudios de las causas de los eventos adversos se ha reportado que la mayoría de ellos provienen de un error y son, en consecuencia, potencialmente prevenibles.

La Seguridad del Paciente comenzó a tomar relevancia cuando en 1999 el Instituto de Medicina (IOM) de la Academia Nacional de Ciencias de los

Estados Unidos publicó el informe “To Err is Human” en el que según las estadísticas, cada año en Estados Unidos, los errores médicos ocasionaban la muerte de hasta 98.000 pacientes, cifra superior a la de las muertes por accidentes de tráfico, cáncer de mama o SIDA. (Moreno E, 2011)

La seguridad del paciente es un tema vigente y de obligatoria documentación para todos los trabajadores del área de la salud. Este asunto se documentó a partir del año 2000 con la publicación del libro *Errar es humano*, del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América ya mencionado, la investigación actual examina tanto el conocimiento como la aplicación de los conceptos relacionados con la seguridad del paciente, determinando con particular interés las actitudes y percepciones de los trabajadores de la salud, que en últimas constituye la cultura de seguridad del paciente como determinante para una atención segura. (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000).

En las instituciones de salud, la cultura de la seguridad está emergiendo como uno de los requisitos esenciales para evitar la ocurrencia de incidentes, como menciona Kohn a través de la gestión del riesgo en el que los profesionales comunican los errores y actúan de forma proactiva en el rediseño de los procesos para evitar nuevos incidentes.

Por lo tanto, si la cultura de la seguridad es importante para una organización y si la organización realiza sus procesos siempre pensando en la seguridad, los resultados positivos serán en beneficio de los pacientes, colaboradores y equipo de salud. Hay un consenso de que algunos atributos culturales de la organización contribuyen a la seguridad del paciente, tales como el trabajo en equipo, el soporte de los líderes y la comunicación.

La seguridad del paciente es un componente esencial de la calidad asistencial así también una prioridad de la asistencia sanitaria, ya que su complejidad entraña riesgos potenciales por los múltiples factores que

condicionan las decisiones clínicas, el proceso asistencial y los cuidados, que pueden causar daño e incluso la muerte del paciente. Estudios realizados en diferentes países cifran la tasa de eventos adversos (EA) entre un 4 y un 17% de los pacientes hospitalizados, de los que aproximadamente un 50%, son considerados como evitables en función del tipo de estudio. (Agra, 2007)

El estudio ENEAS (Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización) cifró la incidencia de EA relacionados con la asistencia sanitaria en un 9,3% de los pacientes hospitalizados, mientras que en el estudio APEAS (Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud) la prevalencia de sucesos adversos fue del 18,6% de consultas, lo que afectaría a una media de 7 de cada 100 pacientes al año. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005)

Los estudios antes descritos fueron una muestra de que este tema es de gran trascendencia a nivel de las Américas, el Caribe y Europa, en los últimos años sean creado alianzas con el propósito de crear una cultura de seguridad en el cual están involucrados un número infinito de profesionales de la salud.

Para todo esto se requiere que los responsables en brindar atención a la población, se involucren con las acciones destinadas a mejorar la calidad del servicio en los diversos ámbitos. La enfermería a nivel internacional trabaja arduamente por mejorar la calidad de la formación, la asistencia, la investigación y la gestión de enfermería; para lograr así, la seguridad del paciente.

Ya que la seguridad es un componente clave de la calidad asistencial, y esta ha adquirido gran relevancia en los últimos años, tanto para pacientes y sus familias, afirma Roman; que desean sentir seguridad y confianza en los

cuidados sanitarios recibidos, como también para los profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.

Es por esta razón que este trabajo de investigación contribuye ampliar los conocimientos relacionados con el programa de seguridad del paciente. Dentro de los programas de garantía de calidad, la seguridad del paciente no es un modismo, ni un nuevo enfoque en los servicios de salud; sino, una responsabilidad profesional implícita en el acto del cuidado esto en relación a las diferentes investigaciones revisadas y estudiadas con antelación.

2.4 Marco legal:

Sección séptima

Salud

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.

LEY ORGÁNICA DE SALUD

Que la Constitución Política de la República en su artículo 23 numeral 20 dispone que el Estado reconoce y garantiza a las personas el derecho a una calidad de vida que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, saneamiento ambiental;

Que la disposición general segunda de la Ley Orgánica de Salud, establece que el Presidente de la República, deberá expedir el reglamento que norme su contenido; y en ejercicio de las facultades previstas en el numeral 5 del artículo 171 de la Constitución Política de la República,.

Decreta:

Expedir el Reglamento a la Ley Orgánica de Salud.

CAPITULO I

De Las Acciones De Salud

Art. 1.- Las áreas de salud en coordinación con los gobiernos seccionales autónomos impulsarán acciones de promoción de la salud en el ámbito de su territorio, orientadas a la creación de espacios saludables, tales como escuelas, comunidades, municipios y entornos saludables. Todas estas acciones requieren de la participación interinstitucional, intersectorial y de la población en general y están dirigidas a alcanzar una cultura por la salud y la vida que implica obligatoriedad de acciones individuales y colectivas con mecanismos eficaces como la veeduría ciudadana y rendición de cuentas, entre otros.

CAPITULO IV

De Los Medicamentos

Art. 20.- Para fines de aplicación de la ley se entenderá como medicamentos esenciales aquellos que satisfacen las necesidades de la mayor parte de la población y que por lo tanto deben estar disponibles en todo momento, en cantidades adecuadas, en formas de dosificación apropiadas y a un precio que esté al alcance de todas las personas.

Art. 21.- En las instituciones públicas del sistema nacional de salud, la prescripción de medicamentos se hará obligatoriamente de acuerdo a los protocolos y esquemas de tratamiento legalmente establecidos y utilizando el nombre genérico o la denominación común internacional del principio activo.

Art. 22.- Se entiende por farmacovigilancia de medicamentos de uso y consumo humano, a la actividad de salud pública destinada a la identificación, cuantificación, evaluación y prevención de los riesgos asociados a los medicamentos una vez comercializados. La farmacovigilancia sirve para orientar la toma de decisiones que permitan mantener la relación beneficio - riesgo de los medicamentos en una situación favorable o bien suspender su uso cuando esta relación sea desfavorable, y contribuye con elementos para ampliar las contraindicaciones en caso de que se presenten.

Art. 23.- Los estudios de utilización de medicamentos se realizarán en las etapas de comercialización, distribución, dispensación y uso de fármacos en el país, con énfasis especial en los efectos terapéuticos, consecuencias sociales y económicas derivadas de su uso o consumo.

Art. 24.- La autoridad sanitaria nacional emitirá las directrices y normas administrativas necesarias respecto a los procedimientos para la obtención del requisito sanitario de medicamentos en general.

Para efectos de lo dispuesto en los artículos anteriores, entiéndase por Medicamentos, los medicamentos que se adquieran deben cumplir con todos los requisitos sanitarios establecidos en la Ley Orgánica de Salud que permita garantizar su calidad, seguridad y eficacia de esta manera contribuyendo con nuestro estudio para minimizar eventos adversos que se dan dentro de las unidades de salud y aportando así con la seguridad del paciente.

CAPITULO V

Establecimientos Farmacéuticos

Art. 25.- La venta y/o dispensación de medicamentos puede hacerse bajo las siguientes modalidades:

- a) Receta médica;
- b) Receta especial para aquellos que contienen psicotrópicos o estupefacientes; y,
- c) De venta libre.

Art. 26.- El Ministerio de Salud Pública emitirá las normas respecto a la receta médica que serán de observancia obligatoria para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud

Art. 27.- La preparación de fórmulas magistrales en farmacias deberá ser previamente autorizada por el Ministerio de Salud Pública.

En el caso de que un comisariato o supermercado solicite autorización para vender medicamentos, se definirá un área específica para el

funcionamiento de la farmacia, la misma que cumplirá con los requisitos determinados por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Art. 28.- Los establecimientos farmacéuticos deben contar con la responsabilidad técnica de un profesional químico farmacéutico o bioquímico farmacéutico. Un profesional bioquímico farmacéutico o químico farmacéutico podrá ser responsable técnico de hasta dos establecimientos farmacéuticos públicos o privados, sean estos laboratorios farmacéuticos, casas de representación de medicamentos, distribuidoras farmacéuticas o farmacias; a excepción de los profesionales que laboren en las provincias del Oriente, Santo Domingo de los Tsáchilas y en aquellas en que se compruebe que no existen suficientes profesionales farmacéuticos, en donde se podrá responsabilizar de hasta tres establecimientos farmacéuticos a cada profesional, siempre que la dedicación o carga horaria exigida lo permita. Los profesionales químicos farmacéuticos o bioquímicos farmacéuticos que sean propietarios de establecimientos farmacéuticos, sólo podrán responsabilizarse además del propio establecimiento farmacéutico de uno adicional.

Art. 29.- La Autoridad Sanitaria Nacional emitirá las directrices y normas administrativas necesarias sobre el control, requisitos y funcionamiento de los establecimientos farmacéuticos.

Art. 30.- Deróguense los decretos ejecutivos No. 248, publicado en el Registro Oficial 55 de 4 de abril del 2003, No. 1583, publicado en el Registro Oficial 349 de 18 de junio del 2001 y No. 4142, publicado en el Registro Oficial 1008 de 10 de agosto de 1996.

Art. Final.- El presente reglamento entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial. (Ecuador, Ley Organica del Ecuador, 2006)

Según los artículos anteriores relacionados con establecimientos farmacéuticos emitidos en la nueva constitución del Ecuador se acuerda que las farmacias institucionales deben sujetarse a los parámetros técnicos establecidos en el manual de procesos para la gestión del suministro de medicamentos y en la guía para la recepción y almacenamiento de medicamentos en el Ministerio de Salud Pública, sin excepción alguna, es por ello que estos artículos sumados a nuestra investigación forman una fuente de información para el personal sanitario logrando aumentar sus conocimientos.

RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR

CAPÍTULO I

Inclusión y equidad

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.

El sistema se articulará al Plan Nacional de Desarrollo y al sistema nacional descentralizado de planificación participativa; se guiará por los principios de universalidad, igualdad, equidad, progresividad, interculturalidad, solidaridad y no discriminación; y funcionará bajo los criterios de calidad, eficiencia, eficacia, transparencia, responsabilidad y participación.

El sistema se compone de los ámbitos de la educación, salud, seguridad social, gestión de riesgos, cultura física y deporte, hábitat y vivienda, cultura,

comunicación e información, disfrute del tiempo libre, ciencia y tecnología, población, seguridad humana y transporte.

Art. 341.- El Estado generará las condiciones para la protección integral de sus habitantes a lo largo de sus vidas, que aseguren los derechos y principios reconocidos en la Constitución, en particular la igualdad en la diversidad y la no discriminación, y priorizará su acción hacia aquellos grupos que requieran consideración especial por la persistencia de desigualdades, exclusión, discriminación o violencia, o en virtud de su condición etaria, de salud o de discapacidad.

La protección integral funcionará a través de sistemas especializados, de acuerdo con la ley. Los sistemas especializados se guiarán por sus principios específicos y los del sistema nacional de inclusión y equidad social.

El sistema nacional descentralizado de protección integral de la niñez y la adolescencia será el encargado de asegurar el ejercicio de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Serán parte del sistema las instituciones públicas, privadas y comunitarias.

Art. 342.- El Estado asignará, de manera prioritaria y equitativa, los recursos suficientes, oportunos y permanentes para el funcionamiento y gestión del sistema.

CAMBIO DE MATRIZ PRODUCTIVA – CALIDAD

Transformar la matriz productiva para alcanzar el Ecuador del Buen Vivir

El Gobierno Nacional plantea transformar el patrón de especialización de la economía ecuatoriana y lograr una inserción estratégica y soberana en el mundo, lo que nos permitirá:

- Contar con nuevos esquemas de generación, distribución y redistribución de la riqueza;
- Reducir la vulnerabilidad de la economía ecuatoriana;
- Eliminar las inequidades territoriales;
- Incorporar a los actores que históricamente han sido excluidos del esquema de desarrollo de mercado.

La transformación de la matriz productiva implica el paso de un patrón de especialización primario exportador y extractivista a uno que privilegie la producción diversificada, ecoeficiente y con mayor valor agregado, así como los servicios basados en la economía del conocimiento y la biodiversidad.

Este cambio permitirá generar nuestra riqueza basados no solamente en la explotación de nuestros recursos naturales, sino en la utilización de las capacidades y los conocimientos de la población. Un proceso de esta importancia requiere que las instituciones del Estado coordinen y concentren todos sus esfuerzos en el mismo objetivo común.

Los ejes para la transformación de la matriz productiva son:

1. Diversificación productiva basada en el desarrollo de industrias estratégicas-refinería, astillero, petroquímica, metalurgia y siderúrgica y en el establecimiento de nuevas actividades productivas-maricultura, biocombustibles, productos forestales de madera que amplíen la oferta de productos ecuatorianos y reduzcan la dependencia del país.

2. Agregación de valor en la producción existente mediante la incorporación de tecnología y conocimiento en los actuales procesos productivos de biotecnología (bioquímica y biomedicina), servicios ambientales y energías renovables.

3. Sustitución selectiva de importaciones con bienes y servicios que ya producimos actualmente y que seríamos capaces de sustituir en el corto plazo: industria farmacéutica, tecnología (software, hardware y servicios informáticos) y metalmecánica.

4. Fomento a las exportaciones de productos nuevos, provenientes de actores nuevos particularmente de la economía popular y solidaria-, o que incluyan mayor valor agregado -alimentos frescos y procesados, confecciones y calzado, turismo-. Con el fomento a las exportaciones buscamos también diversificar y ampliar los destinos internacionales de nuestros productos.

La transformación esperada alterará profundamente no solamente la manera cómo se organiza la producción, sino todas las relaciones sociales que se desprenden de esos procesos.

Seremos una sociedad organizada alrededor del conocimiento y la creación de capacidades, solidaria e incluyente y articulada de manera soberana y sostenible al mundo.

Los esfuerzos de la política pública en ámbitos como infraestructura, creación de capacidades y financiamiento productivo, están planificados y coordinados alrededor de estos ejes y se ejecutan en el marco de una estrategia global y coherente que permitirá al país superar definitivamente su patrón de especialización primario-exportador. (Secretaría nacional de planificación y desarrollo, 2012)

En estos artículos se procura esbozar una visión de los aspectos más destacados del 'buen vivir' en la nueva Constitución, en cuanto a sus alcances para superar el neoliberalismo y para delinear un modelo económico alternativo, en este caso inseparable de otro modelo como es el de Salud y contribuyendo así a una buena atención con calidad y calidez.

LEY DE LA MALA PRÁCTICA MÉDICA

Artículo 146 del Código Orgánico Integral Penal (COIP)

Artículo 146 del COIP vinculado al homicidio culposo por mala práctica médica dice: "La personas 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. El proceso de habilitación para volver a ejercer la profesión, luego de cumplida la pena, será determinado por la Ley.

Para la determinación de la infracción del deber objetivo de cuidado se tomarán en cuenta protocolos, guías, reglamentos o normas técnicas nacionales o internacionales a cada profesión, si existen; así como las condiciones o circunstancias particulares en que se ejerció o practicó la profesión".

Normas De Seguridad Sistema De Calidad Usuario Interno Y Externo

Art 23.- Dispone que el Estado reconoce y garantiza a las personas el derecho a una calidad de vida que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, saneamiento ambiental; Que la disposición general segunda de la Ley Orgánica de Salud, establece que el Presidente de la República, deberá expedir el reglamento que norme su contenido; y en ejercicio de las facultades previstas en el numeral 5 del artículo 171 de la Constitución Política de la República. (Ecuador, Ley Organica del Ecuador, 2006)

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.

Con lo relacionado a la Mala Práctica o Mala Praxis podríamos definir como un ejercicio errado o una práctica sin habilidad por parte de un médico u otro profesional, causándose un daño a la salud o al buen estado del paciente, esta rompe la confianza que el paciente pone en el profesional, es por ello que nuestra investigación busca minimizar problemas que pongan en riesgo la seguridad del paciente.

2.5 Marco Ético:

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(Enfermería:el arte y la ciencia del cuidado)

El ejercicio de la enfermería como disciplina profesional no se circunscribe únicamente al ámbito del cuidado (autocuidado, cuidado del paciente y su familia, la comunidad, las personas del equipo de salud y el medio ambiente), sino que incluye las actividades de investigación, docencia y gestión de los recursos de salud; estas últimas han adquirido recientemente una mayor relevancia en el ejercicio profesional, incluso relegando en algunos casos a un segundo plano el deber ético primario con el sujeto de cuidado, el cual implica un “juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería”. (Enfermería:el arte y la ciencia del cuidado)

Hace parte de los deberes de la enfermera, expresados en los códigos de ética de enfermería nacionales e internacionales, propender por que el cuidado de la salud en los distintos ámbitos se dé dentro del marco del

aseguramiento de la calidad, es decir, que cumpla con las dimensiones de la calidad enunciadas por Avidis Donabedian: unos aspectos de índole técnico-científico (como son la oportunidad, seguridad, continuidad, accesibilidad y pertinencia), la adecuada relación interpersonal (expresada en el respeto a los derechos de los pacientes y sus familias y los adecuados procesos de comunicación), y el uso racional de los recursos de salud.

Vale la pena aclarar que el aseguramiento de la calidad en la prestación de los servicios no es una responsabilidad única de las enfermeras, sino que concierne a la totalidad de actores del sistema. La seguridad de los pacientes es una prioridad de salud pública expresada en las políticas de organizaciones internacionales que velan por la calidad de los servicios de salud como son la Organización Mundial de la Salud (OMS), The Institute of Medicine y The Joint Commission de Estados Unidos, entre otros. (Gómez Córdoba, 2009)

Bioética: Rensselaer van Potter (médico oncólogo), en su libro *Bioethics Bridges to the future* (1971), define la bioética como el puente entre dos culturas: la de las ciencias y la de las humanidades, que permite combinar el conocimiento científico centrado en lo biológico y el humanístico orientado al entendimiento de valores humanos; es el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud, a la luz de principios y valores morales. La bioética surge asociada al desarrollo de las ciencias biomédicas y su interacción con la vida, la aparición de sociedades plurales y secularizadas que hacen más compleja la toma de decisiones en la relación enfermera-sujeto de cuidado, los servicios de salud cada vez más tecnificados, costosos y deshumanizados, entre otras razones. (Acosta, 2002)

Fernando Savater define la ética “como una propuesta de reflexión sobre la propia libertad que consiste en buscar lo mejor y ayudar a cumplir el ideal del hombre”. En un dilema ético la materia de decisión es de carácter moral,

es decir, cómo garantizar el respeto a los principios fundamentales de beneficencia (hacer el bien y balancear riesgos y beneficios), no maleficencia (no hacer daño y proteger de éste), autonomía (respecto a la autodeterminación) y justicia (equidad en el acceso y uso de recursos) para lograr que las consecuencias de nuestros actos generen el mayor bienestar a la mayoría de las personas involucradas. Rushworth Kidder aclara que un dilema ético no consiste en tener que hacer una elección entre lo correcto y lo incorrecto, sino en elegir entre dos cosas que son correctas, pero desde perspectivas distintas. Una enfermera(o) debe estar entonces en capacidad de prevenir problemas o reconocer rápidamente los dilemas éticos, analizar y argumentar, y encontrar las posibles soluciones a éstos. (Fraile, 2002)

ETICA DEL CUIDADO

Para hablar de la ética del cuidado primero tenemos que entender la Etica Sanitaria que es: “el bien interno de la sanidad, el bien del paciente, familia y comunidad, aplicando los principios de la atención primaria de salud”. La palabra cuidado se deriva de Cogitatus que significa solicitud y atención para hacer bien algo, acción de cuidar. (Hoyos, 2000)

ORIGENES DE LA ETICA DEL CUIDADO

Las investigaciones para describir el desarrollo moral de las personas se iniciaron con Piaget (1932) Kohlberg(1981 – 1984) manifiestan que las mujeres tienen mayor sensibilidad por consiguiente el juicio se ha enfocado hacia la responsabilidad y la moral basada en el cuidado a otros. En cambio los hombres desarrollan el Juicio autónomo, decisiones claras, individualistas la moral está basada en los derechos de los individuos.

Carol Gilligan (1982) explica que el desarrollo moral de las mujeres es diferente al de los hombres, pero igualmente valioso. Las mujeres emplean estrategias diferentes en la toma de decisiones, entienden los problemas morales en términos de conflicto de responsabilidades. Su juicio moral sigue una secuencia: sobrevivencia, benevolencia, comprensión reflexiva del cuidado para la resolución de conflictos. (Marín, 1993)

Guilligan, se refiere a la responsabilidad social, plantea que, la búsqueda del bienestar de las personas, de aquellas que habrían de ser afectadas por las decisiones morales que tienen consecuencias para la vida y para el futuro de próximas generaciones.

La finalidad del cuidado es, regular éticamente la acción de cuidado, es decir, analizar desde una perspectiva racional y crítica lo que significa cuidar de un modo virtuoso. Es absolutamente necesario reflexionar en torno a las categorías de libertad, intimidad, justicia y bien.

La ética del cuidado es una disciplina que se ocupa de las acciones responsables y de las relaciones morales entre las personas, motivadas por una solicitud, y que tienen como fin último lograr el cuidado de sus semejantes o el suyo propio. Se basa en la comprensión del mundo como una red de relaciones en la que nos sentimos inmersos y de donde surge un reconocimiento de la responsabilidad hacia los otros. La ética del cuidado se centra en: “el cuidado integral de la persona, la familia, la comunidad y su entorno ayudando a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos, para mantener prácticas de vida saludables que permitan salvaguardar un estado óptimo de salud en todas las etapas de la vida”. (Cantos, s/f)

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1.- Tipo de Estudio.

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

- Observacional.- El factor de estudio no es controlado por el investigador el investigador se limita a observar y medir, puede ser descriptivo o analítico
- Analítico.- Su finalidad es evaluar una relación causal entre un factor de riesgo y un efecto (enfermedad).
- Transversal.- Los datos de cada sujeto representan un momento en el tiempo. No puede establecerse relaciones causales porque el factor y enfermedad se recoge simultáneamente.
- Prospectivo.- por que recoge y analiza los datos a medida que se van sucediendo.
- Cualí-Cuantitativo.- es un método establecido para estudiar de manera científica una muestra reducida de objetos de investigación.

3.2.- Diseño

Estudio observacional analítico de corte transversal para estimar la incidencia de EA evitables de pacientes hospitalizados por al menos 24 horas, entre el 02 al 11 de Diciembre de 2013, pertenecientes al Hospital San Vicente de Paúl.

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

3.3.- Población y Muestra.

3.3.1.- Población.

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

3.3.2.- Muestra.

La muestra de estudio fueron 45 casos registrados en el Sistema de Información para la Vigilancia y Control de Efectos Adversos, los cuales fueron identificados por el sistema al aplicar el Cuestionario Modular MRF2 el cuál únicamente se desplegaba si el paciente presentaba evento adverso, previo a un tamizaje realizado con la Guía de Cribado GC, de los cuales se encontró una alta frecuencia de eventos adversos evitables fueron en los servicios de Cirugía con 12 casos, Gineco-Obstetricia con 11 casos y Medicina Interna con 9 casos cada uno y únicamente 2 eventos en Neonatología. Por otra parte y con la menor frecuencia de EA se registraron

3 casos en el servicio de Traumatología, todos estos casos fueron seleccionados de forma discrecional tomando en cuenta los criterios determinantes especificados en la tabla de variables, siendo estos nuestros casos reales y la base para nuestro estudio.

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

3.4.1 Criterios de inclusión

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

3.4.2 Criterios de exclusión

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

3.5.- Técnicas e Instrumentos.

3.5.1 Revisión de literatura científica.

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

3.5.2 Revisión documental (Historia Clínica).

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

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

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

3.5.3 Observación directa

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

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

3.5.4 Encuesta de Cribado (Guía De Cribado - GC).

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

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

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

3.5.4.1 Cribado I: (Guía De Cribado – GC).

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

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

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

3.5.4.2 Cribado II: (Cuestionario Modular - MRF2).

- Módulo B: Describe la lesión y sus efectos.
- Módulo C: Circunstancias (momento) de la hospitalización en que ocurrió el efecto (C0: Antes de la admisión; C1: Admisión a planta; C2: Procedimientos; C3: Reanimación, UCI; C4: Cuidados en planta; C5: Asesoramiento al alta).
- Módulo D: Principales problemas en el proceso asistencial (D1: Error diagnóstico; D2: Valoración general; D3: Supervisión y cuidados; D4: Infección nosocomial; D5: Procedimiento quirúrgico; D6: Medicación; D7: Reanimación).
- Módulo E: Factores causales y posibilidades de prevención.

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

3.5.5 Diario de Campo

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

3.5.6 Herramientas Tecnológicas.

- Aplicación informática SPSS V.18
- Es un programa estadístico informático (software), con capacidad para trabajar con grandes bases de datos y un sencillo interface para la mayoría de los análisis.
- Este Programa informático nos ayudó a depurar información para un análisis e interpretación de datos.

3.5.7 Procedimiento

Para el desarrollo de esta investigación se utilizó un análisis documental a través de la búsqueda de bibliografía en Internet utilizando motores de búsqueda como Google, en el cual se “refina la búsqueda” con el fin de concentrar la búsqueda en aquellos documentos que puedan

responder mejor al tema en cuestión, además de la visita al sitio MEDLINE (Medical Literature. Análisis and Retrieval System online), es la biblioteca Nacional NLM de los EUA en Internet y contiene más de 11 millones de referencias de revistas en ciencias de la vida, con énfasis en medicina.

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

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

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

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

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

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

3.5.8 Análisis e Interpretación de Datos

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

3.5.9 Validez Y Confiabilidad

Los instrumentos son de uso internacional, para estudios de seguridad del paciente, el cribado I (módulo A) fue aplicado en el Estudio de frecuencia de eventos adversos en la asistencia Hospitalaria – Proyecto IDEA y está

Basado en “*Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I-II. NEJM 1991; 324:370-84*”. (Versión española).

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

3.6.- Matriz de relación de variables

Tabla 1: Variables.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Escala
					Ítems
Características De La Población Objeto En Estudio	Conjunto de características biológicas, que están presentes en la población sujeta a estudio. (Beaujeu-Garnier, 2000).	Son las características sociales y demográficas del grupo en estudio.	Edad	Años cumplidos	14 – 25 años 26 – 35 años 36 – 45 años 46 – 55 años 56 - 65 años 66 – 75 años 76 – 85 años
			Sexo	Femenino Masculino	Masculino Femenino

Evento Adverso Evitable	El de EA inevitable o no prevenible se refiere al hecho de la imposibilidad de predicción o evitación bajo las circunstancias y el contexto dados. (Garjón Parra J, 2010)	Lesión o daño no prevenible bajo las circunstancias y el contexto dado	Imposibilidad De Prevención Del Evento Adverso	Ausencia De Posibilidad De Prevención	- Ausencia - Mínima - Ligera - Moderada - Elevada - Total
Tipo de Servicio	Conjunto de actividades que buscan responder a las necesidades de un cliente. (Romero Gerardo E, 2006)	Diferentes servicios de salud de un hospital que brindan atención y hospitalización.	Servicios Del Hospital San Vicente De Paúl	Servicio Médico De Hospitalización Asignado Al Caso	- Cirugía - Ginecología - Medicina Interna - Traumatología
Factores Extrínsecos	Son los factores relacionados Con la condición o	Factores derivados de determinadas terapias o	Factores De Riesgo Extrínseco	Ausencia o Presencia De Uno o Más	- Ausente - Presente

	comportamiento de la persona. (Dumoy, 1999)	procedimientos diagnósticos		Factores De Riesgo Extrínsecos.	
Factores Intrínsecos	Son los factores relacionados con la condición o comportamiento de la persona. (Dumoy, 1999)	Factores relacionados con la: edad, aquellos originados como consecuencia directa de algún problema de salud.	Factores De Riesgo Intrínseco	Ausencia o Presencia De Uno o Más Factores De Riesgo Intrínsecos	- Ausente - Presente
Criterio Determinante	Juicio para determinar con certeza sobre una cosa. (Estrada Barcenás Roberto, 2009)	Valor o juicio que ayuda a determinar con certeza un evento adverso inevitable.	Identificación Del Evento Adverso Inevitable	Criterio Determinante Para Identificar El Evento Adverso Inevitable	- EA Evitable -EA Inevitable
Elaboración de una capacitación	Proceso de auto-enseñanza y de auto-	Capacitación virtual de auto-	Auto-enseñanza	Puntaje De Calificación.	- mayor a 8/10 Aprueba

virtual	aprendizaje, que no se necesita la presencia de un profesor y se hace de manera aislada. (Rubio & Sanz, 2012).	enseñanza y de auto-aprendizaje para prevenir los eventos adversos.	y Auto-aprendizaje para prevenir los eventos adversos.		- menor a 8/10 No Aprueba
----------------	--	---	--	--	------------------------------

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Para la obtención de los resultados de este trabajo de investigación se realizó la revisión de base de datos, los datos se introducirán en la base de datos de la aplicación informática para la gestión de los datos (Sistema de Vigilancia y Control de Efectos Adversos) realizándose una depuración de los mismos mediante rangos y cruce de campos lógicos.

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

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

4.1 Análisis de resultados

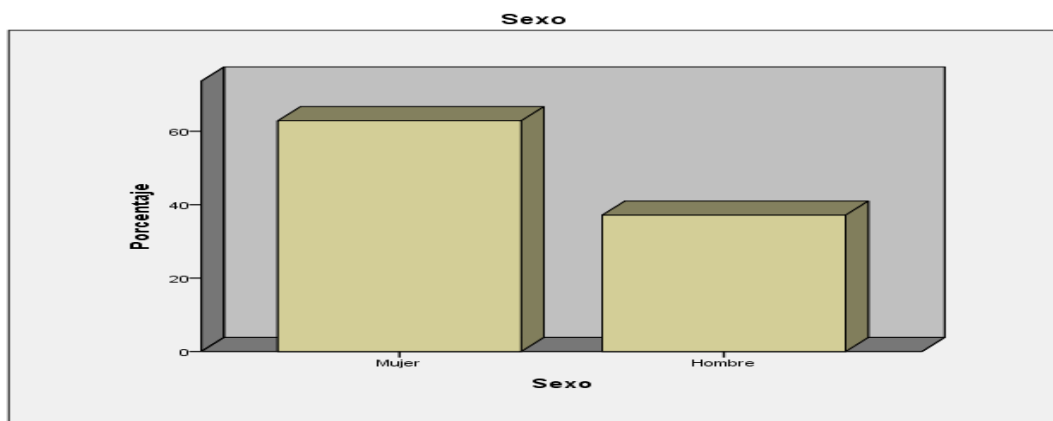
4.1.1.- Distribución de resultados, en relación al sexo de pacientes.

Tabla 1 Sexo de pacientes

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

Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Gráfico 1 Sexo de pacientes



Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Análisis y Discusión:

Sexo se refiere a las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. (OMS, La Investigación en seguridad del paciente, 2008). Según la OMS no existe mucha diferencia en la distribución del tipo del EA según el sexo de los pacientes. Los hombres parecen tener más EA relacionados con los cuidados y las mujeres más con los procedimientos, aunque en ningún caso se alcanza una diferencia

significativa. En comparación a nuestro estudio las estadísticas cambian por lo tanto es importante mencionar que el sexo no es un factor determinante en la aparición de los eventos adversos, de acuerdo con nuestros resultados de los pacientes con eventos adversos evitables 13 correspondieron a hombres (37,1%) y 22 correspondieron a mujeres (62,9%).

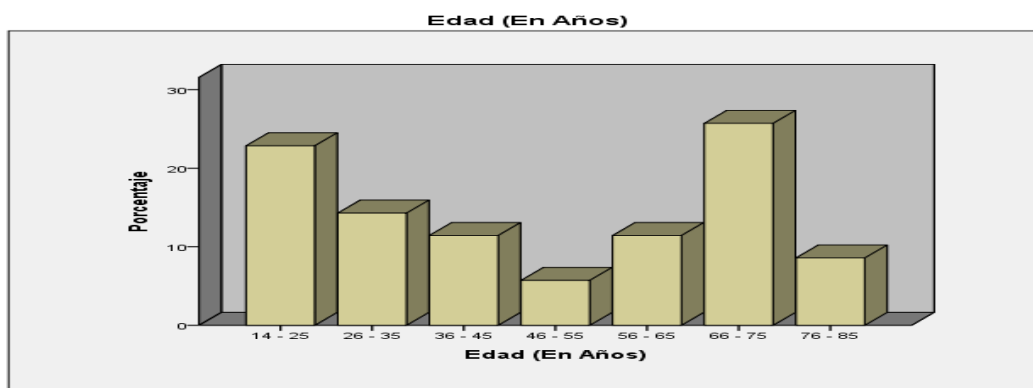
4.1.2.- Distribución de resultados, en relación a edad de pacientes.

Tabla 2 Edad de pacientes

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

Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Gráfico 2 Edad de los pacientes



Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Análisis y Discusión:

La edad de cada país se diferenció de la del resto en todos los países, posiblemente influida por el método de muestreo más que por una diferencia real en la edad de los pacientes ingresados en esos países. Como aproximación a esta afirmación, sirvan los datos del año 2006 obtenidos por la OMS referidos a la población general, sólo un país tiene una edad superior al resto, debido posiblemente a una mayor proporción de personas

mayores de 60 años que el resto de los países. (IBEAS-OMS, 2010).Teniendo concordancia con nuestros datos según la edad de los pacientes con eventos adversos evitables se obtuvo una frecuencia positiva en los rangos de edad entre 66 -75 años con una frecuencia de 9 (25,7%), y en el rango de edad entre 14 – 25 años con una frecuencia de 8 (22,9 %). Por lo que se considera que los eventos adversos se producen con mayor frecuencia tanto en adultos mayores como en adolescentes ya que estos grupos de edad se los cataloga más frágiles y predispuestos a presentar EA debido al cúmulo de factores de riesgo intrínsecos a la edad.

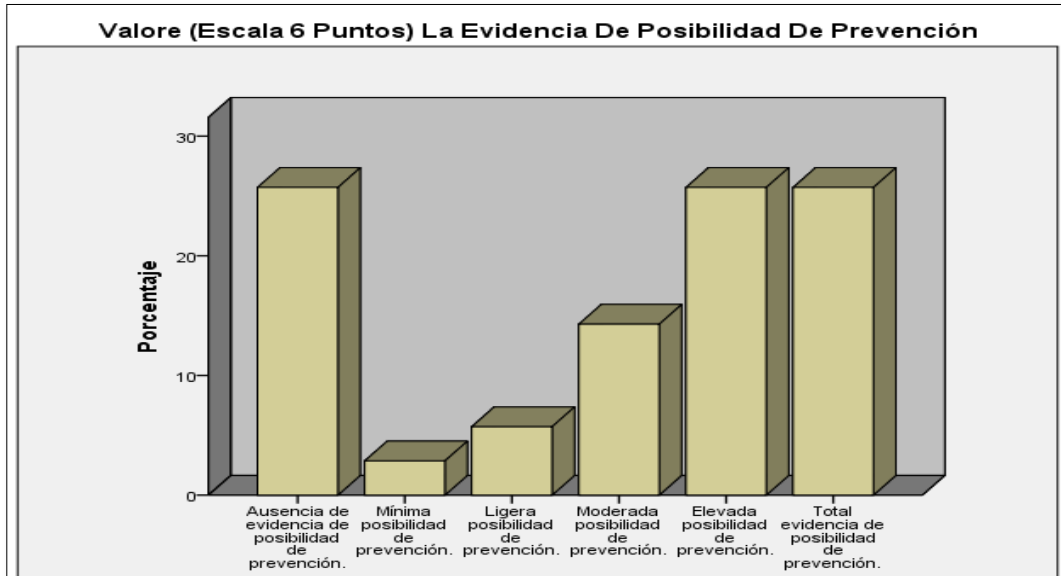
4.1.3.- Distribución de resultados, en relación a la evitabilidad del Evento Adverso.

Tabla 3 Evidencia de posibilidad de prevención

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

Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Gráfico 3 Evidencia de posibilidad de prevención



Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Análisis y Discusión:

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

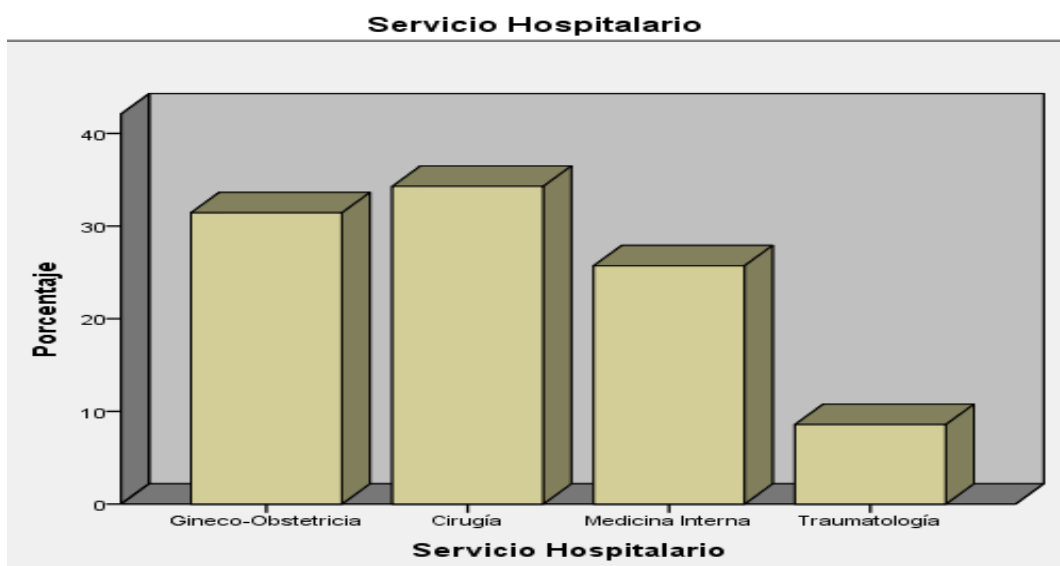
4.1.4.- Distribución de resultados, en relación al Servicio Hospitalario.

Tabla 4 Servicio hospitalario

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

Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Gráfico 4 Servicio Hospitalario



Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Análisis y Discusión:

En casi todos los países la incidencia encontrada en servicios quirúrgicos es mayor que la hallada en los médicos. La incidencia en obstetricia es en general baja, excepto en el Perú donde es bastante elevada (lo mismo

ocurría con la prevalencia). (Jiménez Muñoz AB, 2008). De acuerdo con nuestra investigación los servicios hospitalarios donde se encontró una alta frecuencia de eventos adversos evitables fueron los servicios de Cirugía con 12 casos (34,3%), Gineco-Obstetricia con 11 casos (31,4%) y Medicina Interna con 9 casos (25,7%) cada uno y únicamente 2 eventos en Neonatología correspondientes al (18,2%). Por otra parte y con la menor frecuencia de EA se registraron 3 casos (8,6%) en el servicio de Traumatología. Según Muñoz y en comparación a nuestra investigación a mayor cantidad de eventos adversos se encontró en Cirugía y servicios Quirúrgicos.

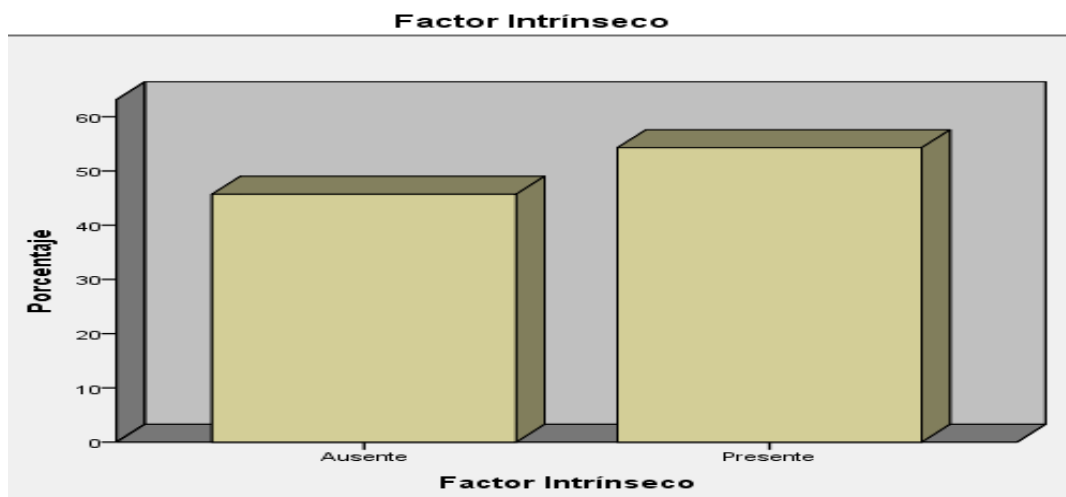
4.1.5.- Distribución de resultados, en relación a Factores de Riesgo Intrínsecos.

Tabla 5 Factor intrínseco

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

Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Gráfico 5 Factor intrínseco



Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Análisis y Discusión:

Al estudiar los factores de riesgo más relacionados con la situación clínica del paciente (y sus comorbilidades), esperábamos encontrar más EA en aquellos pacientes con mayor número de comorbilidades y factores de riesgo intrínseco debido a que recibían más tratamientos o éstos eran más complejos. (Jesús María Aranaz Andrés, 2009), en relación a otras

investigaciones Perú presentó una mayor frecuencia que el resto, mientras que Colombia una menor, En cuanto a nuestra investigación y a los factores intrínsecos se observó ausencia de factores en 16 casos que representan el (45,7%) y presencia en 19 casos que representan el (54,3%). Por lo que podemos decir que existe una ligera igualdad en la determinación de la presencia y ausencia de los factores intrínsecos en la relación a la ocurrencia de un evento adverso evitable.

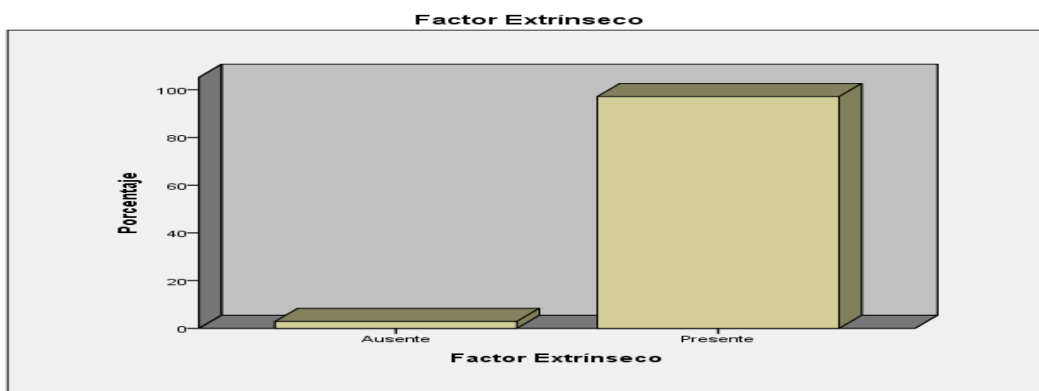
4.1.6.- Distribución de resultados, en relación al Servicio Hospitalario.

Tabla 6 factor extrínseco

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

Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Gráfico 6 factor extrínseco



Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Análisis y Discusión:

Se considera como factores de riesgo extrínsecos a dispositivos asistenciales que pueden favorecer la entrada de microorganismos o que pueden provocar complicaciones (cateterismos, intubación...), en Costa Rica y Perú la utilización de estos dispositivos es menor (por lo que se esperaría una menor prevalencia de EA). Esto podría estar relacionado con una mayor estancia, ya que, en general este tipo de prácticas clínicas suele ser mayor durante los primeros días de estancia, y va disminuyendo a medida que se

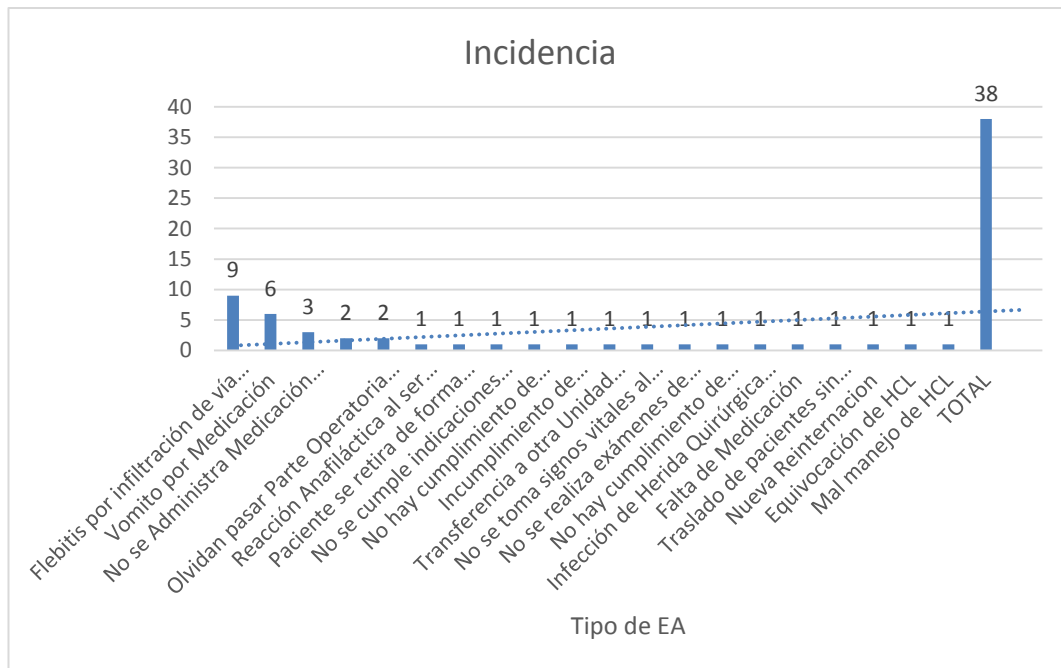
prolonga la hospitalización y los cuidados cada vez son menos complejos con la excepción de los pacientes muy complicados que requieren estancia en unidades de críticos. (Jesús María Aranaz Andrés, 2009). En nuestros resultados se pudo detectar que en los 34 casos con EA que equivalen al 97,1% se presentaron factores extrínsecos. En relación a la ausencia de los mismos sólo se obtuvo una mínima de 1 caso que equivale al 2,9%. Es por eso que en nuestra investigación los factores extrínsecos si son un factor determinante en la ocurrencia de un EA evitables.

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

Tabla 7 tipo de evento adverso

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

Gráfico 7 Incidencia



Análisis y Discusión:

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

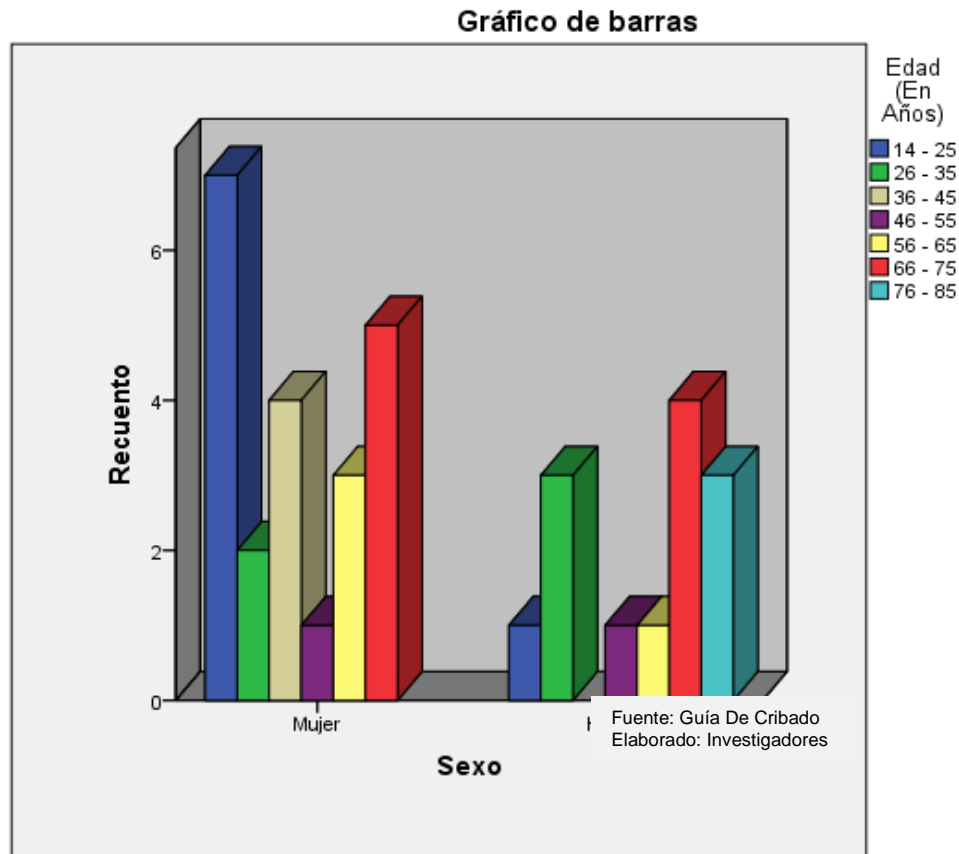
4.1.8.- Contingencia Sexo/Edad

Tabla 8 tabla de contingencia sexo / Edad

Tabla De Contingencia Sexo * Edad (En Años)									
Recuento									
		Edad (En Años)						Total	
		14-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66-75		76-85
Sexo	Mujer	20	5.7	11.4	2.9	8.6	14.3	0	62.9
	Hombre	2.9	8.6	0	2.9	2.9	11.4	8.6	37.1
Total		22.9	14.3	11.4	5.7	11.4	25.7	8.6	100.0

Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Gráfico 8 relación de sexo y edad



Análisis y Discusión:

De acuerdo a la tabla de contingencia de las variables Sexo-Edad, pudimos observar que el 37,1% de los casos corresponde al sexo masculino notándose el mayor porcentaje en el rango de 66-75 años (11.4%), y el menor porcentaje en el rango de edad de 14-25 años (2.9%). En el caso del sexo femenino se puede observar un 62.9%, obteniendo el mayor porcentaje el rango de 14-25 años (20%), y el menor porcentaje en el rango de 66-75 años (14.3%). Existe un gran porcentaje de eventos adversos que se han reportado en adolescente y adultos mayores tanto en el género masculino como en el femenino lo que probablemente se deba a la presencia de factores extrínsecos inherentes a los grupos de edad, los cuales aumentan el riesgo de padecer un EA.

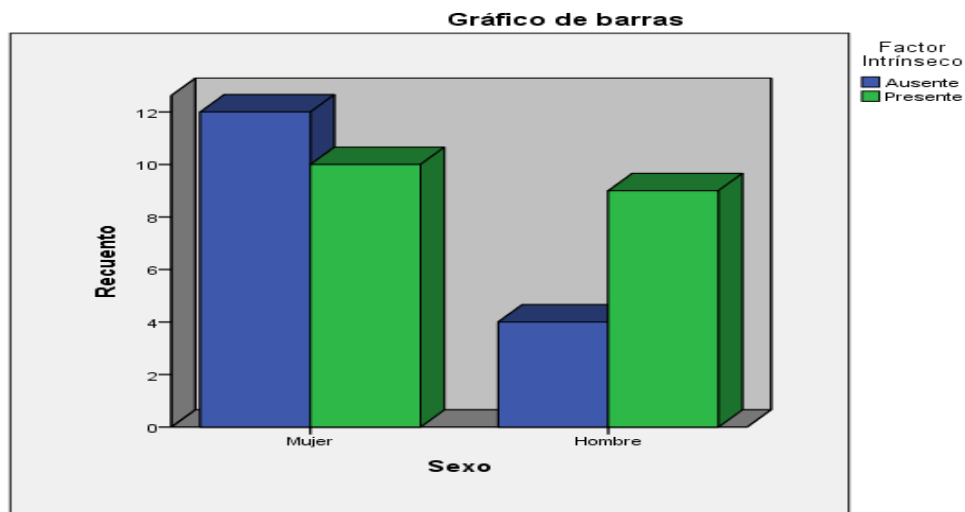
4.1.9.-De Contingencia Sexo/Factores Intrínsecos

Tabla 9 tabla de contingencia Sexo /Factor intrínseco

Tabla de contingencia Sexo * Factor Intrínseco				
Recuento				
		Factor Intrínseco		Total
		Ausente	Presente	
Sexo	Mujer	34.3	28.6	62.9
	Hombre	11.4	25.7	37.1
Total		45.7	54.3	100.0

Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Gráfico 9 Sexo / factor intrínseco



Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Análisis y Discusión:

En la tabla de contingencia entre las variables Sexo-Factores Intrínsecos, nos muestra que el 28.6% de las mujeres presentan factores intrínsecos durante su hospitalización, al igual que el 25.7% de los hombres. En cuanto

a su ausencia podemos decir que es mayor en el género femenino con un 34.3% relacionado con un 11.4% de ausencia en los hombres. Por lo que podemos decir que existe una ligera igualdad en la determinación de la presencia y ausencia de los factores intrínsecos o comorbilidades existentes en la relación a la ocurrencia de un evento adverso evitable.

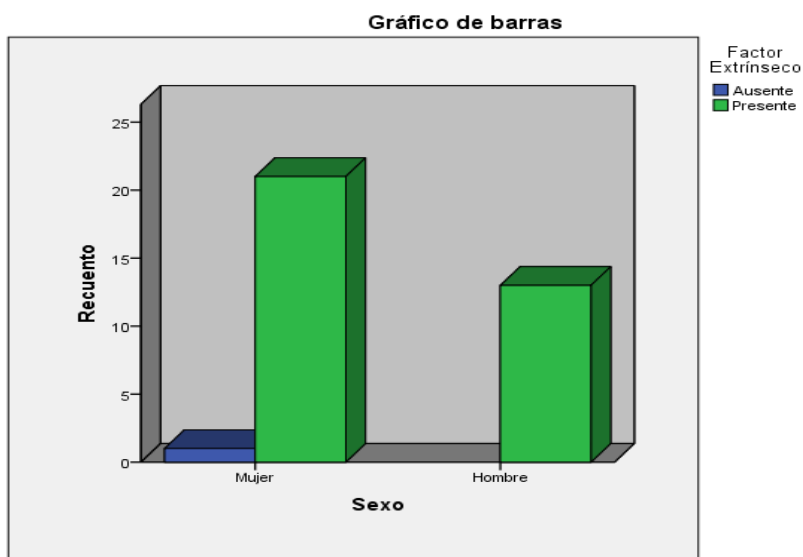
4.1.10.-De Contingencia Sexo/Factores Extrínsecos

Tabla 10 Tabla de contingencia Sexo / Factor extrínseco

Tabla De Contingencia Sexo * Factor Extrínseco				
Recuento				
		Factor Extrínseco		Total
		Ausente	Presente	
Sexo	Mujer	2.9	60	62.9
	Hombre	0	37.1	37.1
Total		2.9	97.1	100.0

Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Gráfico 10 Sexo / Factor extrínseco



Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Análisis y Discusión:

En la tabla de contingencia entre las variables Sexo-Factores Extrínsecos nos muestran que el 60% de las mujeres presentan factores

extrínsecos durante su hospitalización, al igual que el 37.1% de los hombres, podemos decir que los dispositivos asistenciales pueden favorecer o propiciar en el medio de la atención sanitaria la ocurrencia de un EA evitable, por lo que hacen que la incidencia de eventos adversos aumenten.

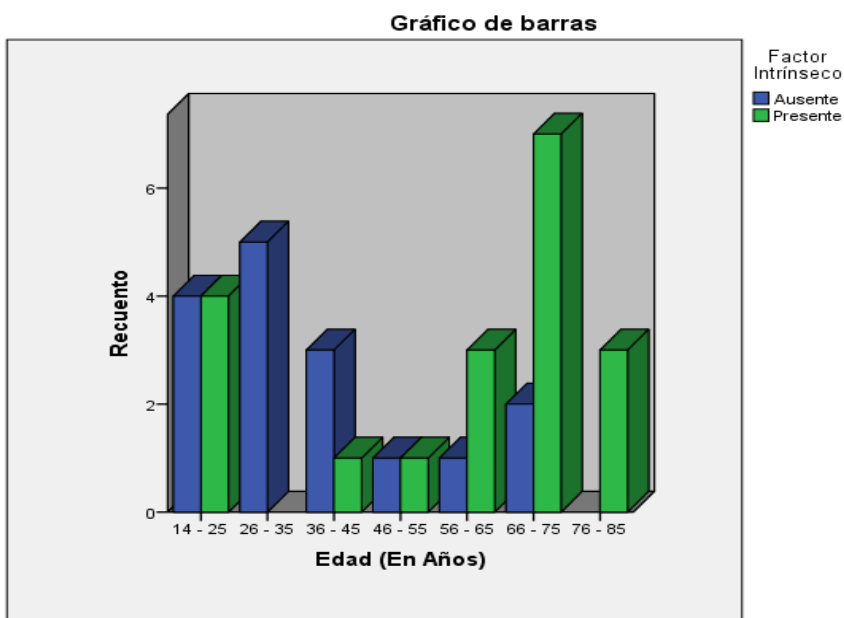
4.1.11.- De Contingencia Edad/Factores Intrínsecos

Tabla 11 Tabla de Contingencia Edad en años / Factor intrínseco

Tabla de contingencia Edad (En Años) * Factor Intrínseco				
Recuento				
		Factor Intrínseco		Total
		Ausente	Presente	
Edad (En Años)	14 - 25	11.4	11.4	22.8
	26 - 35	14.3	0	14.3
	36 - 45	8.7	2.9	11.4
	46 - 55	2.9	2.9	5.7
	56 - 65	2.9	8.7	11.4
	66 - 75	5.7	20	25.7
	76 - 85	0	8.7	8.7
Total		45.7	54.3	100.0

Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Gráfico 11 Edad en años / Factor Intrínseco



Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Análisis y Discusión.-

En la tabla de contingencia entre las variables Edad-Factores Intrínsecos se puede observar que en un mayor porcentaje se presentan los factores intrínsecos durante su hospitalización en los adultos mayores con un 20%, seguido de los adolescentes con un 11.4%. Por otra parte hay una ausencia de los mismos con un 14.3% en el rango de 26-35 años de edad, seguido de un 11.4% en los adolescentes. Lo que nos demuestra que existe una equidad en la determinación de la presencia y ausencia de los factores intrínsecos o comorbilidades existentes en la relación de la ocurrencia de un evento adverso evitable respecto a estos rangos de edad.

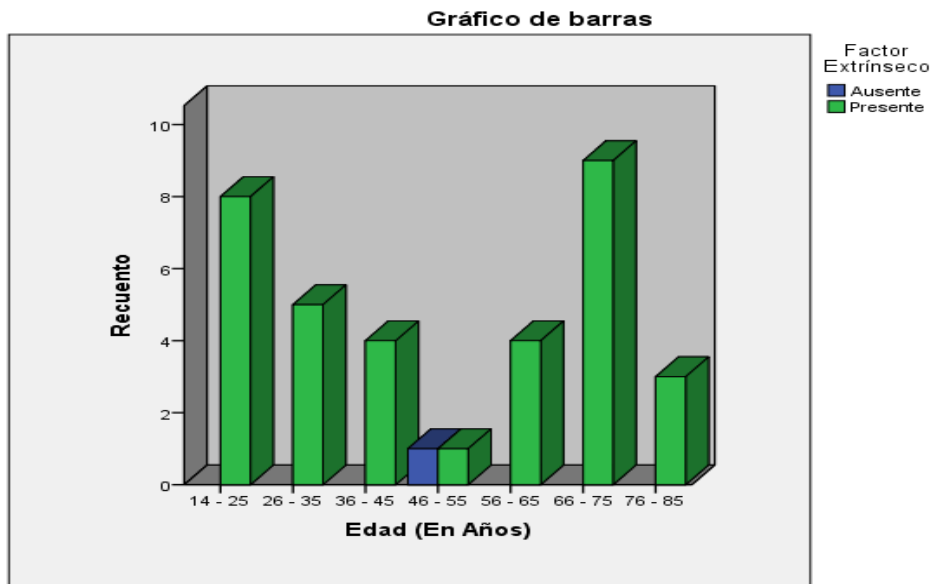
4.1.12.-De Contingencia Edad/Factores Extrínsecos

Tabla 12 Tabla de contingencia Edad en años / Factor extrínseco

Tabla De Contingencia Edad (En Años) * Factor Extrínseco				
Recuento				
		Factor Extrínseco		Total
		Ausente	Presente	
Edad (En Años)	14 - 25	0	22.9	22.9
	26 - 35	0	14.3	14.3
	36 - 45	0	11.4	11.4
	46 - 55	2.9	2.9	5.7
	56 - 65	0	11.4	11.4
	66 - 75	0	25.7	25.7
	76 - 85	0	8.6	8.6
Total		2.9	97.1	100.0

Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Gráfico 12 Edad en años / Factor extrínseco



Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Análisis y Discusión:

En la tabla de contingencia entre las variables Edad-Factores Extrínsecos se puede observar que en un mayor porcentaje se presentan los factores extrínsecos durante su hospitalización en los adultos mayores con un 25.7%, seguido de los adolescentes con un 22.9%. Lo que nos demuestra que los dispositivos asistenciales pueden favorecer o propiciar en el medio de la atención sanitaria la ocurrencia de un EA evitable, por lo que hacen que la incidencia de eventos adversos aumente.

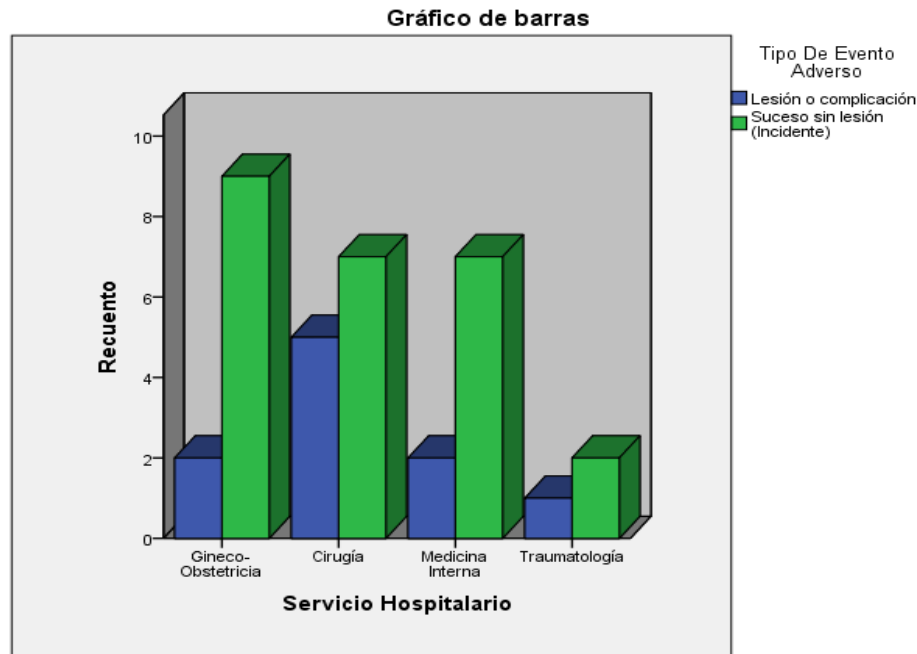
4.1.13.-De Contingencia Tipo De Servicio/Tipo De Evento Adverso

Tabla 13 Tabla de contingencia Servicio Hospitalario / Tipo de evento adverso

Tabla De Contingencia Servicio Hospitalario * Tipo De Evento Adverso				
Recuento				
		Tipo De Evento Adverso		Total
		Lesión O Complicación	Suceso Sin Lesión (Incidente)	
Servicio Hospitalario	Gineco-Obstetricia	5.7	25.7	31.4
	Cirugía	14.3	20	34.3
	Medicina Interna	5.7	20	25.7
	Traumatología	2.9	5.7	8.6
Total		28.6	71.4	100.0

Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Gráfico 13 Servicio Hospitalario / Tipo de evento adverso



Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Análisis y Discusión:

En la tabla de contingencia entre las variables Tipo De Servicio-Tipo De Evento Adverso nos muestras que el 25,7% de los sucesos sin lesión se produjeron en el servicio de Gineco-Obstetricia de igual manera con un porcentaje del 20% se produjeron en los servicios de Cirugía y Medicina Interna respectivamente en el mismo sentido y con el menor porcentaje de 5,7% en el servicio de Traumatología. En el caso de las lesiones y complicaciones se evidenció una alta incidencia en el servicio de Cirugía con un 14,3% seguido de un 5,7% registrado en los servicios de Gineco-Obstetricia y Medicina Interna y la menor incidencia en el servicio de Traumatología con un 2,9%. También la investigación se la realizó en el servicio de Unidad Renal en el cual no se reportó ningún evento adverso evitable. Podemos evidenciar que los sucesos sin lesión y lesiones o complicaciones tienden a aumentar en servicios de gran complejidad, larga estancia, cuidados inmediatos y de atención materno infantil.

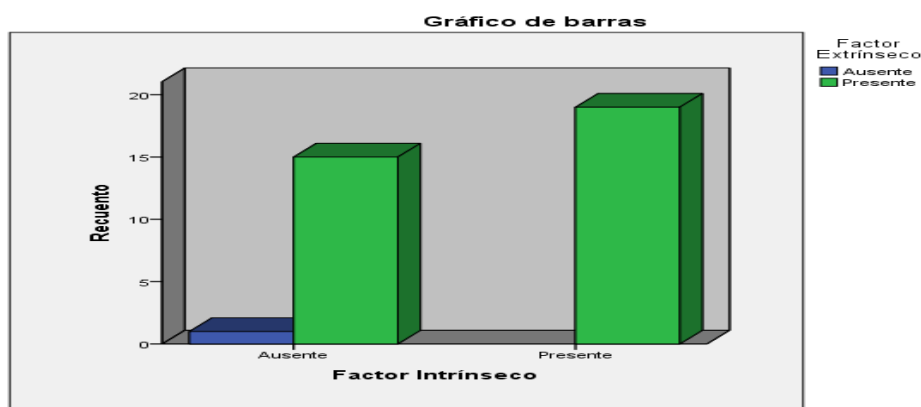
4.1.14.- De Contingencia Factores Intrínsecos/Factores Extrínsecos

Tabla 14 tabla de contingencia Factor intrínseco / Factor extrínseco

Tabla de contingencia Factor Intrínseco * Factor Extrínseco				
Recuento				
		Factor Extrínseco		Total
		Ausente	Presente	
Factor Intrínseco	Ausente	2.9	42.9	45.7
	Presente	0	54.2	54.3
Total		2.9	97.1	100.0

Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Gráfico 14 Factor intrínseco / Factor extrínseco



Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Análisis Discusión:

En la tabla de contingencia entre las variables Factores Intrínsecos-Factores Extrínsecos se observa la presencia de factores extrínsecos en un 97.1% ya que en la mayoría de pacientes hospitalizados se utilizaron dispositivos asistenciales (requeridos en el plan de tratamiento de los pacientes. Con respecto a la presencia de factores intrínsecos el 54.3% presenta algún factor, lo que podría elevar el riesgo de desencadenar evento adverso debido a su condición clínica, en menor proporción se presentan pacientes con ausencia de comorbilidades.

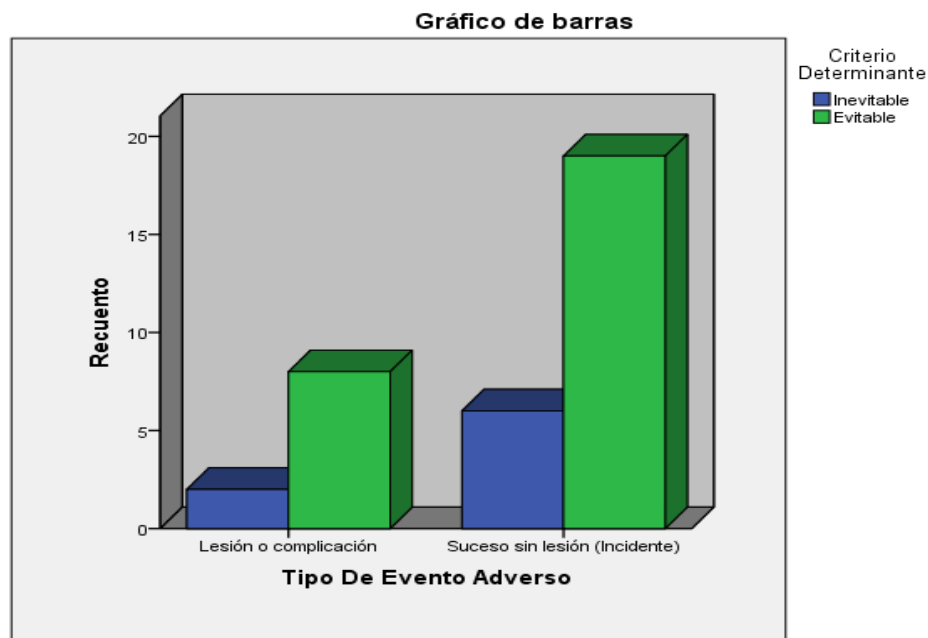
4.1.15.- De Contingencia Tipo De Evento Adverso/Criterio Determinante

Tabla 15 Tabla de contingencia Tipo de evento adverso / Criterio determinante

Tabla De Contingencia Tipo De Evento Adverso * Criterio Determinante					
Recuento					
			Criterio Determinante		Total
			Inevitable	Evitable	
Tipo De Evento Adverso	De	Lesión O Complicación	5.7	22.9	28.6
		Suceso Sin Lesión (Incidente)	17.1	54.3	71.4
Total			22.9	77.1	100.0

Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Gráfico 15 Tipo de evento adverso / Criterio determinante



Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Análisis y Discusión:

De acuerdo a la tabla de contingencia de las variables Tipo de Evento Adverso-Criterio Determinante, pudimos observar que el 71.4% de los casos presentaron un suceso sin lesión (incidente) de los cuales el 54.3% fueron evitables y el 17.1% restante inevitables. Por otra parte un 28.6% de los casos presentaron lesión o complicación de los cuales un 22.9% fueron evitables y un 5.7% inevitables. Se Deduce por lo registrado que cuando se presentan casos con lesión o complicación la inevitabilidad del evento adverso es menor y en el caso de un suceso sin lesión (incidente) existe una elevada posibilidad de ser evitado.

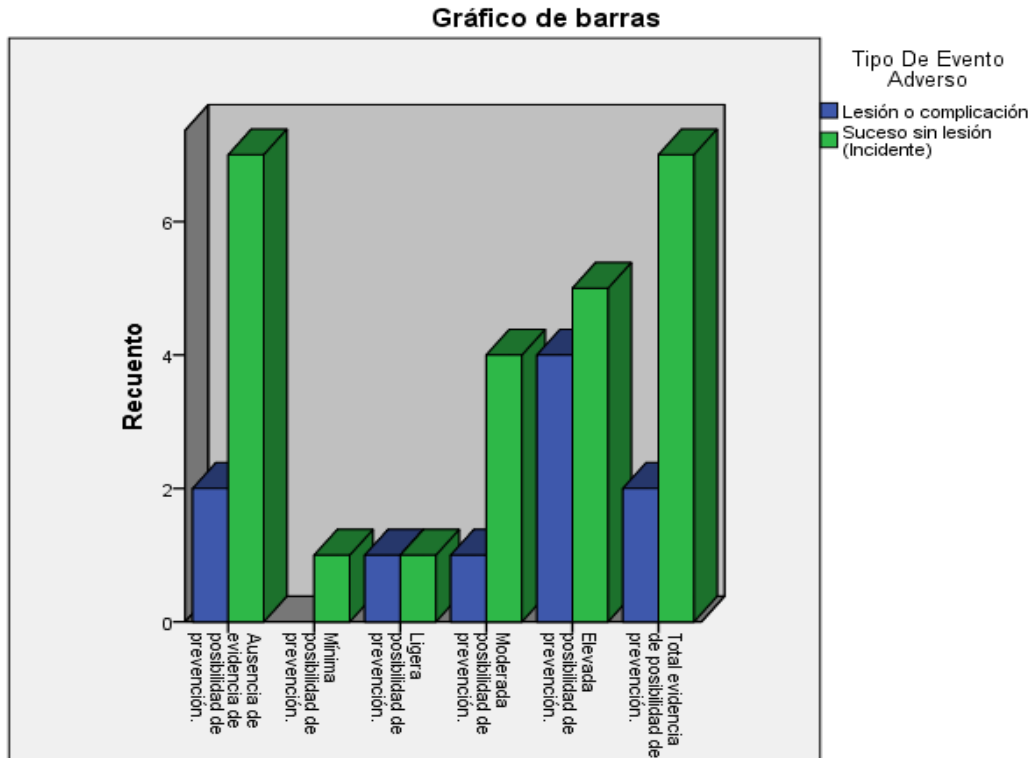
4.1.16.-De Contingencia Evento Adverso Evitable/Tipo De Evento Adverso

Tabla 16 Tabla de contingencia Evidencia de posibilidad de prevención / Tipo de evento adverso

Tabla De Contingencia Valore (Escala 6 Puntos) La Evidencia De Posibilidad De Prevención * Tipo De Evento Adverso				
Recuento				
		Tipo De Evento Adverso		Total
		Lesión O Complicación	Suceso Sin Lesión (Incidente)	
Valore (Escala 6 Puntos) La Evidencia De Posibilidad De Prevención	Ausencia De Evidencia De Posibilidad De Prevención.	5.7	20	25.7
	Mínima Posibilidad De Prevención.	0	2.9	2.9
	Ligera Posibilidad De Prevención.	2.9	2.9	5.7
	Moderada Posibilidad De Prevención.	2.9	11.4	14.3
	Elevada Posibilidad De Prevención.	11.4	14.3	25.7
	Total Evidencia De Posibilidad De Prevención.	5.7	20	25.7
Total		28.6	71.4	100.0

Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Gráfico 16 Evidencia de posibilidad de prevención / Tipo de evento adverso



Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Análisis y Discusión:

De acuerdo a la tabla de contingencia de las variables Evento Adverso Evitable- Tipo de Evento Adverso, pudimos ver que un 20% de suceso sin lesión (incidente) presentó una total evidencia de posibilidad de prevención y a su vez una ausencia de evidencia de posibilidad de prevención. Por otra parte un 11.4% de lesión o complicación presentó una elevada posibilidad de prevención en el mismo sentido se observó que un 5.7% registra una ausencia de evidencia de posibilidad de prevención. Como podemos ver la posibilidad de prevención es menor en los eventos adversos que presentan una lesión o complicación y que existe mayor posibilidad de prevención en casos que solo se presenta un suceso sin lesión pero de igual manera pueden ser inevitables.

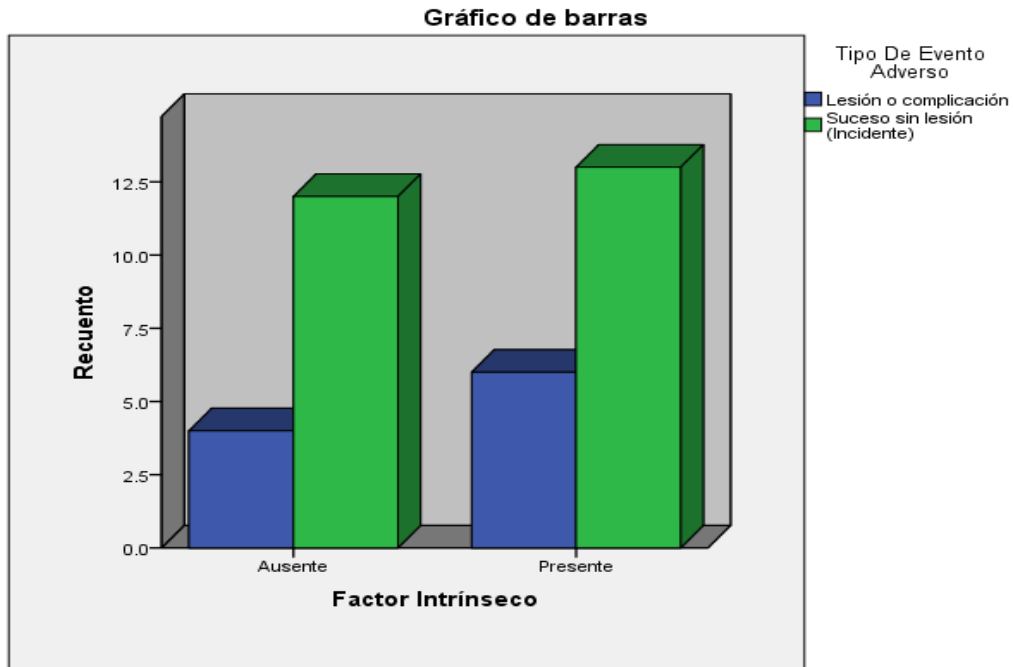
4.1.17.-De Contingencia Factores Intrínsecos/Tipo De Evento Adverso

Tabla 17 Tabla de contingencia factor intrínseco / Tipo de evento adverso

Tabla De Contingencia Factor Intrínseco * Tipo De Evento Adverso				
Recuento				
		Tipo De Evento Adverso		Total
		Lesión O Complicación	Suceso Sin Lesión (Incidente)	
Factor Intrínseco	Ausente	11.4	34.3	45.7
	Presente	17.1	37.1	54.3
Total		28.6	71.4	100. 0

Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Gráfico 17 factor intrínseco / Tipo de evento adverso



Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Análisis y Discusión:

De acuerdo a la tabla de contingencia de las variables Factores Intrínsecos-Tipo de Evento Adverso, podemos decir que un 37.1% de casos de suceso sin lesión (incidente) presentó factores intrínsecos y un 17.1% en el caso de una lesión o complicación. Por otra parte un 34.3% de casos con suceso sin lesión (incidente) los factores intrínsecos estuvieron ausentes, en el caso de la lesión o complicación la ausencia fue de 11.4%. Es por eso que mientras existe una mayor vulnerabilidad mayor es la prevalencia de sucesos sin lesión (incidente).

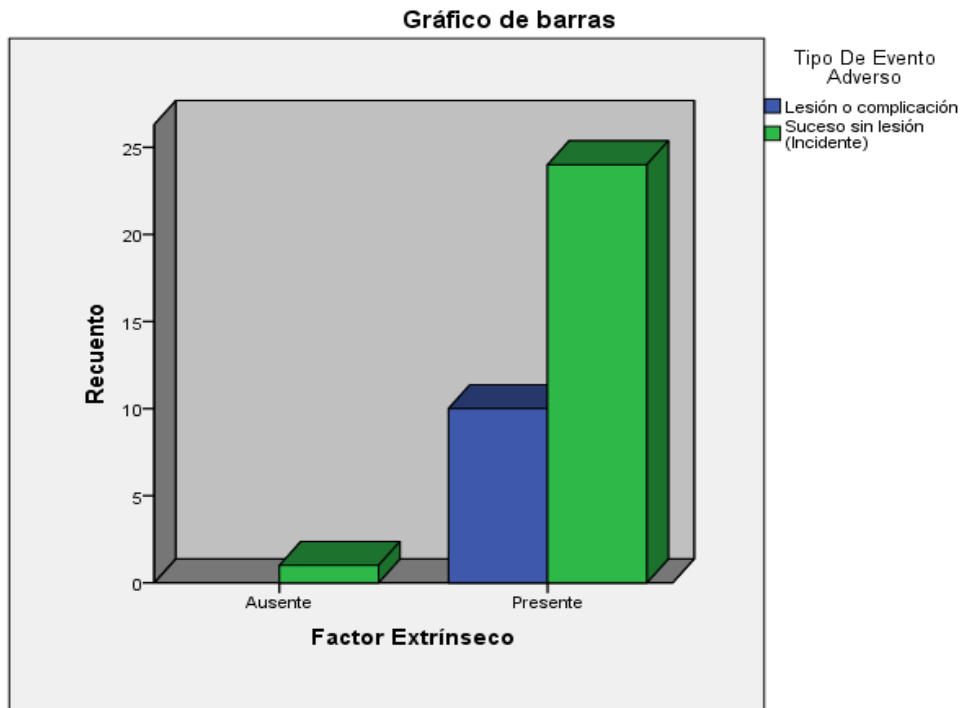
4.1.18.-De Contingencia Factores Extrínsecos/Tipo De Evento Adverso

Tabla 18 tabla de contingencia factor extrínseco / Tipo de evento adverso

Tabla de contingencia Factor Extrínseco * Tipo De Evento Adverso				
Recuento				
		Tipo De Evento Adverso		Total
		Lesión o complicación	Suceso sin lesión (Incidente)	
Factor Extrínseco	Ausente	0	2.9	2.9
	Presente	28.6	68.6	97.1
Total		28.6	71.4	100.0

Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Gráfico 18 factor extrínseco / Tipo de evento adverso



Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Análisis y Discusión:

En la tabla de contingencia de las variables Factores Extrínsecos-Tipo de Evento Adverso, pudimos estimar que el 68.6% de casos de suceso sin lesión (incidente) presentaron factores extrínsecos y en el caso de una lesión o complicación la presencia fue de 28.6%, es así que podemos decir que el uso de dispositivos invasivos u otros pueden predisponer a una lesión o complicación o a un suceso sin lesión (incidente), lo que significa que los factores extrínsecos determinan la ocurrencia de un EA.

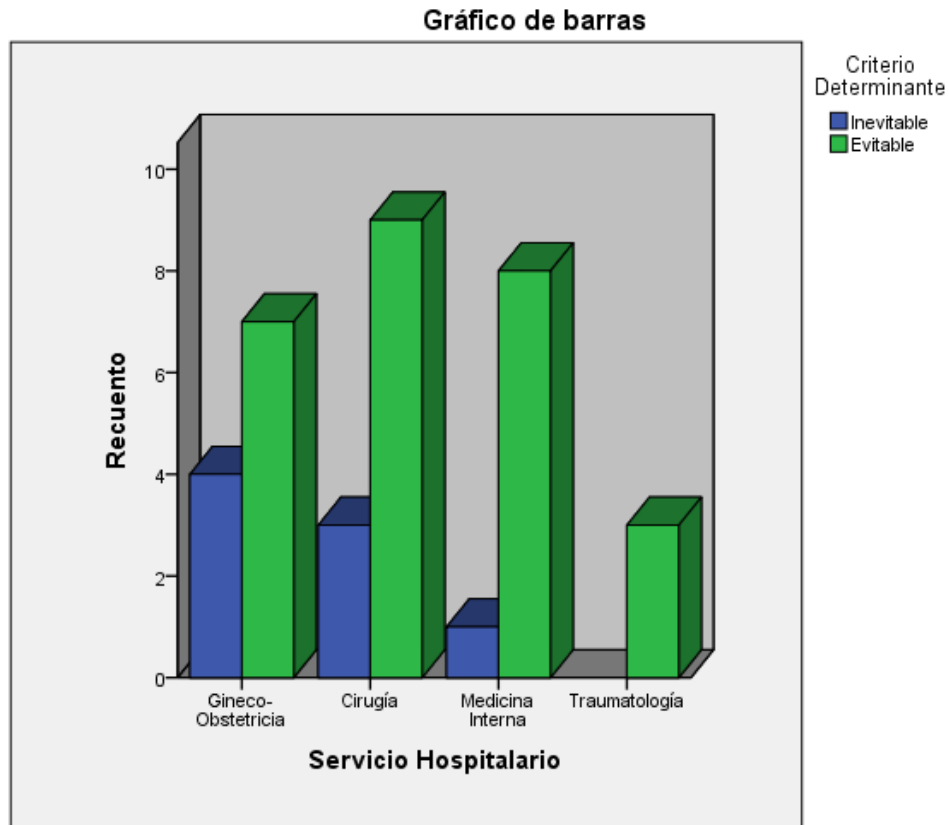
4.1.19.-De Contingencia Tipo De Servicio/Criterio Determinante

Tabla 19 Tabla de contingencia Servicio hospitalario / Criterio determinante

Tabla de contingencia Servicio Hospitalario * Criterio Determinante				
Recuento				
		Criterio Determinante		Total
		Inevitable	Evitable	
Servicio Hospitalario	Gineco-Obstetricia	11.4	20	31.4
	Cirugía	8.6	25.7	34.3
	Medicina Interna	2.9	22.9	25.7
	Traumatología	0	8.6	8.6
Total		22.9	77.1	100.0

Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Gráfico 19 Servicio hospitalario / Criterio determinante



Fuente: Guía De Cribado
Elaborado: Investigadores

Análisis y Discusión:

Como podemos ver en la tabla de contingencia de las variables Tipo de Servicio-Criterio Determinante, se observó que el 25.7% de eventos adversos evitables se produjeron en el servicio de Cirugía, un 22.9% en Medicina Interna, un 20% en Gineco Obstetricia y un 8.6% en Traumatología. Mientras que un 11.4% de los eventos adversos inevitables se produjeron en los servicios de Gineco Obstetricia seguido de un 8.6% en Cirugía y un 2.9% en Medicina Interna. También debemos tomar en cuenta de que el estudio se lo realizó en el servicio de Unidad Renal en el cual no se presentó ningún evento adverso evitable. Como podemos ver en los servicios de especialidad de Gineco Obstetricia y Cirugía es menor la evitabilidad que en los demás servicios ya que estos servicios son de mayor complejidad, de cuidado inmediato, de atención materno infantil que es un grupo prioritario y además se realizan procedimientos invasivos que hacen que se aumenten los factores de riesgo y la inevitabilidad del EA.

4.2.-Discusión

Dentro del contexto de la seguridad del paciente y entendiendo como evento adverso evitable a toda lesión o daño no intencional, causado por la intervención asistencial ejecutada con error mas no por la patología base, es así que según el presente estudio las características predominantes de la población que presento eventos adversos evitables fueron: sexo femenino (62.9%) y masculino (37.1%). En la edad predominaron los grupos de adolescentes (22.9%) y los adultos mayores (25.7%). Todo esto en acierto con otras investigaciones y estudios que indican que los EA son más frecuentes en este grupo etario.

Los eventos adversos más frecuentes de los servicios en estudio tenemos que no se registra las constantes vitales en su horario establecido, no se puede canalizar vía periférica por no aplicar una correcta técnica, incumplimiento de indicaciones médicas, flebitis, no se realizan exámenes diagnósticos, negligencia en valoración periódica de 8 horas en post cesárea, úlceras por presión, reingreso por infección de herida quirúrgica y neumonía nosocomial. En relación al reporte del IBEAS tiene concordancia y señala que los eventos adversos más frecuentes fueron neumonía, infección de herida quirúrgica, úlceras por presión (por inmovilización), sepsis y shock séptico, flebitis, diagnóstico erróneo, lesión de algún órgano debida a una intervención o procedimiento médico, hemorragia o hematoma debido a una intervención o procedimiento médico e invasión bacteriana de la sangre, debido a algún dispositivo (por ejemplo catéter).

Por otra parte se nos muestra que el 25,7% de los sucesos sin lesión se produjeron en el servicio de Ginecología de igual manera con un porcentaje del 20% se produjeron en los servicios de Cirugía y Medicina Interna respectivamente en el mismo sentido y con el menor porcentaje de 5,7% en el servicio de Traumatología. En el caso de las lesiones y complicaciones se evidenció una alta incidencia en el servicio de Cirugía con un 14,3% seguido

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

En el presente estudio se observó la presencia de factores extrínsecos en un 97.1% ya que en la mayoría de pacientes hospitalizados se utilizaron dispositivos asistenciales (intravenosos, sondas etc.) requeridos en el plan de tratamiento de los pacientes. Con respecto a la presencia de factores intrínsecos el 54.3% presenta algún factor, lo que podría elevar el riesgo de desencadenar evento adverso debido a su condición clínica también en menor proporción pero importante se presentan pacientes con ausencia de comorbilidades. En los diferentes estudios de incidencia de factores extrínsecos e intrínsecos de Gaitán y Arlex, nos demuestran que los mencionados factores estuvieron presentes (50%) y se asociaron a la presencia del EA.

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

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

4.3.- Conclusiones

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

- El progreso hacia una mejor asistencia sanitaria y más segura requiere del compromiso de todas las administraciones y organizaciones sanitarias para situar de forma prioritaria la seguridad de los pacientes en el centro de todas las políticas sanitarias libre de eventos adversos.

4.4.- Recomendaciones

- La mejor manera de evitar y/o minimizar la incidencia de EA, corrigiendo y mejorado la asistencia sanitaria logrando así un mejor control que permitan prevenir errores. Pensar en la seguridad de los pacientes, ya que este tema es un principio fundamental en el cuidado del individuo y un elemento crítico en los procesos de gestión de calidad.
- Aunque dentro de nuestras políticas de calidad no se encuentra incluido las alertas de seguridad como mecanismo para prevenir la aparición de dichos eventos, también aún falta mucha cultura de la seguridad dentro de los profesionales de la salud que laboran en la institución, por lo que es importante y urgente capacitarlos periódicamente con el fin de brindar una mejor calidad en atención al pacientes, disminuyendo de esta manera los EA, ayudando así a minimizar costos a la entidades sanitarias.
- Teniendo en cuenta la magnitud del problema, el paso a seguir, como autoras de la presente investigación y como estudiantes de la carrera de Enfermería es la socialización y aplicación de una capacitación virtual sobre seguridad del paciente en cada área de trabajo, que a su vez servirán de guía para el personal nuevo y que quede vigente como una herramienta de conocimiento en el proceso de atención sanitaria.

CAPÍTULO V

PROPUESTA

“CAPACITACIÓN VIRTUAL SEGURIDAD DEL PACIENTE”

5.1.-Introducción

Esta capacitación virtual se ha diseñado con el fin de despertar el interés y reafirmar los conocimientos de seguridad asistencial para mejorar la calidad de atención en los servicios de salud, ya que la seguridad de los pacientes es el principio fundamental de la atención sanitaria y un componente crítico de la gestión de la calidad y calidez. La idea es iniciar un proceso de formación en la apropiación y comprensión de contenidos y herramientas relacionadas con la seguridad del paciente para que usted pueda, posteriormente, investigar y analizar incidentes clínicos e implementar las acciones necesarias para transformar su institución en una organización altamente confiable, todas nuestras interrogantes relacionadas con la salud tiene que ser para el beneficio de los pacientes, se podría definir que la seguridad del paciente sería la ausencia, prevención o minimización del daño producido en el proceso de la atención sanitaria, en los que están involucrados políticas y estrategias que se pueden llevar a cabo para promover cambios desde la atención primaria de salud hasta la completa recuperación del paciente. La atención en salud está garantizada hoy en día con el MAIS e interculturalidad. Por eso es importante practicar también un Modelo de Gestión de Seguridad de Pacientes que les permita a las instituciones y a profesionales de la salud desarrollar competencias y utilizar herramientas para atacar este problema ya que el tema sobre la seguridad del paciente no es nuevo y debe ser estudiado más a fondo para prevenir posibles daños en la salud.

5.2.- Objetivos

5.2.1.-Objetivo General:

Desarrollar y fortalecer el conocimiento, percepción y actitudes relacionadas con la seguridad del paciente mediante una capacitación virtual a profesionales de salud y público en general para concientizar sobre su importancia en las instituciones sanitarias

5.2.2.-Objetivos Específicos:

- Revisión teórico metodológica que sustente la capacitación virtual de seguridad del paciente.
- Diseñar el curso virtual en un formato de fácil manejo.
- Concientizar al usuario del curso sobre la seguridad del paciente
- Estimular el uso del curso virtual sobre seguridad del paciente al personal del HSVP mediante evaluaciones y constantes actualizaciones.

5.3.-Justificación

La seguridad del paciente es un elemento clave de las ciencias de la salud ya que es el núcleo de los cuidados que enfatiza en el registro, análisis y prevención de los fallos de la atención prestada por los servicios sanitarios, que con frecuencia son causas de eventos adversos.

La práctica sanitaria conlleva riesgos para los pacientes y los profesionales que les atienden. Conforme las técnicas diagnósticas y terapéuticas se vuelven más sofisticadas estos riesgos, como es previsible, aumentan. En términos técnicos se habla, en estos casos, de que el paciente sufre un efecto 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 efectos 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.

5.4.-Metodología

Esta capacitación estará permanentemente disponible online en constante actualización y generando nuevos temas de conocimiento ya que consta de varios subtemas que contienen información detallada sobre el tema. El usuario podrá realizar el cuestionario como forma de autoevaluación y retroalimentación, a la vez podrá dejarnos comentarios, sugerencias e interrogantes.

5.5.-Evaluación:

El proceso de autoevaluación como parte integrante de la formación, será de carácter permanente ya que esta capacitación permite al usuario ver el nivel de conocimiento que tiene sobre el tema si la puntuación es mayor de

8/10, está listo para poner en práctica todo lo aprendido durante la capacitación virtual y si tiene una puntuación menor de 8/10 se recomienda al usuario dejar sus interrogantes para realizar actualizaciones del contenido y dar una respuesta a la misma.

5.6.-Plan Temático

A continuación se muestra el temario y las actividades que forman parte de la capacitación virtual. Ten en cuenta que se debe revisar detalladamente todas las actividades de cada subtema para mejorar tus conocimientos que te brinda la capacitación sobre Seguridad del Paciente, obteniendo así la máxima puntuación.

5.7.- Temas de estudio

5.7.1.- Introducción

- Capacitación
- Descripción
- Marco conceptual
- Video
- Cuestionario
- Interrogantes
- Contactos
- Anexos
- Comentarios

5.7.2.-Conceptos.

- Historia
- Terminología y definiciones
- La frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos.
- La Seguridad del Paciente en siete pasos

5.8.-Logros.

Al finalizar la Capacitación Virtual usted estará apto para:

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

Bibliografía

1. Constitución De La República Del Ecuador, Título II Derechos, Capítulo Segundo Derechos Del Buen Vivir, Sección Séptima Salud. Art.32. (2008). Quito, Pichincha.
2. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud (APEAS). (2008). 17.
3. Seguridad del paciente en la Asistencia Sanitaria. (2010). Consejo de los Consumidores y Usuarios de Andalucía, 9-17.
4. Seguridad del paciente en la Asistencia Sanitaria. (2010). Consejo de los Consumidores y Usuarios de Andalucía, 9-10.
5. Seguridad del paciente en la Asistencia Sanitaria. (2010). Consejo de los Consumidores y Usuarios de Andalucía.
6. EBSCO Publishing. (Agosto de 2011). Recuperado el 15 de Junio de 2014, de EBSCO Publishing: <http://health.cvs.com/print.aspx?token=f75979d3-9c7c-4b16-af56-3e122a3f19e3&chunkiid=124826>
7. EBSCO Publishing. (2011). Recuperado el 15 de Junio de 2014, de EBSCO Publishing: <http://health.cvs.com/print.aspx?token=f75979d3-9c7c-4b16-af56-3e122a3f19e3&chunkiid=124826>
8. Ley de Ejercicio profesional de las enfermeras y enfermeros del Ecuador. (13 de Enero de 2011). Recuperado el 15 de Junio de 2014, de <http://natalynurse.blogspot.com/2011/01/ley-de-ejercicio-profesional-de-las.html>
9. SERVIUCIS. (Febrero de 2013). Recuperado el 15 de Junio de 2014, de Unidades Clínicas Especializadas: <http://www.serviucis.com/Extranet/media/pdfs/boletines/Boletin-Farmacia-02-13%20FLEBITIS.pdf>
10. Acosta, J. (2002). "La Bioética de Potter a Potter. Habana-Cuba.: Publicaciones Acuario.

11. Agra, E. (2007). Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.
12. Alba A, et al. (2011). Errores de Enfermería en la atención hospitalaria. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc, 150.
13. ANDRES, ARANAZ. (2006). Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización ENEAS 2005. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.
14. Aranaz, J., & Albar, C. (2005). Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización. Ministerio de sanidad y consumo.
15. Aranaz, J., & Vitaller, J. (2004). Identificación de Efectos Adversos. Proyecto IDEA, 13.
16. Asamblea Mundial de la Salud. (2002). Calidad de la atención: seguridad del paciente. 55ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD (págs. 1-2). ONU: WHA55.18.
17. Bañeres, J., Cavero, E., & López, L. (2004). SISTEMAS DE REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES DE EVENTOS ADVERSOS. Planificación Sanitaria.
18. Beaujeu-Garnier, J. (2000). Demogeografía. En J. Beaujeu-Garnier, Demogeografía. Barcelona: Labor.
19. Bernal M, et al. (2011). Plan estratégico de seguridad de pacientes. Servicio extremeño de salud, 25-26.
20. Bernal, D. (2008). Eventos Adversos Durante La Atención de Enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos. 9-41.
21. Briseno Pineda, T. (23 de Mayo de 2002). Calidad de la Atención en la Seguridad del paciente. Organización Mundial de la Salud, 18.
22. Briseno Pineda, T. (2002). Calidad de la Atención segura del paciente. Organización Mundial de la Salud, 20.
23. Cantos, M. (s/f). Enfermería y Bioética. Sociedad Ecuatoriana de Bioética, 1.
24. Carola Orrego, R. S. (2009). SISTEMAS DE REGISTRO Y NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS. Planificación Sanitaria.

25. Castiglioni, A. (1941). Historia de la medicina. Buenos Aires. República Argentina: Primera edición editores Salvat.
26. Delgado Bernal, M., & Márquez Villarreal, H. (s.f.). La seguridad del paciente: eje total de la calidad de atención. La calidad de atención de la salud en Méxio, 1.
27. Delgado, M. C. (2010). Información sobre incidentes de eventos adversos a pacientes y familiares. Fundación MAPFRE.
28. Demetrio A, et al. (2010). Sistema de vigilancia eventos adversos asociados a la atención: Hospital Dr. Luis Tisné Brousse. REV. OBSTET. GINECOL, 5, 81.
29. Doisenbant, A. B., & Arnaldo, R. (2008). Evolución histórica de la medicina. Madrid: Médica Panamericana.
30. Dumoy, J. S. (1999). Los factores de riesgo en el proceso salud-enfermedad. Medicina General Integral.
31. Ecuador, C. d. (2006). Ley Organica del Ecuador. QUITO: QUITO.
32. Ecuador, C. d. (2006). Ley Organica del Ecuador. QUITO.
33. ENEAS, Ministerio de Sanidad y Consumo. (2005-2006). Estudio Nacional sobre los efectos adversos. ENEAS.
34. Enfermería: el arte y la ciencia del cuidado. (s.f.). academia de medicina.
35. Estrada Barcenás Roberto, G. P. (2009). Factores determinantes del éxito competitivo en la Pyme. De Gerencia.
36. Fraile, C. (2002). Ciencia, ética y enfermería. science, 8.
37. Gaitan Duarte, H. (2008). Incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias en Colombia. Salud Publica, 10.
38. Garjón Parra J, G. M. (2010). Seguridad del paciente: cuidado con los errores de medicación. En G. M. Garjón Parra J, Seguridad del paciente (págs. 3-18). Navarra: Navarra.
39. Gómez Córdoba, A. (6 de junio de 2009). Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. Cuidar es pensar. Universidad de la Sabana, 1.

40. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL. (07 de 09 de 2013). www.hsvp.gob.ec. Recuperado el 14 de 09 de 2013, de www.hsvp.gob.ec: www.hsvp.gob.ec
41. Hoyos, G. (2000). *Ciencia, Tecnología y Ética*. Medellín, Colombia: Tekhné.
42. IBEAS. (2009). *Estudio IBEAS Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamérica*. Madrid: MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL.
43. IBEAS-OMS. (2010). *Estudio IBEAS prevalencia de efectos adversos en hospitales de latinoamerica*. España: MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL.
44. Jesús María Aranaz Andrés, C. A. (2009). *Estudio Ibeas Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamérica*. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL, 37.
45. Jiménez Muñoz AB, M. M. (2008). *Percepción de riesgos derivados de la práctica clínica frente a los efectos adversos detectados en los servicios hospitalarios*. Medline.
46. Kohn, L., Corrigan, J., & Donaldson, M. (2000). *To err is human*. Seguridad Clínica.
47. Luiz. (1999). *Bioseguridad*. Sao Paulo.
48. Marín, G. (1993). *Ética de la justicia y ética del cuidado*. Estados Unidos: Asamblea de Dones.
49. Miguez, M. (2007). *Seguridad del paciente y calidad asistencial*. *Medica Española*, e105-e116.
50. Ministerio de Protección Social. (2007). *Herramientas para promover la estrategia de seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud*. Colombia: Fundación Fitec.
51. Ministerio De Protección Social Colombia. (Diciembre de 2007). *Herramientas Para Promover La Estrategia De La Seguridad Del Paciente En El Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad De La*

Atención En Salud. Sistema Obligatorio De Garantía De La Calidad En Salud, 24-27.

52. Ministerio de Sanidad y Consumo. (2005). Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS. Ministerio de Sanidad y Consumo.
53. Ministerio de Sanidad Y Consumo. Aranaz, J. (2006). Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización ENEAS. Madrid.
54. Mondragón-Cardona , Á. (2012). La seguridad del paciente: un componente de las políticas de salud que hay que fortalecer en América Latina. Scielo, Revista Panamericana de Salud Pública.
55. Muiño, A., Jiménez, B., & Pinilla, L. (2007). Seguridad del paciente. Seguridad del paciente, 602-606,.
56. Muñoz Mella, M. A. (2009). Estrategia para la prevención de eventos adversos en el anciano hospitalizado. Scielo, 20(3), 4.
57. OMS. (2005-2006). Reto mundial en pro de la seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo.
58. OMS. (2006). La seguridad del paciente: una estrategia del Sistema Nacional de Salud. Seguridad del Paciente.
59. OMS. (2006). Seguridad del paciente. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1.
60. OMS. (MAYO de 2007). Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente. (OMS, Ed.) Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente, 1.
61. OMS. (2008). Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. OMS, 1.
62. OMS. (2008). La investigación en seguridad del paciente. Francia: De la OMS.
63. OMS. (2008). La Investigación en seguridad del paciente. 1-3.
64. OMS. (2009). Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud. Obtenido de

http://www.med.unlp.edu.ar/archivos/noticias/guia_lavado_de_manos.pdf

65. OMS. (2009). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional Para la Seguridad del Paciente. (OMS, Ed.) 5.
66. OMS (Ed.). (2010). IBEAS: Red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. OMS, 1-5.
67. Organización Mundial De La Salud. (2008). La Investigación en seguridad del paciente. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, 1.
68. Organización Mundial de la Salud. (Febrero de 2008). La Investigación en Seguridad del Paciente. La Investigación en Seguridad del Paciente, 1.
69. Organización Mundial de la Salud. (2008). Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. OMS, 1.
70. Organización Panamericana de la Salud. (3 de abril de 2012). Contribuciones a la renovación de la APS. OMS-OPS.
71. Ortega, C., & Suárez, M. (2006). Manual de evaluación del servicio de calidad en enfermería. scielo.
72. Ques, Á. A., & Vázquez Campo, M. (enero-junio de 2008). El cuidado y la seguridad del paciente. Algunas consideraciones éticas y legales. Etica de los Cuidados.
73. Ramírez O. (2 de Julio - Diciembre de 2011). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. AVANCES EN ENFERMERÍA, 29(2).
74. Ramos Dominguez, B. N. (julio- septiembre de 2005). Calidad de la atención de Salud, Error Medico y Seguridad del paciente. scielo, 31(3), 3.
75. Rodriguez Espinel, J. (2011). Analisis de la politica publica Colombiana de seguridad del paciente y sus implicaciones para enfermeria. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Bogota: Universidad Nacional De Colombia.

76. Román, M. C. (2006). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. *Cubana Enfermería*.
77. Romero Gerardo E, R. J. (2006). Satisfacción de clientes externos de las empresas aseguradoras en el municipio Maracaibo. *Ciencias Sociales*.
78. Rubio, M., & Sanz, A. (2012). Simulación de Sistemas Flexibles de Fabricación Mediante Modelos de Realidad Virtual. *Informacion Tecnologica*.
79. Salud, O. M. (2013). 10 datos sobre seguridad del paciente. OMS.
80. Saturno, P. (2008). Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Medicina Clinica*, 18-25.
81. Secretaria nacional de planificacion y desarrollo. (2012). Transformacion de la matriz productiva. Quito, Ecuador: Semplades.
82. Torres, L. (Julio de 2011). GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA. 13-26.
83. Van den Heede K, A.-A. J.-R. (2011). seguridad de los pacientes hospitalizados en servicios médicos. *Calidad Asistencial*.
84. Van den Heede K, A.-A. J.-R. (2011). seguridad de los pacientes hospitalizados en servicios médicos. *Calidad Asistencial*.
85. Viana T. (2012). Evaluación de una intervención con recordatorios automatizados para la mejora de la seguridad de los pacientes relacionada con cuidados. 18-21.
86. Villareal Cantillo, E. (2007). Seguridad del Paciente. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. *Redalyc*, 113.
87. Villarreal Cantillo, E. (2012). Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. *Revista Científica Salud Uninorte*.
88. Villarreal, C. E. (2007). *Salud Uninorte Barranquilla*. 112-119.
89. W. E. Deming . (2012). Indicios de atención insegura, errores y eventos adversos ocurridos en el proceso de atención en salud y

enfermería en una IPS de Bogotá en el periodo junio 2009-junio 2010. 15-48.

90.W. E. Deming. (2012). Indicios de atención insegura, errores y eventos adversos ocurridos en el proceso de atención en salud y enfermería en una IPS de Bogotá en el periodo junio 2009-junio 2010. 15-48.

91.Wagner, C., & Cuperus Bosma, J. (2001). La seguridad clínica en los hospitales: una perspectiva europea. Seguridad clínica, 1.

92.Wagner, J., & Cuperus, Y. (2004). LA SEGURIDAD CLÍNICA EN LOS HOSPITALES:. Seguridad Clínica.

ANEXOS

Anexo N°1 : Clasificación de Términos en Seguridad del
Paciente:(Taxonomías)

- Agente: Sustancia, objeto o sistema que actúa para producir cambios.
- Atención sanitaria: Servicios recibidos por personas o comunidades con el fin de promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.
- Características del paciente: Atributos seleccionados de un paciente.
- Clasificación: Organización de conceptos en clases, y sus subdivisiones, vinculados de manera que se expresen las relaciones semánticas entre ellos.
- Concepto: Elemento portador de significado.
- Clase: Grupo o conjunto de cosas similares.
- Casi error / “near miss”: Categoría mal definida, próxima a la de incidente, que incluye sucesos como los siguientes: Caso en el que el accidente ha sido evitado por poco; Cualquier situación en la que una sucesión continuada de efectos fue detenida evitando la aparición de potenciales consecuencias; Hecho que estuvo a punto de ocurrir; Suceso que en otras circunstancias podría haber tenido graves consecuencias.
- Circunstancia: Situación o factor que puede influir en un evento, un agente o una o varias personas.
- Complicación: Alteración del curso de la enfermedad, derivada de la misma y no provocada por la actuación médica, así como de la reacción adversa que se considera como daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en el que se produjo el evento.
- Daño: Alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella. Comprende los conceptos de enfermedad, lesión, sufrimiento, discapacidad y muerte.

- Daño asociado a la atención sanitaria: Daño derivado de planes o medidas adoptados durante la prestación de asistencia sanitaria o asociado a ellos, no el debido a una enfermedad o lesión.
- Discapacidad: Cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociada a un daño pasado o presente.
- Detección: Acción o circunstancia que da lugar al descubrimiento de un incidente.
- Evento: Algo que le ocurre a un paciente o le atañe.
- Evento adverso / efecto adverso /resultado adverso (EA): Daño no intencionado causado durante o a consecuencia de la atención sanitaria y no relacionado con la evolución o posibles complicaciones de la enfermedad de base del paciente.
- Efecto secundario: Efecto conocido, distinto del deseado primordialmente, relacionado con las propiedades farmacológicas de un medicamento.
- Error: Acto de equivocación en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que suceda un EA.
- Error activo: Aquellos errores cometidos por personas en contacto directo con el paciente cuyos efectos aparecen rápidamente. Suelen ser llamados también errores "a pie de cama".
- Incluyen Fallos de la atención, despistes, distracciones lapsus, errores de valoración, incumplimiento de normas establecidas. La falta de entrenamiento o formación, la fatiga, la sobrecarga de trabajo y el estrés son condicionantes que pueden contribuir a su producción.
- Error (condición) latente: Aquellas condiciones que permanecen sin efecto largo tiempo y que combinadas con otros factores pueden producir efectos en momentos determinados.
- Incluyen circunstancias y fallos menos claros existentes en la organización y el diseño de dispositivos, actividades, etc.

- Fallo del sistema: Defecto, interrupción o disfunción en los métodos operativos, los procesos o la infraestructura de una organización.
- Factor atenuante: Acción o circunstancia que impide o modera la evolución de un incidente hacia la provocación de un daño a un paciente.
- Factor contribuyente: Circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de incidente.
- Grado de daño: Gravedad, duración y repercusiones terapéuticas del daño derivado de un incidente.
- Incidente con daños (evento adverso): Incidente que produce daño a un paciente.
- Lesión: Daño producido a los tejidos por un agente o un evento.
- Mala praxis: Deficiente práctica clínica que ha ocasionado un daño al paciente. Se entiende como tal, cuando los resultados son claramente peores a los que, previsiblemente, hubieran obtenido profesionales distintos y de calificación similar, en idénticas circunstancias.
- Negligencia: Error difícilmente justificable ocasionado por desidia, apatía, abandono, estudio insuficiente, falta de diligencia, omisión de precauciones debidas o falta de cuidado en la aplicación del conocimiento que debería tener y utilizar un profesional cualificado.
- Paciente: Persona que recibe atención sanitaria.
- Práctica clínica segura: Aquellas prácticas sobre las que hay evidencia consistente, prometedora o intuitiva que reducen el riesgo de sucesos adversos relacionados con la atención sanitaria.
- Peligro: Circunstancia, agente o acción que puede causar daño.
- Relación semántica: La forma en que las cosas (como las clases o los conceptos) se asocian entre sí con arreglo a su significado.
- Riesgo asistencial: Posibilidad de que algo suceda durante la atención sanitaria y tenga un impacto negativo sobre el paciente. Se mide en términos de consecuencias y probabilidades. Más actividad, más

complejidad, más profesionales, más tecnología, más especialización conllevan más riesgos asistenciales.

- Reacción adversa: Daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en que se produjo el evento.
- Resultado para el paciente: Repercusiones en un paciente total o parcialmente atribuibles a un incidente.
- Resiliencia: Grado en el que un sistema previene, detecta, atenúa o mejora continuamente peligros o incidentes.
- Salud: Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- Seguridad: Reducción del riesgo de daño innecesario hasta un mínimo aceptable.
- Seguridad del paciente: Ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, de riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria. El "nivel mínimo aceptable" hace referencia al nivel de conocimiento actual, los recursos disponibles y el contexto en que se produce la atención frente al riesgo de no tratamiento u otro tratamiento.
- Suceso centinela: Evento inesperado que produce muerte o lesión grave física o psíquica o que podría haberlas producido. Se denomina centinela porque cada uno de ellos precisa de investigación y respuesta inmediatas. Algunos autores lo denominan "Suceso vergüenza".
- Tipo de incidente: Término descriptivo para una categoría constituida por incidentes de naturaleza común que se agrupan por compartir Características acordadas.

Anexo N°2 Cribado

PROYECTO IDEA

Identificación de Eventos Adversos

Guía De Cribado (GC)

GUIA DE CRIBADO

Revisor _____ Caso _____ Hospital _____ Servicio _____

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

Destino al alta

- Médico de cabecera
 Centro de especialidades
 Otro servicio
 Otro hospital
 Alta voluntaria / Fugado
 Éxito

Sexo

- Hombre
 Mujer

Ingreso

- Programado
 Urgente

Diagnóstico Principal _____

Grupo de diagnóstico GRD _____ Código CIE-9 _____

Intervención Quirúrgica _____

Fecha _____ Duración (min) _____

Cod. CIE-9 _____ Cirugía _____ Cirugía endoscópica _____ Grado de contaminación _____
 Riesgo ASA _____ Electiva Sí Limpia Contaminada
 Prótesis Sí No Urgente No Limpia - Cont. Sucia

Factores de riesgo extrínseco

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

Nº Fármacos como medicación habitual

CONFIDENCIAL

CUESTIONARIO MODULAR (MRF2)

Para Identificación de Eventos

Adversos Por Revisión de Historias

Clínicas.

Instrucciones:

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

MÓDULO E: FACTORES CONTRIBUYENTES Y POSIBILIDAD DE PREVENCIÓN DEL EA

E1 INDIQUE LOS FACTORES QUE CONTRIBUYERON AL EVENTO ADVERSO

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

Peso Factores

Factores del paciente o sus familiares

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Comorbilidad preexistente |
| <input type="checkbox"/> | Complejidad del cuadro principal |
| <input type="checkbox"/> | Cultura / creencia que dificulte el manejo |
| <input type="checkbox"/> | Déficit cognitivo o trastorno mental |
| <input type="checkbox"/> | Actitud no cooperativa (incumplimiento) |
| <input type="checkbox"/> | Idioma diferente o no comprensible |
| <input type="checkbox"/> | Mala comunicación con los profesionales |
| <input type="checkbox"/> | Mala comunicación con los familiares |
| <input type="checkbox"/> | Bajo nivel económico |
| <input type="checkbox"/> | Ausencia de familiares o redes de apoyo |

Factores individuales del prof. sanitario

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Salud, discapacidad, estrés o fatiga |
| <input type="checkbox"/> | Baja motivación |
| <input type="checkbox"/> | Conocimientos o destrezas inadecuados |
| <input type="checkbox"/> | Poca experiencia en el lugar de trabajo |
| <input type="checkbox"/> | Desconocimiento de tareas o protocolos |
| <input type="checkbox"/> | Supervisión inadecuada |
| <input type="checkbox"/> | Formación inadecuada o insuficiente |
| <input type="checkbox"/> | Actitud no cooperativa |
| <input type="checkbox"/> | Horario inadecuado |

Factores de comunicación oral y escrita

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Indicaciones verbales ambiguas |
| <input type="checkbox"/> | Uso incorrecto del lenguaje |
| <input type="checkbox"/> | Uso de un canal inadecuado |
| <input type="checkbox"/> | Registros insuficientes o inadecuados |
| <input type="checkbox"/> | La información no llega a todo el equipo |
| <input type="checkbox"/> | Lenguaje corporal inadecuado |

Factores relacionados con la tarea

- | | |
|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ausencia de guías o protocolos |
| <input type="checkbox"/> | Protocolo inadecuado u obsoleto |
| <input type="checkbox"/> | Protocolo no accesible o no conocido |
| <input type="checkbox"/> | Ausencia de verificación del proceso |
| <input type="checkbox"/> | Tarea demasiado compleja |

Peso Factores

Factores de equipamiento y recursos

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Acceso / disponibilidad HC informatizada |
| <input type="checkbox"/> | Problemas de mantenimiento de equipos |
| <input type="checkbox"/> | Diseño inadecuado de recursos (timbre,...) |
| <input type="checkbox"/> | Almacenamiento / accesibilidad inadecuado |
| <input type="checkbox"/> | No disponibilidad del producto / fármaco |
| <input type="checkbox"/> | Etiquetado incorrecto |
| <input type="checkbox"/> | Envase o nombre parecido |
| <input type="checkbox"/> | Caducidad |
| <input type="checkbox"/> | Equipamiento / recurso nuevo |
| <input type="checkbox"/> | Equipamiento no estándar |

Factores del entorno de trabajo

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Seguridad y accesos a zonas restringidas |
| <input type="checkbox"/> | Entorno inadecuado (ruido, luz, temperatura) |
| <input type="checkbox"/> | Entorno inadecuado (limpieza, camas, espacio) |
| <input type="checkbox"/> | Distracciones en el entorno |
| <input type="checkbox"/> | Ratio inadecuado de personal / paciente |
| <input type="checkbox"/> | Presión asistencial elevada |
| <input type="checkbox"/> | Rotación excesiva de personal / inexperiencia |
| <input type="checkbox"/> | Realización de tareas ajenas |
| <input type="checkbox"/> | Fatiga ligada a los turnos de trabajo |

Factores del trabajo en equipo y liderazgo

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Las funciones no están claramente definidas |
| <input type="checkbox"/> | No hay un liderazgo efectivo |
| <input type="checkbox"/> | Ausencia de sistemas de evaluación / incentivos |
| <input type="checkbox"/> | Conflicto entre los miembros del equipo |
| <input type="checkbox"/> | Ausencia de mecanismos de apoyo ante el error |
| <input type="checkbox"/> | No se promueve la cultura de seguridad |

Factores organizativos y de gestión

- | | |
|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Cita o programación erróneas |
| <input type="checkbox"/> | Lista de espera prolongada |
| <input type="checkbox"/> | Error en la información sanitaria |
| <input type="checkbox"/> | Estructura organizativa insuficiente |
| <input type="checkbox"/> | Estructura asistencial insuficiente |

E2 VALORE LA POSIBILIDAD DE PREVENCIÓN

DEL EA Ayuda a la decisión:

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

A su juicio, ¿hay alguna evidencia de que el EA se podría haber evitado?

Sí No

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

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1 Ausencia de evidencia de posibilidad de prevención. |
| <input type="checkbox"/> | 2 Mínima posibilidad de prevención. |
| <input type="checkbox"/> | 3 Ligera posibilidad de prevención. |
| <input type="checkbox"/> | 4 Moderada posibilidad de prevención. |
| <input type="checkbox"/> | 5 Elevada posibilidad de prevención. |
| <input type="checkbox"/> | 6 Total evidencia de posibilidad de prevención. |

Describe brevemente la manera en que el EA podría haberse prevenido

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

A4 INDIQUE LA CONSECUENCIA DEL EA EN EL PACIENTE

Marque el EA según proceda (sólo marque una casilla)

Complicaciones de los cuidados

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

Efectos de la medicación o productos sanitarios

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

Infección relacionada con la asistencia

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

Complicaciones de un procedimiento

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

Otros

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

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

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

A5 ADECUACIÓN DE LOS INFORMES PARA JUZGAR EL EA

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

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

Módulo B: LA LESIÓN Y SUS EFECTOS

B1 INVALIDEZ CAUSADA POR EL EA

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

Valoración del grado de invalidez

Deterioro físico

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

Dolor:

- | | | |
|--------------------------|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> | 0 | Sin dolor |
| <input type="checkbox"/> | 1 | Dolor leve |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Dolor moderado |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Dolor severo |

Trauma emocional

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

B2 REPERCUSIÓN DE LOS EA EN LA HOSPITALIZACIÓN

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

- | | | |
|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | 1 | No aumentó la estancia |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Parte de la estancia |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Causó un reingreso (la estancia siguiente por completo o la hospitalización que está siendo estudiada fue provocada por un EA previo) |

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

De ellos, ¿cuántos días permaneció en la UCI?

B3 ASISTENCIA ADICIONAL COMO RESULTADO DEL EA Señale todas las oportunas

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

B4 GRAVEDAD DEL EA

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

- | | | |
|--------------------------|-------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1 Leve. | Aquel que ocasiona lesión sin prolongación de la estancia hospitalaria. |
| <input type="checkbox"/> | 2 Moderado. | Aquel que ocasiona prolongación de la estancia al menos de 1 día de duración. |
| <input type="checkbox"/> | 3 Grave. | Aquel que ocasiona fallecimiento o incapacidad al alta o que requirió intervención quirúrgica. |

Anexo N°3 Marco Administrativo.

- Recursos Humanos
 - Diana Flores
 - Verónica Chicaiza.

- Recursos materiales
 - Copias de libros y folletos.
 - Hojas de papel boom.
 - Pasajes.
 - Refrigerios.
 - Materiales didácticos.

- Recursos Técnicos y Tecnológicos
 - Flash memory.
 - Servicio de internet.
 - Computadora.
 - Cámara fotográfica.
 - Filmadora.
 - Impresora

Tabla de presupuesto del proyecto de tesis

Presupuesto	
Rubros De Gastos	Costos
Internet	200
Computadora	500
Copias	150
Transporte	130
Impresiones y fotografías	260
Alimentación	100
Anillados	100
Materiales de oficina	60
Empastados	100
TOTAL	1.600