

UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO
DIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACION



**Ocurrencia de Eventos Adversos Durante la Atención de
Enfermería al Paciente Crítico en la Unidad de Terapia
Intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán
Gestión 2015**

**TESIS: ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN TERAPIA
INTENSIVA**

Postulante: Lic. Elizabeth Landivar Estremadoiro

Tutor: Mgr. Marlene Quispe Ortega

COBIJA - BOLIVIA

2017

TRIBUNAL EXAMINADOR

Mgr. Marlene Quispe Ortega
Profesor(a) Guía

Mgr.
Profesor (a)Relator(a)

Mgr.
Jefe (a) de Carrera

Mgr.
Rector UAP

DEDICATORIA

A Dios por brindarme la oportunidad y la dicha de la vida y por sus bendiciones día a día.

A mi noble profesión que me brinda la oportunidad de poder ayudar al prójimo con amor, paciencia y empatía.

A mí querido esposo, padres e hijos, que me apoyaron en todo momento de mi formación, muchas gracias querida familia.

AGRADECIMIENTOS

Al más especial de todos, a ti SEÑOR, porque hiciste realidad este sueño, por todo el amor con el que me rodeas y porque me tienes en tus manos.

A la Universidad Amazónica de Pando y dirección de Post grado, por brindarme la oportunidad de superación, y colaboración en este proyecto.

Agradecimiento especial a mí querida docente y tutora, por su paciencia, orientación, en este proyecto de esta etapa de mi formación.

Lic. Marlene Quispe Ortega, mil gracias por ayudarme y guiarme.

INDICE

	<u>Pagina</u>
RESUMEN.....	1
SUMMARY.....	2
INTRODUCCION.....	3
CAPITULO I.....	5
1. PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	5
1.1 Antecedentes.....	5
1.2 Descripción del Problema.....	6
1.3 Delimitación del Problema.....	7
1.4 Planteamiento del Problema.....	7
1.5 Justificación.....	9
1.6 Objetivos.....	10
1.6.1 Objetivo General.....	10
1.6.2 Objetivos específicos.....	10
CAPITULO II.....	11
2. MARCO CONTEXTUAL.....	11
2.1 Historia de la creación del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán.....	11
2.2 Misión.....	11
2.3 Visión.....	12
2.4 Servicio de Terapia Intensiva.....	12
2.5 Servicios disponibles.....	12
2.6 Infraestructura.....	13
2.7 Recursos Humanos.....	14
2.8 Recursos materiales.....	15
CAPITULO III.....	17
3. MARCO TEORICO.....	17
3.1 Calidad.....	17
3.2 Calidad en Salud.....	18
3.2.1 Historia de la Calidad	18
3.2.2 Concepto de calidad en salud.....	19
3.3 Ética y profesión.....	20
3.3.1 Profesión.....	20
3.2.2 Ética en enfermería.....	21
3.4 Conceptos relacionados con el evento adverso.....	22
3.4.1 Error, Errar.....	22
3.4.2 Iatrogenia.....	22

3.4.3	Error médico.....	24
3.5	El evento adverso.....	25
3.5.1	Evento centinela.....	26
3.6	Clasificación de los eventos adversos.....	26
3.6.1	Evento adverso medicamentoso.....	27
3.7	Causa de la aparición de eventos adversos.....	27
3.7.1	Modelo del queso Suizo.....	28
3.8	Incidencia de los eventos adversos.....	29
3.9	Evento Adverso y enfermería.....	30
3.10	Seguridad del paciente.....	31
3.11	El error humano.....	31
3.12	Riesgo e incertidumbre en la práctica sanitaria.....	32
3.12.1	Riesgo en Salud.....	32
3.13	Gestión.....	32
3.14	Responsabilidad profesional y civil del personal en enfermería.....	33
3.15	Implicaciones legales.....	33
3.15.1	Mala praxis concepto.....	34
3.15.2	Responsabilidad Legal.....	34
3.15.3	Prueba del daño.....	35
3.15.4	Obligaciones legales con el paciente.....	36
3.15.5	Derechos del paciente.....	37
3.16	La enfermería y la seguridad del paciente.....	38
3.16.1	Productividad de la enfermería.....	39
	CAPITULO IV.....	40
4.	MARCO METODOLOGICO.....	40
4.1	Enfoque de la investigación.....	40
4.2	Tipo de investigación.....	40
4.3	Población.....	40
4.4	Muestra.....	40
4.5	Variables.....	41
4.5.1	Identificación de variables.....	41
4.5.2	Definición de variables.....	41
4.6	Criterios de inclusión.....	42
4.6.1	Criterios de exclusión.....	42
4.7	Operacionalización de variables.....	42
4.8	Método e instrumento de recolección de datos.....	44
4.9	Procedimiento de recolección de la información.....	44
4.10	Plan de tabulación y análisis.....	45
4.11	Alcances y limitaciones.....	46

	CAPITULO V.....	47
5	PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.....	47
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	67
	CONCLUSIONES.....	
	RECOMENDACIONES.....	69
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	70
	ANEXOS.....	76
	ANEXO N° 1 GUIA DE REPORTES DE EVENTOS ADVERSOS	76
	ANEXO N° 2 CUESTIONARIO.....	92
	ANEXO N° 3 GUIA DE RECOLECCION DE DATOS.....	93
	ANEXO N° 4 LISTA DE COTEJO.....	94
	ANEXO N° 5 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	97
	ANEXO N° 6 PRESUPUESTO.....	98

INDICE DE GRAFICOS

Pagina

Grafico N° 1 Edad y sexo personal de enfermería UTI Hospital Roberto Galindo Terán año 2015.....	47
Grafico N° 2 Características de la población estudiada de los pacientes en la Unidad Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán.....	49
Grafico N° 3 Factores Intrínsecos diagnóstico de los pacientes en la UTI HRGT gestión 2015.....	50
Grafico N° 4 Factores de riesgo extrínseco: procedimientos invasivos en pacientes internados en la UTI HRGT.....	52
Grafico N° 5 Categorización de procedimientos invasivos en el paciente crítico realizado por el personal de enfermería, médico y laboratorio UTI HRGT gestión 2015.....	53
Grafico N° 6 Factores de riesgo intrínseco más frecuentes que influyen en la aparición de eventos adversos en la UTI HRGT.....	55
Grafico N° 7 Medios para una comunicación efectiva con el paciente y familia en UTI HRGT.....	56
Grafico N° 8 Caracterización e identificación de pacientes en la UTI HRGT	58
Grafico N° 9 Estrategias para el control de infecciones por el personal de enfermería en la UTI HRGT año 2015.....	60
Grafico N° 10 Indicaciones médicas verbales U.T.I. del HRGT año 2015	62
Grafico N° 11 Estrategias en la prevención de caídas de pacientes para evitar eventos U.T.I. HRGT.....	63
Grafico N° 12 Estrategias en la administración de medicamentos para evitar efectos adversos en pacientes atendidos en UTI del HRGT	65

RESUMEN

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

Se realizó un estudio con el propósito de: describir la ocurrencia de eventos adversos durante la atención de enfermería al paciente crítico en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán (HRGT).

Para la realización de esta investigación se trabajó con una población de 13 enfermeras en un periodo de tres meses en el cual se tomaron datos de 30 pacientes; se aplicó una guía de recolección de datos donde se tomó en cuenta características personales de pacientes, identificación de factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos en la aparición de eventos adversos, una lista de cotejo para la verificación de actividades de enfermería, donde se considera seis parámetros como línea estratégicas de seguridad y calidad en atención; comunicación efectiva, identificación de pacientes, control de infecciones, identificaciones medicas verbales, administración de medicamentos, y prevención de caídas.

Los factores de riesgo extrínsecos relacionados con procedimientos invasivos son; la inserción de sonda vesical 87%, la canalización de vías periféricas en un 87%; un 13%, de catéter venoso central, 50% portadores de sonda nasogástrica, un 17% con tubo endotraqueal y un 30% de los pacientes a los que se realizó gasometría arterial.

Los factores de riesgo intrínsecos al paciente alcanza un 17% (cardiopatías, IRA, traumatismo, complicaciones quirúrgicas, metabólicas y otras patologías).

Con los resultados obtenidos se realiza una propuesta guía de registro de eventos adversos para orientar el desarrollo de prácticas seguras y generar una cultura de seguridad y calidad en atención.

Palabras clave: Ocurrencia de eventos adversos en la atención del paciente.

SUMMARY

Patient safety is considered an important indicator in the quality of care, an adverse event, it is an unexpected situation, injurious to the patient as a result of the patient's relationship with the health team. The occurrence of an event of this type negatively affects the quality and safety of the critical patient.

A study was carried out to describe the occurrence of adverse events during critical care nursing care at the Intensive Care Unit of the Roberto Galindo Terán Hospital (HRGT).

In order to carry out this research, we worked with a population of 13 nurses in a period of three months in which data were collected from 30 patients; A data collection guide was applied where personal characteristics of patients were taken into account, identification of intrinsic and extrinsic risk factors in the occurrence of adverse events, a checklist for the verification of nursing activities, where six parameters were considered As strategic lines of security and quality in care; Effective communication, patient identification, infection control, verbal medical identifications, drug administration, and fall prevention.

The extrinsic risk factors related to invasive procedures reach 87% in the insertion of bladder catheter, peripheral channel canalization in 87%; Insertion of central venous catheter 13%, nasogastric tube 50%, patients who underwent arterial blood gas analysis 30%, endotracheal tube in 17%.

The risk factor intrinsic to the patient reaches 17% (heart disease, ARI, trauma, surgical complications, metabolic and other pathologies).

With the results obtained a proposal is made to register adverse events to guide the development of safe practices and generate a culture of safety and quality in care.

Key words: Occurrence of adverse events in patient care.

INTRODUCCIÓN

Ceriani Cernadas, J. M. (2009), en un estudio señala que la Organización Mundial de la Salud (OMS), que de cada 10 personas que precisan de cuidado en salud, por lo menos una sufrirá agravamiento derivado de eventos adversos.

Según Leininger (2002), el ejercicio de la enfermería como disciplina profesional tiene por naturaleza y por paradigma el cuidado, con el fin de mejorar o aliviar las condiciones de vida humana.

El acto de cuidar tiene como objetivo reducir o eliminar el sufrimiento del paciente, aunque también puede causar eventos adversos. Eventos adversos son incidentes que ocurren durante la prestación del cuidado de la salud, no relacionados con la enfermedad básica, y que acaba en daños al paciente, (Cf. BETANCUR 2011:68-89).

Cuando se brinda cuidado, todos los actos que en él se incluyen deben estar enfocados en calidad, sin embargo, se pueden presentar situaciones en este proceso de atención: errores, incidentes, confusiones o eventos adversos como hoy se denomina a la lesión resultante de la intervención de los servicios de salud, derivados del manejo y distribución de los recursos, los conocimientos, la preparación del personal de salud.

Brindar cuidados con calidad al paciente en estado crítico, demanda de todo el equipo multidisciplinario de salud, que tiene contacto con el enfermo y su familia, una reflexión continua sobre su desempeño, una constante evaluación de sus actos, de tal manera que se reconozcan falencias, inexactitudes y equivocaciones como parte de un plan de análisis, prevención y adecuado manejo si se presentase la ocasión de los eventos adversos.

Ante lo expuesto, se considera importante presentar la propuesta de la presente investigación, la cual tiene como objetivo principal contribuir a la implementación de 6 líneas estratégicas que reduzcan y eviten los fallos identificados, minimizando su impacto y contribuyendo a realizar una práctica segura en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán, el último trimestre de la gestión 2015.

La metodología aplicada es descriptiva transversal prospectiva con un diseño de campo, el cual se ejecutó a nivel de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital objeto de estudio; se aplicó una guía de recolección de datos, donde se tomó en cuenta características personales de pacientes, identificación de factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos en la aparición de eventos adversos y una lista de cotejo para la verificación de actividades de enfermería, donde se considera seis parámetros: comunicación, identificación de pacientes, control de infecciones, indicaciones verbales, administración de medicamentos y prevención de caídas, eventos adversos preponderantes que se suscitan durante la atención del paciente crítico en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán y que tiene su incidencia directa en la seguridad del paciente, durante el último trimestre 2015.

El presente trabajo está organizado en cinco capítulos el primero describe antecedentes planteamiento, formulación del problema, justificación, objetivos, importancia y alcances de la investigación. El segundo describe el entorno en que se realizó la investigación; el tercer capítulo incluye la parte teórica y conceptual; el cuarto especifica el diseño de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección. Finalmente el capítulo cinco presenta el análisis e interpretación de los resultados obtenidos, que permiten realizar las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 Antecedentes

La preocupación creciente de estos sistemas, ha llevado a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a emitir en el año 2004 una alianza mundial para la seguridad del paciente, con el fin de crear estrategias para el manejo del problema de los eventos adversos, con el fin de establecer y consolidar sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención en salud. La alianza mundial tiene por objeto coordinar, difundir y acelerar el mejoramiento de la seguridad del paciente en todo el mundo, además de constituir un medio que propicia la colaboración internacional y la adopción de medidas entre los estados miembros, la secretaría de la OMS, los expertos técnicos, los profesionales y los grupos industriales.

Las investigaciones confirman cada vez más, que en todos los sistemas de atención de salud se producen eventos adversos. Aunque el contexto puede variar, ningún país ya sea rico o pobre puede anunciar que ha resuelto totalmente el problema de la seguridad del paciente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2010), publica un estudio de prevalencias de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica donde participan 58 centros de 5 países de América Latina, llegando a analizar un total de 11.555 pacientes hospitalizados. Los resultados en términos de datos no son los más relevantes, destacando en este estudio la inclusión de la seguridad del paciente en la agenda de los países participantes incluso antes de conocer los resultados.

En un estudio realizado por la sociedad boliviana de pediatría La Paz Bolivia (2012), sobre efectos colaterales de antibióticos donde indican las manifestaciones asociados a antimicrobiano y manifestaciones colaterales que puedan provocar en el organismo de cada paciente.

Torrez (2011), en un estudio realizado en España sobre gestión de seguridad con la participación de enfermería, indica que la seguridad en la asistencia sanitaria ha adquirido en los últimos años gran relevancia, por cuanto los estudios realizados mundialmente demostraron el impacto social, sanitario y económico que ocasionan los eventos adversos para los sistemas de salud.

Según Gaitán (2006), en los Estados Unidos, país donde se ha estudiado de manera más completa el problema de la seguridad de los servicios de salud, se ha estimado que al menos 44.000 pacientes fallecen en los hospitales anualmente como consecuencia de deficiencias en los servicios de salud, los cuales en su mayoría habrían podido ser prevenidos. La mayoría de estos eventos se relacionan con reacciones adversas a medicamentos, transfusiones inapropiadas, daños en cirugía, cirugías en sitios equivocados, caídas, fallas en la identificación del paciente y muertes, entre otros.

En los resultados del estudio Ministerio de la Protección Social (2006). En Colombia se tiene que los eventos adversos más frecuentemente identificados estaban relacionados con la infección intrahospitalaria o con algún procedimiento, mientras que los relacionados con el diagnóstico o la medicación eran poco prevalentes. Los relacionados con las infecciones intrahospitalarias eran los más prevalentes en los servicios quirúrgicos, servicios médicos, pediatría, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI); mientras que los relacionados con algún procedimiento los eran en los servicios quirúrgicos y de obstetricia. Por consiguiente, sería razonable esperar que siempre ocurran errores, debido a la misma condición humana de la atención en salud.

1.2 Descripción del problema

Los eventos adversos, considerados como acontecimientos asociados al proceso asistencial que suponen consecuencias negativas para los pacientes, implican problemas de ineficiencia (sobrecostos) en los diferentes sistemas sanitarios. La edad, la morbilidad y la presencia de múltiples factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos incrementan la probabilidad de sufrir efectos adversos. Estos eventos adversos pueden ser evitables o no. Los inevitables suelen estar condicionados por las características del paciente o por la historia natural de la enfermedad (Cf. ESCOBAR B. 2009: 271 – 305).

1.3 Delimitación del problema

El presente estudio de investigación realizado en la Unidad de Terapia Intensiva busca dar respuestas a procesos que se detectan con alto riesgo de eventos adversos por lo tanto; se delimitan 6 líneas de acción comunicación efectiva, identificación de pacientes, control de infecciones, indicaciones verbales, administración de medicamentos, y prevención de caídas, para evitar eventos adversos y generar seguridad en la atención de enfermería en la UTI del Hospital Roberto Galindo Terán.

1.4 Planteamiento del problema

Hernández (2006), refiere que en los últimos tiempos la seguridad del paciente se ha convertido una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos; considerando al mismo como una lesión resultante de la intervención de los servicios de salud que produce una falencia que puede ser medible; ya que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas.

Las situaciones, condiciones y circunstancias que propician la aparición de un evento adverso entendido este como todo aquel “acto no intencional que, da por resultado la disminución del margen de seguridad para el paciente” producto del quehacer diario con la atención de los enfermos (Cf. HERNÁNDEZ: 2006).

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo de España (20059, los daños que se pueden ocasionar a los pacientes en el ámbito sanitario y el costo que suponen al sistema de salud, es de tal relevancia que las principales organizaciones internacionales tales como, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Comité de Sanidad del Consejo de Europa así como diversas agencias y organismos internacionales han desarrollado estrategias, en los últimos años, para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan controlar los eventos adversos (EA) evitables en la práctica clínica.

La OMS el 2002 emana una resolución para mejorar la seguridad de los pacientes, el cual se concreta en el 2004 con el establecimiento de la alianza mundial por la seguridad de los pacientes como una de las prioridades de salud pública, donde se trataron 10 aspectos que permitirán su evaluación y su vigilancia, considerando para este estudio como aspecto relevante al Factor Humano. Cuando se hace referencia al mismo, se dice que es un proceso donde el enfermero tiene riesgo de cometer un error o equivocación. (Cf. MARTINEZ: 2007).

Para enfermería se creó recientemente una taxonomía de los errores, clasificada así: falta de atención las condiciones clínicas y reacción a los tratamientos instaurados, pérdida del rol de representante de los mejores intereses del paciente, inapropiado criterio clínico, error de tratamiento, falta de intervención sobre la evolución clínica del paciente, falta de prevención en el cuidado, equivocación en la ejecución en la prescripción médica y errores en la documentación (Cf. NURSING 2007:10 -19).

Cada actividad incluida en el proceso de atención de enfermería tiene de manera intrínseca, entonces, un riesgo de aparición de error en las que intervienen además otras variables como tipo de prácticas, de producto, procedimientos – protocolos y el sistema en sí, sin que se pueda tener un único responsable dada la misma interacción entre los diferentes elementos (Cf. RAMÓN 2004: 16- 20).

Dentro del equipo de salud el profesional de enfermería juega un papel protagónico no solo por su trabajo de cuidar al paciente sino porque por su misma condición como puente conector entre paciente y el resto del equipo de salud de modo que un error en la comunicación puede considerarse ya un evento adverso por lo que este fallo puede generar un daño al enfermo.

Según Urden, Linda, (2001), pese a que el profesional de enfermería, en el transcurso de su formación adquiere conocimientos específicos que lo capacitan para ejercer con habilidad, diligencia y de manera asertiva todas las actividades, el amplio, cambiante y complejo número de procesos que estos abarcan, como son: la interrelación entre farmacología, anatomía, fisiología, fisiopatología, matemática y el hecho de asumir no solo lo relacionado con proveer el medicamento, inserción de catéteres, su vigilancia sino que también solicitud, provisión, almacenamiento, posesión, manejo, inicio y administración, condiciona que el error aparezca y su incidencia sea más probable.

Al conocer el contexto situacional donde se desarrolla nuestra actividad habitual se plantea la siguiente interrogante.

¿Cuál es la ocurrencia de eventos adversos que se suscitan durante la atención de enfermería al paciente crítico en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán, durante el último trimestre gestión 2015?

1.5 Justificación

Considerando la enfermería como la mayor fuerza de trabajo dentro de las instituciones de salud y del mundo, dada su importancia en la prevención de los eventos adversos, de su responsabilidad en la contribución de la seguridad del paciente y la calidad de los servicios, destaca la necesidad de investigar el conocimiento de estos profesionales sobre la ocurrencia de los eventos adversos dentro su ámbito de trabajo, en el proceso de atención del enfermo crítico.

En el servicio de Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán no se realiza el registro de eventos adversos, de ahí la importancia de identificar la ocurrencia de estos, para lograr evitarlos, en el trabajo diario se observa que existe falta de aplicación de medidas de bioseguridad, delegación de funciones del profesional respecto a la limpieza y desinfección al personal de limpieza (equipo de curación, sistemas de corrugados del ventilador, entre otros). La comunicación al alta del paciente de la UTI a salas, se realiza solo de manera verbal y no se realiza un registro de lo acontecido ni de los cuidados propios de enfermería que debe continuar en sala. Como el servicio de UTI es dinámico las indicaciones médicas verbales son frecuentes incrementando el riesgo de ocurrencias de eventos adversos. La administración de medicamento en la UTI es dinámica y cambia de acuerdo a la evolución de los pacientes constituyéndose un riesgo de eventos adverso.

La ocurrencia de eventos adversos ocasionan estancias prolongadas del paciente en la UTI, incrementando el uso de antibiótico y equipos electro médico (ventilador mecánico, bomba de infusión, entre otros por otra parte incrementa el costo económico a la familia y al hospital, por lo tanto es necesario implementar una guía de notificación de eventos adversos.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo general

Describir la ocurrencia de eventos adversos durante la atención de enfermería al paciente crítico en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán, durante el último trimestre de la gestión 2015.

1.6.2 Objetivos específicos

- Identificar las características socio demográficas de las y los profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán.
- Identificar los factores de riesgo intrínsecos relacionados con la patología y gravedad del paciente de la UTI mediante la revisión del expediente clínico.
- Identificar los factores de riesgo extrínsecos y la ocurrencia de eventos adversos que se relacionan con las actividades procesos y tareas que realiza la enfermera durante su jornada laboral mediante la aplicación de una guía de observación estructurada.
- Proponer una guía de notificación de eventos adversos que identifique el riesgo y mejore la seguridad del paciente crítico en la U.T.I. del Hospital Roberto Galindo Terán.

CAPITULO II

MARCO CONTEXTUAL

2.1 Historia de la creación del hospital Dr. Roberto Galindo Terán

El Hospital Dr. Roberto Galindo Terán fue creado el 15 de noviembre en 1950, entonces instalado en la Av. 9 de febrero Barrio Progreso, antiguo Corporación del Seguro Social Militar (COSSMIL), llevando el nombre en honor al médico pionero al cuidado de la salud, que llegó a trabajar en una posta sanitaria conocida como Sheraton de la población de Cobija Pando.

Con el apoyo del país Japonés quienes financiaron la edificación de una nueva infraestructura de una sola planta, el Hospital Roberto Galindo Terán, dependiente del Servicio Departamental de Salud, fue refundado el 26 de junio de 1994, con su actual ubicación, en la Av. 9 de febrero a nivel del Km 2 de la ciudad de Cobija, sobre la calle Roberto Galindo Terán, perteneciente al Barrio 11 de octubre, colindante con: Oeste Calle Lucio Montero, Norte Calle el Cedro, Este Avenida Manuripi y Sur Avenida Tajibos.

Fue acreditado como “Hospital de segundo nivel en primer grado”, durante la gestión 2004. Ampliando y mejorando de esa manera la atención en salud a la población Pandina.

El Hospital Roberto Galindo Terán de II Nivel, presta atención médica ambulatoria y de internación, cuenta con los siguientes servicios: Gineco-Obstetricia, Pediatría, Neonatología, Medicina Interna, Cirugía, Urgencias, laboratorio clínico, servicio de radiología, ecografía, tomografía, endoscopia, laparoscopia, unidad de terapia intensiva, fisioterapia, microcirugía, traumatología, neurocirugía, gastroenterología, cirugía general, hemodiálisis y odontología. (Fuente primaria, GAMC y propia).

2.2 Misión

Preservar ante cualquier eventualidad patológica del paciente en estado crítico, utilizando el equipo tecnológico y proporcionando una atención holística y de alto nivel realizando con educación, calidad, calidez, ética y desarrollo profesional para el beneficio de los pacientes, familiares y poblaciones en general.

2.3 Visión

Llegar a ser una unidad que muestre gran capacidad resolutive ante la mayoría de las enfermedades del paciente en estado crítico, en beneficio de la población aplicando la excelencia tanto en el ramo científico y humano con dedicación las 24 horas, los 365 días de año, ser formados tanto el personal médico y de enfermería por especialista en el ramo, proporcionando educación médica continua y promoviendo la investigación al más alto nivel.

2.4 Servicio de terapia intensiva

El Servicio de Terapia Intensiva no cuenta con una bibliografía de referencia, por tal motivo todo los datos del servicio se obtuvieron de forma verbal (entrevista) al Lic. Arlindo Polanco (Jefe de Enfermería U.T.I.).

La Unidad de Terapia Intensiva fue creado el 30 de octubre del 2006, con un médico especialista en Medicina Critica y 3 licenciadas en enfermería capacitadas para ese entonces, luego más tarde se llegarían a incorporar y capacitar a nuevas (os) enfermeras (os) profesionales. Con cuatro camas de internación.

La Unidad de Terapia Intensiva tiene la función de brindar cuidados especiales e intensivos a pacientes críticos, las 24 horas del día y los 365 días del año. Se caracteriza por brindar atención a pacientes críticos, mantenerlos hemodinamicamente estables, tratamiento terapéutico a patologías de base, cuidados de enfermería, con permanencia física las 24 horas del día y 365 días del año.

Refieren tener normativas o manual de funcionamiento, pero no se visualiza.

2.5 Servicios disponibles

Los servicios que oferta la Unidad de Terapia Intensiva son:

- Servicios asistenciales: Médicos, quirúrgicos y enfermería.
- Servicios centrales: Diagnóstico por imagen, laboratorio, farmacia, esterilización y hemodiálisis.

- Servicios generales: Administrativo, logística, registros, (facilidades para el personal, visitantes, estudiantes y pacientes).

2.6 Infraestructura

El ambiente del servicio de la Unidad de Terapia Intensiva está diseñado ampliamente, pero no cumple con los requisitos mínimos de funcionamiento según indicadores internacionales y normativas según la organización mundial de la salud (OMS), cuenta con cuatro camas para internación, un cubículo cerrado para pacientes altamente contaminados, con aire acondicionado permanente, un baño y ducha para los pacientes y otro para el personal, un lavamanos para los visitantes, no cuenta con la toma de aspiración y oxígeno central, como tampoco cuenta con lavador idóneo de materiales infecciosos, como también mencionar que no tiene elaborado un plan de emergencia (ej. código azul).

Por la parte exterior de la Unidad de Terapia Intensiva, se pudo observar que se encuentra ubicada en la parte de ingreso al hospital; por tanto, se deduce que no es la ubicación correcta para este tipo de servicio (según la OMS), por el motivo que se encuentra en un corredor troncal para el acceso a otros servicios y por ende existe bastante afluencia de personas.

La Unidad de Terapia Intensiva cuenta con accesibilidad a los siguientes servicios:

Urgencias, quirófano y diagnóstico por imagen, servicio de hemodiálisis poco accesible.

Entre las actividades que realiza la Unidad de Terapia Intensiva se mencionara las actividades más relevantes:

- Cateterismo vía venosa central
- Traqueotomía
- Intubación endotraqueal
- RCP básico y avanzado
- Cirugías menores
- Instalación de sonda nasogástrica
- Instalación de Sonda Foley

- Presión venosa central
- Control de la presión intra abdominal
- Broncos copia.

La Unidad de Terapia Intensiva es mixta, transicional, polivalente. Actualmente la población se encuentra en pleno desarrollo y a la falta de otros hospitales públicos de II Nivel.

Al Hospital acude la población de escasos recursos e indigente, a su vez de cierta forma se puede decir que el servicio de la Unidad de Terapia Intensiva es medianamente apto para la atención al paciente crítico, esto por el motivo que si bien cuenta con cuatro camas los equipos de monitorización y asistencia ventilatoria no son suficientes en caso de que estén llenas las cuatro camas. (Fuente primaria).

2.7 Recursos humanos

Los recursos humanos de la Unidad de Terapia Intensiva están compuestos por 13 licenciadas (os) en enfermería, 2 en cada turno mañana, tarde, noche, fin de semana y feriado, 1 licenciada en enfermería reemplazante, el 70 % tiene ítem el restante es personal a contrato y eventual que rota según necesidad del servicio. Se puede mencionar también que todo el personal de enfermería del Hospital Roberto Galindo Terán está compuesta por 74 licenciadas en enfermería de planta (con ítem) y de contrato. Organizadas en los diferentes servicios: en Unidad de Terapia Intensiva de los 13 profesionales de enfermería 9 son de planta y 4 eventuales, el resto de las profesionales están distribuidas en los diferentes servicios como neonatología, pediatría, medicina interna, ginecobstetricia, cirugía/traumatología, emergencia, hemodiálisis, quirófano y banco de sangre.

Con respecto al equipo multidisciplinario del servicio de Terapia Intensiva, cuenta con un médico especialista en terapia intensiva y tres médicos generales que realizan turnos de 24 horas durante los 365 días del año, el resto de las especialidades están de turno ha llamado. No existen residentes en el servicio, también apoyan limpieza y camilleros que rotan turnos días, tardes y noches. (Fuente primaria).

2.8 Recursos materiales

Con respecto a los recursos materiales dentro del servicio, se detalla el equipo y su estado de funcionamiento:

Equipos	Cantidad	Buen estado	Mal estado
Monitores multiparametricos completos	3	3	0
Ventiladores mecánicos	3	1	2
Circuito ventilatorio adulto	4	4	0
Circuito ventilatorio pediátrico	1	1	0
Carro de paro	2	2	0
Desfibrilador	3	1	2
Camas Eléctricas	4	0	0
Bomba de infusión y jeringa	2	1	1
Rayos x portátil	2	1	1
Esfigmómetro de mercurio	4	4	0
Fonendoscopio	6	6	0
Electrocardiógrafo	2	2	0
Balón de oxígeno	15	15	0
Mascarillas simples	8	8	0
Mascarilla con bolsa de reservorio	10	6	4
Bolsa de reanimación tipo ambú	6	3	3
Cánulas de mayo	12	12	0
Equipo de venotomía	1	1	0
Equipo de traqueotomía	1	1	0
Equipo de presión venosa central	1	1	0
Equipo de intubación endotraqueal	1	1	0

Equipos	Cantidad	Buen estado	Mal estado
Equipo de sutura	6	6	0
Equipo de curación	3	3	0
Teléfono	1	1	0
Heladera	1	1	0

Todos estos equipos activos de pertenencia del servicio. Otro instrumental requerido se obtiene de la central de quirófano (Fuente primaria).

Números de cama 5

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

3.1 Calidad

Calidad es un concepto que tiene diferentes acepciones y percepciones dependiendo del contexto en el que se describa o de la persona a quien se le pregunte, dicha multiplicidad responde a la subjetividad y ambigüedad del término, de ahí que podamos hablar de calidad desde la perspectiva de labor, usuario, producción, tecnología o estrategia teniendo en cuenta que para todas las anteriores, el punto en común es el que describe el término como la condición o indicador por el que un servicio o producto recibido/ofrecido con sus características, constitución y comportamiento cumple, complace y resuelve de manera oportuna, adecuada y excelente las expectativas, deseos, y exigencias explícitas o implícitas de una persona o grupo de personas. El diccionario de la real academia de la lengua española describe la calidad como aquella “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie”

La Sociedad Americana para el Control de Calidad (A.S.Q.C.) define el mismo término como “el conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente”. La norma ISO 9000, concibe la calidad como “el grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos, necesidades o expectativas establecidas, que suelen ser implícitas u obligatorias”.

Definir calidad en sí es entender los preceptos de algunas personas que han sido las principales exponentes del tema, que se han interesado por su significado, lo han estudiado, discutido, puesto en práctica y perfeccionado, es por esto que es importante citar las interpretaciones que sobre el tema tienen:

- Joseph Juran, quien considera calidad como “el conjunto de características de un producto que satisfacen las necesidades de los clientes y, en consecuencia, hacen satisfactorio un producto”.

- Edwards Deming para quien "la calidad no es otra cosa más que una serie de cuestionamientos hacia una mejora continua. Es satisfacción del cliente." (Cf. MARTÍNEZ 2006: 100-109).

3.2 Calidad en salud

3.2.1 Historia de la calidad

La calidad en la atención en salud es la característica más valorada tanto por los pacientes como por los profesionales de la salud. En la antigüedad el médico actuaba aisladamente, guiado solamente por su propia conciencia y su ética donde la responsabilidad recaía solo en los profesionales, con el surgimiento de los hospitales, se crea un esbozo de lo que es el trabajo en equipo con la sumatoria de conocimientos y experiencias de los diferentes participantes repartiéndose parcialmente la responsabilidad de la atención lo que obligo desde un principio a la creación de cada vez más sofisticados medios de aseguramiento de la calidad en la atención. Los primeros datos relacionados con la calidad en la atención se remontan a la época de Florence Nightingale, quien introduce importantes principios que desde entonces favorecían la calidad, el primero fue la formación de enfermeras, es decir, que el cuidado brindado tuviera fundamento científico (requisito primordial en la calidad en salud) y el segundo el estudio que hizo acerca de la tasa de mortalidad en los hospitales en el curso de la guerra de Crimea, donde observo que un mejor seguimiento de las normas de asepsia y una mejor ubicación – hospitalización disminuyo el índice de mortalidad de un 40 al 4%.

A principios del siglo XX con la influencia de Abraham Flexner (1866 - 1959), educador quien dedicó la mayor parte de su labor pedagógica al perfeccionamiento de la educación médica norteamericana con influencia prácticamente universal sobre la enseñanza de la medicina y de Ernest Amory Codman (1869 - 1940) quien desarrollo un método que clasificaba y media los resultados finales de la asistencia hospitalaria, el Colegio Americano de Cirujanos (1913) emprende estudios sobre la normatización de los hospitales, seguido este, años después de la instauración del Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales (1950) y de la Joint Comisión on Accreditation of Hospitals JCAH (1951) quienes inician con la creación y generalización de las normas para la acreditación de los hospitales con la consiguiente aparición de las definiciones y parámetros de calidad. Posteriormente Avedis

Donabedian introduce y desarrolla en 1966 conceptos que hasta hoy son el pilar del control de la calidad en la prestación de servicios de salud, tales conceptos son:

- Análisis de estructura:

Con esta se hace un estudio la capacidad de los medios materiales, los medios humanos y la estructura organizativa.

- Análisis del proceso:

Con este se valora la calidad de los métodos, que se hace, como se hace y su funcionamiento, teniendo como base el estudio de la historia clínica, haciendo un muestreo de las mismas observando un método de trabajo para establecer un diagnóstico y su plan terapéutico y de enfermería.

- Análisis de resultados:

Se valora la calidad del producto o resultado final de la asistencia

3.2.2 Conceptos de calidad en salud

- El Dr. Donabedian además de dar otras muchas descripciones y definiciones lanzó una tesis de calidad en salud: “Proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber considerado el balance de las ganancias y pérdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes. Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (médicos, enfermeras, administradores) con su cosmovisión y formación académica”

Sin embargo, estos conceptos no son suficientes para garantizar la calidad en la asistencia por ser procesos indirectos.

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

- En Colombia hay una reglamentación para la prestación de los servicios de salud y con el fin de mejorar los mismos en los aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, el entonces Ministerio de Salud reglamentó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La medida está contenida en el Decreto 2309 del 15 de octubre de 2002, que precisa en su artículo 4º: “La calidad de la atención de salud se entenderá como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario”
- Específicamente para enfermería se encuentra la Ley 266 de 1996 que reglamenta el ejercicio profesional de enfermería y precisa que la calidad en el cuidado es una ayuda eficiente, efectiva y oportuna, con un uso adecuado de los recursos de tal forma que genere el impacto deseado para los receptores de ese cuidado, bien tal, que debe tener su fundamento en valores y estándares técnicos, científicos, sociales, humanos y éticos

Aun cuando estas definiciones están más ligadas a las competencias del que hacer médico, ya el mismo Donabedian, nombra y resalta la importancia de la participación de las enfermeras en la calidad de la atención en salud y de cómo la calidad de su atención no se debe limitar a la aplicación de las técnicas o normas con experticia teniendo en cuenta para esto que la labor de la enfermera es algo más que un trabajo, es una vocación “al fin de cuentas, el secreto de la calidad es el amor. Uno debe amar a su paciente; uno debe amar su profesión; uno debe amar a su Dios. Si tienes amor, entonces puedes volver la mirada para monitorear y mejorar el sistema. El comercialismo no debe ser la fuerza central en el sistema". De acuerdo a las definiciones anteriores, la calidad debiera ser inherente a la prestación de los servicios de salud un bien y un valor de los mismos con el fin de brindar esta atención y que el usuario/cliente/paciente satisfaga sus necesidades presentes y porvenir.

3.3 Ética y profesión

3.3.1 Profesión

Una profesión es una actividad humana y social en la que se presta un servicio específico de forma institucionalizada. Este servicio debe ser único, claramente definido y sobre todo debe

hacerse o generarse por ser indispensable, es decir aquel del que la sociedad necesita para obtener o mejorar la salud, educación, convivencia, entre otros.

Quienes ejercen una profesión tienen inherente una misión y vocación que exige de ellos una preparación específica y dedicación de su tiempo de ocio para su perfeccionamiento, obteniendo con esta su medio de vida, así mismo este perfeccionamiento, esta dedicación – vocación – le otorga a este la autonomía necesaria para tener un sentido de pertenencia con la profesión que le otorga el título de “experto” en el saber correspondiente. La práctica de cualquier profesión exige que esta sea ejercida con presteza y entrega, desarrollando las destrezas necesarias para poner al servicio de la población que requiera de dicho servicio, aquellas cualidades y aptitudes que caractericen el ethos de la misma.

3.3.2 Ética en enfermería

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

En la actualidad no se pone en duda que la profesión de enfermería es una ciencia autónoma, con sus propios principios y sus competencias específicas, que afirman su independencia y le otorgan al profesional el fundamento ético para su quehacer en todos los ámbitos en los que se puede desenvolver. La formación de la enfermera con fundamentos en principios éticos incita al profesional a buscar su perfeccionamiento, que le permiten en la búsqueda de esta perfección la elaboración de códigos y categorizaciones para la unificación de criterios que influyen en los diferentes comportamientos y situaciones, en la toma de decisiones y en la participación desde su ámbito profesional con otras disciplinas.

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

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

3.4 Conceptos relacionados con el evento adverso

3.4.1 Error, Errar

Error: acto humano relativo a no acertar o cometer un error, no acertar, equivocarse. Este concepto es importante entenderlo ya que muchos de los acontecimientos son producto de las falencias humanas, cualquiera que estas sean, concretamente es importante entender que “errar es humano”.

Error: concepto equivocado o juicio falso; dicho o acción desacertada o equivocada; diferencia entre el resultado real obtenido y la previsión que se había hecho o que se tiene como cierta, equivocación de buena fe. En el campo de la práctica clínica las definiciones más acertadas o aplicables son las de “acción desacertada”, “equivocación de buena fe” y “juicio falso”, todos ellos dentro del contexto de una práctica sin intenciones dolosas que estarían enmarcadas dentro de otro concepto que ya incluye una acción penal.

3.4.2 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 producido por el médico”.

Siguiendo estos preceptos al optar un tratamiento o intervención la primera consideración debiera ser el principio Hipocrático de evitar el daño: "Primum non nocere". 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). 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. En Estados Unidos en el año 2000 se produjeron 225.000 muertes provocadas por efectos iatrogénicos, que se enumeran a continuación:

- 12.000 debidos a cirugía no necesaria.
- 7.000 errores de medicación.
- 20.000 otros errores en los hospitales
- 80.000 infecciones intrahospitalarias
- 106.000 debidas no a error sino al efecto adverso de los medicamentos.

Basándonos en estos cálculos, la iatrogenia sería la tercera causa de muerte en EE. UU. Después de las afecciones cardíacas y las enfermedades cerebro vasculares.

Existe un fenómeno que se da en todos los ámbitos, que se ve su mayor severidad en unidades de cuidado intensivo y es la iatrogenia por efecto cascada, que es una serie de efectos graves provocados sucesivamente en la salud de los pacientes, por las intervenciones médicas aplicadas a resolver el problema anterior. Un ejemplo sencillo es el de un paciente que cursa con una hipotensión severa provocada por un choque séptico, a quien ordenan suministrar Noradrenalina, que por su patología requiere dosis elevadas que a su vez, provocan una hipo perfusión periférica severa con compromiso renal, llevando el paciente a falla renal aguda, hipo perfusión intestinal que le acarrea al paciente una isquemia mesentérica y con una mala perfusión distal de las cuatro extremidades, provocando entre otras, isquemia de pulpejos. Para mejorar el cuadro séptico y de falla renal se hace necesario el uso de hemofiltro, que le ocasiona al paciente mayor hipotensión, como se ve, el paciente termina en un círculo vicioso que lo conduce a la muerte. Fenómeno común que se sucede en cuanto no se tiene una correcta

previsión, una consideración de riesgos, situación que en sí misma, considerase un evento adverso.

3.4.3 Error medico

“Aunque es humano errar, es inhumano no tratar, si es posible, de proteger de fallas evitables y peligros a aquellos que confían sus vidas en nuestras manos” Max Thorek, cirujano, músico y fotógrafo 1880-1960.

El error ha sido definido como, el fracaso de aplicar completamente un plan de acción como fue propuesto, o también del uso de un plan equivocado para alcanzar un objetivo. 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.

Por ejemplo:

- Error médico es el que resulta de una equivocación en que no existe mala fe, ni se pone de manifiesto una infracción o imprudencia, como la negligencia, abandono, indolencia, desprecio, incapacidad, impericia e ignorancia profesional.
- Error médico es todo acto médico de tipo profiláctico, diagnóstico o terapéutico, que no se corresponda con el real problema de salud del paciente. Se excluye la imprudencia, infracciones y la mala práctica (Cf. GARAY 2005: 49-51).

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: o Error o retardo en el diagnostico o falla en el uso de las pruebas indicadas o uso de pruebas terapéuticas desactualizadas o falla para actuar sobre los resultados ofrecidos por la monitoria o la prueba.
- Terapéuticos: o Error en la realización de una operación, un procedimiento o una prueba o error en la administración del tratamiento o error en el método o la dosis de

un medicamento o retraso evitable en el tratamiento o en la respuesta a una prueba anormal

Cuidado inapropiado o no indicado

- Preventivos: o falla para proveer un tratamiento profiláctico o seguimiento del tratamiento inadecuado.
- De otro tipo: o falla en la comunicación o falla en el equipo o falla de otros sistemas. Estos errores tienen 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. Teniendo en cuenta esto los fallos más importantes se presentan en el manejo de infartos de miocardio, el diagnóstico de los accidentes cerebro vasculares y de medicación y respuesta sub óptima de los médicos a los signos y síntomas en los casos de paro cardíaco. En estos casos, dichos pacientes deben ser atendidos y tratados por personal altamente entrenado en el tema y que siga procedimientos estándar de atención, que no permitan la sub utilización o el sobre uso de las estrategias diagnósticas o terapéuticas y que identifique precozmente cualquier desviación del curso esperado para la enfermedad (Cf. GARAY 2005: 100-151).

3.5 El evento adverso

Para el entendimiento de los conceptos que describen un evento adverso es importante reconocer que estos ocurren con mucha frecuencia, que son derivados no solo de fallas humanas sino de los sistemas, este reconocimiento y entendimiento es el primer paso para la prevención y corrección de los mismos, también es importante saber cuáles son las causales que llevan a que el equipo de salud cometa errores, sin embargo y para tener en cuenta, la mayoría de los eventos adversos no son producidos por negligencia, inadecuada atención, educación o entrenamiento, sino que más bien ocurren en los servicios de salud debido al diseño del sistema o factores de organización, reconociendo que estos eventos son multifactoriales y raramente suceden por falta de cuidado o de un solo individuo.

Se define como evento adverso a la situación o suceso no deseado imputable a la atención de salud y no derivado de la enfermedad o condición de salud del paciente. Ocurren debido a que algo que fue planificado como parte de la atención médica no funcionó como era deseable o porque esa planificación fue la equivocada. No debe entenderse como error médico los cometidos por los médicos, sino las situaciones adversas que se presentan por la prestación de salud. Todo el sistema es el involucrado en los errores médicos, profesionales y personal no profesional de la salud, infraestructura, procesos desarrollados dentro de la institución, entre otros.

Situación que ocurre durante el cuidado clínico y que resultan en daño físico o psicológico secundario a iatrogenia y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del paciente, diferente de aquellos eventos adversos que no se pueden prevenir llamado complicaciones o reacciones adversas.

Por tanto, aquel evento adverso que hubiera sido posible prevenir utilizando medidas razonables, es entonces por definición un error médico (Cf. TALIERCIO, Alicia 2003: 93).

3.5.1 Evento centinela

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) define Evento Centinela como “un incidente o suceso inexplicado que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo de éstas”.

3.6 Clasificación de los eventos adversos

Al respecto Gómez y Espinosa 2006, indican que existen múltiples formas de clasificar el evento adverso, una de las más útiles respecto a la definición de la responsabilidad ética, penal, civil y administrativa, es aquella que lo divide en evento adverso prevenible y no prevenible.

El evento adverso no prevenible es la complicación que no puede ser prevenida dado el estado actual del conocimiento; el evento adverso prevenible es el mal resultado de la atención que puede ser prevenido con el estado del conocimiento.

Se emplean otras denominaciones, como accidente (evento que implica daño a un sistema definido e interrumpe el proceso o los resultados futuros del sistema), complicación (evento adverso relacionado con el procedimiento de carácter inevitable), errores latentes (errores en el diseño, la organización, el entrenamiento y mantenimiento que llevan al operador a problemas cuyos efectos permanecen dormidos en el sistema por largos periodos de tiempo) (Cf. IRAOLA 2011:29-30).

3.6.1 Evento adverso medicamentoso

Es el más reportado en la literatura y de ahí que sea definido a continuación específicamente.

Cualquier signo no intencionado o desfavorable o enfermedad asociada temporalmente con el uso de un producto medicinal provocada como respuesta a cualquier dosis usada” definición que se asemeja a la de reacción adversa al medicamento, con la diferencia que la reacción adversa se puede prever por las descripciones técnicas y no tiene que ver con error en la prescripción, solicitud y administración del mismo. “Cualquier evento previsible que puede causar o conducir el uso inadecuado de medicamento o riesgo al paciente, mientras el medicamento se encuentre bajo el control del profesional de la salud, paciente o consumidor.

Tales eventos pueden estar relacionados a la práctica profesional, a los productos de salud, a los procedimientos y sistemas, incluyendo: prescripción; comunicación de la orden; rótulo, embalaje y nomenclatura de los productos; preparación; almacenamiento; distribución; educación; monitoreo y uso"

Evento Adverso (EA), a todo suceso que describa las situaciones inesperadas derivadas del “acto médico”.

3.7 Causas de la aparición de eventos adversos

Para argumentar el primer objetivo trazado, se considera importante la explicación de diversos enunciados que soporten y permitan identificar los factores de riesgo que inciden en la aparición/ ejecución de evento adverso durante la atención brindada por enfermería. Es de rescatar que todas las actividades a las que está sometido el individuo, bien sean realizadas por enfermeras o por cualquier otro profesional del equipo de salud, conllevan implícitamente un riesgo en la ocurrencia de un evento adverso ya que es imposible evitar completamente el

daño al paciente, toda acción humana sobrelleva un margen de error, es por esto que enfermería tiene como labor esencial hacer una correcta evaluación de los posibles riesgos en la realización de todas y cada una de sus actividades ya sean estas independientes, dependientes, interdependientes o delegadas.

Las ocurrencias de eventos adversos no son de origen exclusivo del error humano, según la literatura se encuentra que la mayoría de los eventos adversos son originados por errores en los sistemas que llevan a una mala práctica o que no tienen los mecanismos incluidos en los procesos, que eviten la ocurrencia de los mismos (Cf. <http://www.madrid.org/cs/Satellite>).

3.7.1 Modelo del Queso Suizo

Modelo ideado por el Profesor James Reason, del departamento de Psicología de la Universidad de Manchester, quien en 1997 – en su trabajo titulado: “Gestión de los riesgos en los accidentes en una organización” - “Managing the Risks of Organizational Accidents”, con el que explica que los errores y las fallas están latentes en todos los sistemas y que por lo mismo son susceptibles de cometer faltas, para lo que los sistemas y las personas involucradas deben crear y mantener ciertas barreras que eviten el curso de una acción hacia un evento adverso.

En el desarrollo del concepto del “queso suizo” existen dos abordajes contribuyentes en la aparición de estos errores, se pueden dividir en factores centrados en la persona y factores centrados en el sistema.

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

El modelo centrado en el sistema, que es más “sano” y práctico, tiene en cuenta que todas las personas cometen errores pero que estos errores son consecuencias de falencias en el sistema, por lo tanto, estas deben ser buscadas y corregidas intentando modificar las condiciones para

evitar los errores o mitigar sus consecuencias”, es decir que los seres humanos son falibles y que los errores son de esperar, aun en las mejores organizaciones. De tal forma que el sistema debe crear barreras de defensa para evitar que los errores sucedan.

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

“Hay pruebas cada vez más claras de que los niveles inadecuados de la dotación de personal en las instituciones de salud guardan relación con el aumento de acontecimientos tales como las caídas de los pacientes, las heridas causadas por la permanencia en cama, los errores de medicación, las infecciones contraídas en los hospitales y los índices de readmisión, que pueden dar lugar a estancias hospitalarias más prolongadas o a índices más elevados de mortalidad en los hospitales.

La escasez y los pobres rendimientos del personal por su baja motivación o la insuficiencia de sus capacidades técnicas son también importantes factores determinantes de la seguridad de los pacientes” (Cf. IRAOLA 2011:29-30).

3.8 Incidencia de los Eventos Adversos

En cuanto a datos estadísticos acerca de los eventos adversos no hay mucha información a nivel nacional en nuestro país, no existe registro que pueda favorecer la mejora continua en los procesos de atención al paciente.

El conocimiento de la posibilidad de la ocurrencia del evento adverso y las consecuencias que se presentan después de la ocurrencia de este durante la atención brindada por enfermería en la U.T.I., se constituye en una herramienta fundamental para brindar una atención con seguridad y calidad. A nivel mundial se tiene importantes datos acerca de la incidencia de los eventos

adversos, entre ellos quizás el más importante y contundente hasta ahora es el informe antes mencionado “To err is human: building a safer system”

“Errar es humano: construyendo un sistema de salud seguro” arrojado por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos en 1999, que reporta que los eventos adversos causan entre 44.000 y 98.000 muertes al año en EUA, cifra más importante que las muertes causadas por cáncer de mama, SIDA y accidentes de automóvil, con un costo de pérdidas calculadas entre 17 y 29 millones de dólares por año, que incluye, los sobre costos adicionales generados por los errores (mas insumos, medicamentos, días de hospitalización, más tecnología, demandas, entre otros), pérdida de ingresos y de productividad en los hogares y las discapacidades que se pueden derivar de estos, sumado a los costos en términos de pérdida de confianza en el sistema de salud. Aunado a estos altos “precios” que se “pagan” por la ocurrencia de los errores, queda en los profesionales de salud implicada, un derrumbe moral y frustración además de acarrear con las consecuencias legales de tal acontecimiento (Cf. IRAOLA 2011:89-110).

3.9 Eventos adversos y enfermería

Todo lo anterior está enmarcado dentro de un contexto clínico general, es decir que las aproximaciones previamente plasmadas no tienen un enfoque desde el punto de vista de enfermería específico, enfoque que se tratara de moldear en lo sucesivo. Para enfermería se creó recientemente una taxonomía de los errores, clasificada así: falta de atención las condiciones clínicas y reacción a los tratamientos instaurados, pérdida del rol de representante de los mejores intereses del paciente, inapropiado criterio clínico, error de tratamiento, falta de intervención sobre la evolución clínica del paciente, falta de prevención en el cuidado, equivocación en la ejecución en la prescripción médica y errores en la documentación.

Cada actividad incluida en el proceso de atención de enfermería tiene de manera intrínseca, entonces, un riesgo de aparición de error en las que intervienen además otras variables como tipo de prácticas, de producto, procedimientos – protocolos y el sistema en sí, sin que se pueda tener un único responsable dada la misma interacción entre los diferentes elementos. Dentro del equipo de salud el profesional juega un papel protagónico no solo por su trabajo de cuidar al paciente sino porque por su misma condición es el puente conector entre paciente y el resto

del equipo de modo que un error en la comunicación considerase ya un evento adverso por lo que este fallo puede generar.

3.10 Seguridad del paciente:

La política de seguridad del paciente es un conjunto de acciones y estrategias que ofrece el sistema obligatorio de garantía de la calidad para proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la atención en salud. Asegurar la protección de los pacientes; involucra el establecimiento de sistemas operativos y procesos que minimicen la probabilidad de errores y maximicen la probabilidad de interceptarlos cuando ocurran.

3.11 El error humano

Se atribuye a Plutarco, cien años antes de Cristo, el aforismo *Errare humanum est*¹⁰, a partir del cual se aceptó que el ser humano es falible y por lo tanto siempre habrá errores en todos los órdenes de la vida. También desde las inscripciones en piedra durante el reinado de Hamurabi en Babilonia, se conoce la secuencia error – culpa - castigo, tan común en los reclamos judiciales y en las sanciones disciplinarias. Desde entonces ya se relacionaba al error con la sanción consecuente, tanto que el error se convierte en un acto punible y por ende, susceptible de ser castigado. Si bien socialmente se ha popularizado la expresión “errar es humano”, en el campo de la salud resulta difícil validar los errores en la práctica clínica, no sólo por las consecuencias en los pacientes, sino por la difusión que se le ha dado en los últimos años y por la creciente industria del juicio, exposición y reclamos por casos de mala praxis. Quizás esta sea una de las tantas limitantes para la notificación del error y el análisis del mismo, lo que restringe la creación de estrategias para evitarlo. Existe un pensamiento colectivo de culpabilidad y castigo frente al error, es por eso que este suele ser ocultado, omitido y en algunas ocasiones hasta “disfrazado” para no ser cuestionado. El ocultamiento del error está relacionado directamente con la inminencia del castigo, lo que constituye un factor importante en la cultura organizacional del ámbito sanitario. Esto no permite ver al error como una oportunidad que permita la creación de estrategias para disminuir las situaciones problema que puedan conllevar a un evento adverso (Cf. ORTIZ, Zulma. 2007: 20 -22).

3.12 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 per se 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 (2006).

3.12.1 Riesgo en Salud

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

3.13 Gestión

Del latín gestio. Gestión, para efectos del presente estudio se entenderá como la acción y efecto de llevar a cabo acciones encaminadas al logro de objetivos específicos. Del mismo modo GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, serán todas aquellas actividades y estrategias encaminadas a garantizar la seguridad de los usuarios en un marco de calidad institucional.

La incertidumbre en la práctica clínica constituye un factor de riesgo muy importante como lo manifiesta Martínez López, Francisco José, lo que hace entender la importancia de tratar la incertidumbre, generando estrategias tendientes a la disminución de la misma, para evitar que ésta produzca errores. Además de la incertidumbre, existen otros factores que deben ser considerados por ser también causas de la sucesión del error en salud: la rutina en el quehacer diario, la falta de interés en la formación, el abandono en el seguimiento del curso clínico de los pacientes que conduce al conformismo de la propia práctica asistencial, escaso conocimiento y limitada experiencia. Entre las causas del escaso conocimiento pueden hallarse la falta de accesibilidad a la fuente de conocimiento, y contar con información poco fiable que

puede determinar que las prácticas clínicas sean impuestas por modas no contrastadas con la mayor evidencia.

3.14 Responsabilidad profesional y civil del personal de Enfermería

Según Garay (2005), el código de ética para enfermeras del Consejo Internacional de Enfermería (C.E., CIE), manifiesta “la responsabilidad de la Enfermera en cuatro aspectos fundamentales: Promover la salud, prevenir la enfermedad, restablecer la salud y aliviar el sufrimiento”. Del mismo modo el código de ética de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (C, E., FEPPEN), manifiesta en su artículo cuarto: “La enfermera tiene responsabilidad legal por las acciones, decisiones y criterios que se aplican en la atención de la Enfermería directa y de apoyo, considerando que Enfermería es una profesión independiente que contribuye con otras profesiones afines a proporcionar los cuidados de salud necesarios.

La enfermera es además responsable de la atención total de Enfermería y por consiguiente debe conocer la competencia del personal auxiliar de Enfermería a quienes asigna determinadas tareas para asegurar la calidad de la atención, manteniendo una supervisión adecuada”. La enfermera consolida su responsabilidad a través de su actividad profesional y de su formación universitaria y de postgrado: fortaleciéndola cuando sus acciones profesionales se encaminan hacia el bienestar del hombre y bien de la humanidad. El ejercicio responsable de la Enfermería está delimitado por el cumplimiento estricto de las normas morales y legales, la calidad y la eficiencia son responsabilidad de los profesionales de Enfermería, pues constituyen factores protectores en la prevención del error. En materia de acciones negligentes del personal de Enfermería, las situaciones más comunes son: error en la medicación, casos de quemaduras y lesiones en la piel, casos de descuidos en el control del paciente, casos de identificación incorrecta del enfermo, entre otros (Cf. GARAY 2005: 49-51).

3.15 Implicaciones Legales

Los eventos adversos, producto de errores en la atención asistencial, son denominados desde el punto de vista jurídico, como “mala praxis”.

3.15.1 Mala praxis concepto

Se considera que “existirá mala praxis en el área de la salud cuando se provoque un daño en el cuerpo o en la salud de la persona humana, sea este daño parcial o total, limitado en el tiempo o permanente, como consecuencias de un accionar profesional realizado con imprudencia o negligencia, impericia en su profesión o arte de curar o por inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo con apartamiento de la normativa legal aplicable” (Cf. IRAOLA 2011:29-30)

Al referirse a la mala praxis, es importante tener en cuenta que debe existir un daño verificable en el cuerpo o en la salud del usuario, entendiendo la salud desde el punto de vista físico y mental, incluyendo todas las alteraciones y trastornos psiquiátricos, psicológicos y laborales, tanto individuales como aquellos que tengan incidencia en las demás personas. El daño incluye no solo el deterioro físico y psicológico del individuo, sino también la disminución y los efectos nocivos que adicionalmente afectan a la persona sujeto de la mala praxis. Es decir, la disminución en sus ingresos y la alteración de la totalidad de sus actividades sociales, laborales y recreativas. El perjuicio debe necesariamente originarse en un acto imprudente, negligente, fruto de la impericia, por el incumplimiento de las normas y deberes a cargo del causante del daño, o desatención de las normativas vigentes. Según lo menciona el Código Civil de la República Argentina en su artículo número 902, “Cuanto mayor sea el deber de obrar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas, mayor será la obligación que resulte de las consecuencias posibles de los hechos”. Esto quiere decir que la calidad de profesional de la salud como persona involucrada en el daño, agrava la Responsabilidad Civil que surge de cualquiera de las conductas negativas frente a los usuarios, tales como eventos adversos fruto de errores de la atención sanitaria, entre otras (Cf. Código Civil de La República Argentina. (2011)

3.15.2 Responsabilidad legal

Según Corraspe (2013), señala que la responsabilidad legal, consiste en la obligación que tienen los profesionales de enfermería de responder por las acciones y omisiones que dentro de

la práctica de enfermería, ocasionen un daño al enfermo a su vida o a su salud; a los bienes de la institución; o bien incumplan con las funciones inherentes al cargo que desempeñan derivadas de la relación laboral, por haber actuado con negligencia, imprudencia, impericia, inobservancia de los reglamentos, u omisión

Lee Terry (2012) ,¹² indica que todas las enfermeras tienen la obligación moral y ética de mantener la confidencialidad y privacidad de sus pacientes. En ninguna otra circunstancia es esto tan apremiante como en los pequeños espacios de las unidades de cuidados intensivos. Con el advenimiento de la Health Insurance Portability and Accountability Act. (Ley de aseguramiento de la portabilidad y la responsabilidad en salud; HIPAA) de 1996, la confidencialidad de la información médica del paciente es fundamental para los profesionales de la atención a la salud. Compartir la información sobre el paciente solo se realiza de acuerdo con las circunstancias.

3.15.3 Prueba del daño

Ética, moral, religiosa, administrativa, civil y penal, contractual y extracontractual subjetiva (por culpa) y objetiva (sin culpa), personal, solidaria y subsidiaria.

El papel que juega la enfermería dentro del sector salud es de suma importancia, ya que está en contacto directo con el usuario sano o enfermo, en los casos de hospitalizaciones las 24 horas del día, están bajo su custodia y su responsabilidad, por lo que es necesario que el personal este actualizado en cuanto a los conocimientos técnicos y científicos, pero además debe de conocer las implicaciones legales en las que puede incurrir al ejecutar su trabajo.

El objetivo esencial de las actuaciones del profesional de enfermería se centra desde una práctica enfermera ética, autónoma y competente, en la protección de la seguridad del paciente.

La práctica profesional, por ser una actividad humana, y ser limitados los humanos en sus conocimientos y en su condición humana está expuesta a eventualidades que son eventos adversos.

La profesión de enfermería, como cualquier otra disciplina, requiere de criterios éticos y jurídicos que definan o reglamenten su ejercicio profesional, la enfermería actual, se encuentra en un proceso de cambios con adquisición de nuevas competencias por ejemplo la prescripción de enfermera. (Cf. <http://www.madrid.org/cs/Satellite>).

3.15.4 Obligaciones legales con el paciente

La obligación de hacer el bien y evitar el mal en la práctica, regida en no transgredir los derechos humanos fundamentales de la persona, buscando el mayor bien para la totalidad individual y social pretendiendo la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, biológico traduciéndolo en un excelente trato humano. Cualquier que sea la profesión, no puede ejercerse sino con ética. Esto lo impone no solo la sociedad a la cual el profesional se debe, sino que como ser humano, ha de aspirar a sentir la satisfacción del deber cumplido, en la búsqueda del bien por el camino correcto.

1. Respetar en todas las acciones de dignidad de la persona humana, sin distinción de ninguna naturaleza.
2. Respetar en las personas el derecho a la vida y a su integridad desde la concepción hasta la muerte.
3. Prestar la colaboración que le sea requerida por las autoridades sanitarias en caso de epidemias, desastres u otras emergencias, ejercer las actividades de la enfermería dentro de los límites de competencia determinados por esta ley y su reglamentación.
4. Mantener la identidad profesional mediante la actualización permanente, a conformidad con lo que al respeto determine la reglamentación.
5. Mantener el servicio profesional con sujeción a lo establecido para la regulación vigente en la materia.

<http://bioetica1d.blogspot.com/2012/09/derechos-y-obligaciones-del-personal-de.html>

3.15.5 Derechos del paciente

Los derechos a la salud, son facultades individuales y sociales que se fundan en las exigencias propias de la naturaleza humana, relacionada con la protección, conservación, desarrollo e integridad de la vida en su aspecto físico, psicológico e intelectual.

El derecho humano a la salud, se le ha conocido también como “derecho del enfermo”, haciendo referencia a la salud tanto del enfermo como del que se encuentra sano.

Derecho a la información: los pacientes tienen derecho a conocer toda la información disponible sobre cualquier actuación en el ámbito de su salud. La información, que como regla general se proporcionara verbalmente dejando constancia en las historias clínicas.

Los derechos de los pacientes:

1. Recibir atención médica adecuada
2. Recibir trato digno y respetuoso
3. Recibir información suficiente, clara oportuna y veraz
4. Decidir libremente sobre su atención
5. Otorgar o no su consentimiento informado para procedimientos
6. Ser tratado con confidencialidad
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión
8. Recibir atención médica en caso de emergencia
9. Contar con un expediente clínico
10. Ser atendido cuando se informe por la atención medica recibida

(Cf.<http://www.ugto.mx/redmedica/atencion-a-derechohabientes/calidad-y-seguridad-del-paciente/10-derechos-de-los-pacientes>).

3.16 La enfermería y la seguridad de los pacientes

La verdadera esencia de los hospitales es la hospitalización, o lo que es lo mismo la necesidad de unos cuidados y/o tratamientos continuados, muy especializados que requieren una atención de enfermería durante 24 horas continuadas. La atención que prestan las enfermeras en las unidades de hospitalización debe ser la mayor calidad posible. Esta tiene dos dimensiones: la técnica y la interpersonal; la primera persigue lograr los mayores beneficios y evitar riesgos en la atención sanitaria, la segunda busca respetar al paciente como ser humano integral y lograr su satisfacción plena. En este segundo aspecto toman importancia las expectativas del usuario y su familia.

Para aplicar los conceptos de calidad al quehacer diario de una unidad de hospitalización también hay que tener en cuenta las siguientes premisas.

- Hay que hacer lo que hay que hacer, o lo que es lo mismo, prestar cuidados a pacientes que requieren una atención sanitaria especial; debemos basarnos en la evidencia científica para proporcionar unos cuidados de calidad.
- Hay que hacerlo bien, lo que requiere una serie de conocimientos y calidad técnica.
- Respetando la individualidad y la dignidad humana. Esto se hace a través de las relaciones del personal y su calidad humana, y se plasma en la calidad percibida.
- Con un apropiado consumo de recursos, por lo que la eficiencia es fundamental también en el entorno de calidad.

Para definir lo que se entiende por seguridad de los pacientes se puede recurrir a la clasificación internacional para la seguridad del paciente de la OMS, que propone diferentes acepciones para definir un concepto tan complejo,

Se puede destacar de las definiciones los conceptos de prevención o atenuación del daño al paciente, reducción de acciones peligrosas, utilización de mejores prácticas y la atención sanitaria. En definitiva, cuando hablamos de seguridad del paciente estamos hablando de

utilizar las mejores prácticas clínicas de forma que estas no produzcan daño a los pacientes en su proceso de atención sanitaria.

Cuando en seguridad del paciente se habla de daño, no se hace referencia a las complicaciones que se producen en el curso natural de una enfermedad, se habla del daño por la atención sanitaria y en la clasificación de este se hace referencia de forma habitual a dos conceptos, el evento adverso y el incidente. (Cf. ayuso murillo-de andres ginemo), 74, 75)

3.16.1 Productividad de la enfermería

La productividad se relaciona y se centra en la eficiencia, la eficacia y la efectividad, aspectos que se vinculan con los productos o intervenciones que realiza enfermería, los cuales es necesario conocer y dar a conocer exactamente, así como establecer sus logros. De igual manera se aprecia la relación de la productividad en enfermería con los conceptos de calidad, ambiente laboral y costo, u que las principales características comunes que relacionan, determinan, afectan o definen la productividad en enfermería son condiciones laborales, condiciones personales y factores externos.

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLOGICO

4.1 Enfoque de la investigación

La investigación propuesta corresponde al enfoque cuantitativo y cualitativo, porque se fundamenta en los aspectos observacionales y susceptibles de cuantificar, se sirve de la estadística para el análisis de los datos, mismos que se representan en gráficas, se utilizó recolección y análisis de datos obtenidos en porcentajes sobre los eventos adversos preponderantes que se suscitan durante la atención del paciente crítico en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán y su incidencia directa en la seguridad del paciente.

4.2 Tipo de investigación

El tipo de investigación es descriptivo transversal y analítico, porque se describió y analizó eventos adversos preponderantes que se suscitan durante la atención del paciente crítico y su incidencia directa en la seguridad de este.

También corresponde a un estudio de tipo prospectivo y transversal, pues la relación de datos se realizó a partir de un momento determinado en el presente, realizando las mediciones futuras en un tiempo establecido por el investigador en el periodo de octubre a diciembre 2015.

4.3 Población

La población de estudio está constituida por todo el personal de enfermería del hospital Roberto Galindo Terán un total de 76 licenciadas en enfermería durante el periodo de estudio.

4.4 Muestra

La muestra está constituida por el total de enfermeros de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán correspondiente a 13 profesionales de enfermería distribuidos por los diferentes turnos.

Turno	Lunes a viernes	Fines de semana y feriados 12 horas	Vacaciones
Mañana	2	2	1
Tarde	2		
Noche A	2		
Noche B	2		
Noche C	2		

Por otro lado se trabajó con una población de 30 pacientes aplicando una guía de recolección de datos del expediente clínico.

4.5 Variables

4.5.1 Identificación de variables

- Variable independiente: seguridad del paciente.
- Variable dependiente: Eventos adversos intrínsecos y extrínsecos

4.5.2 Definición de variables

- Seguridad del paciente: Reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, mediante estrategias de seguridad.
- Efectos adversos: Un evento adverso es aquel que genera daño al paciente, después de que este ingresa a una institución médica, y está relacionado más con el cuidado proveído que con la enfermedad de base.

4.6. Criterios de inclusión

- Personal profesional de enfermería, a contrato o de planta
- Personal de enfermería que acepta participar del estudio, predisposición.
- Enfermeras que trabajan en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán, que es el ámbito de estudio.
- Pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva del HRGT durante el periodo de estudio.

4.6.1 Criterios de exclusión

- Enfermeras profesionales que no trabajan en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán, que es el ámbito de estudio.
- Médicos de posgrado y estudiantes de pregrado.

4.6.2 Operacionalización de variables

La validación de recolección de datos (cuestionario, guía de observación) se realizó mediante expertos en terapia intensiva.

Objetivos específicos	Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Definición Instrumental	Forma de presentación
• Identificar las características socio demográficas de las/os profesionales de enfermería que laboran en las UTI.	• Datos Socio-Demográficos	• Característica de la población que pueda ser medida o contada y es susceptible al análisis demográfico	• Edad Sexo	• Cuestionario	• Gráfica

Objetivos específicos	Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Definición Instrumental	Forma de presentación
• Describir el diagnóstico y procedimientos invasivos realizados en los pacientes atendidos en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán.	• Datos patológicos del paciente crítico	• Señalan las condiciones fisiopatológicas que tiene el paciente crítico condicionando el riesgo de eventos adversos, de la revisión del expediente clínico.	• Datos del examen físico • Diagnóstico y tratamiento. – Edad – Enfermedad previa – Sexo	• Historias Clínicas	• Gráfica
• Identificar los factores de riesgo extrínsecos y ocurrencia de eventos adversos que se relacionan con las actividades procesos y tareas que realiza la enfermera durante su jornada laboral.	• Comunicación efectiva. Identificación de pacientes. Control de infecciones. Administración de medicamentos. Indicaciones médicas verbales. Prevención de caídas.	• Son líneas estratégicas propuestas por la organización mundial de la salud(OMS) para prevenir eventos adversos en la atención sanitaria y mejorar la seguridad y calidad en la atención	• Registro del expediente clínico • Observación de Preparación y administración de medicamentos • Expediente clínico el accionar de enfermería	• Guía de observación	• Gráficas

4.8 Método e instrumento de recolección de datos

Los instrumentos utilizados para obtener la información de los sujetos de estudio es el cuestionario, guía de recolección de datos de expediente clínico de pacientes, lista de cotejo (verificación de actividades de enfermería) para determinar la ocurrencia de eventos adversos en la U.T.I. del HRGT derivados de la atención del cuidado de enfermería que ayudó a recabar, cuantificar, y finalmente, comparar la información recolectada, permitiendo llegar a un mayor número de participantes y facilitando el análisis de la información.

Los instrumentos fueron validados por criterio de expertos, corrección y mejorar el cuestionario, guía de recolección de datos de expediente clínico de pacientes, lista de cotejo (verificación de actividades de enfermería)

4.9 Procedimiento de recolección de la información

Para la recolección de datos, se precedió de la siguiente manera:

- Solicitar la autorización y permiso para la aplicación del cuestionario al personal profesional de enfermería que trabaja en el Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán, tanto al director médico como a la jefa de enfermeros. Obteniendo su aceptación y aplicación del cuestionario, guía estructurada de verificación de actividades y revisión de expediente clínico de pacientes.
- Se aplicó el cuestionario, se verifico actividades y procesos de los profesionales que trabajan en la UTI HRGT en los diferentes turnos y se revisó historias clínicas para recabar información requerida.
- Se aplicó una guía de recolección de datos del paciente y diagnostico referidos del expediente clínico en el transcurso de internación de los pacientes.
- Por otro lado, se aplicó una lista de cotejo (verificación de actividades de enfermería) donde se recolecto información de procedimientos invasivos realizados en los pacientes y el cumplimiento de variables para prevenir eventos adversos derivados de los cuidados de enfermería agrupados en:

- Administración de medicamentos
- Accesos vasculares (vías venosas periféricas y centrales)
- Instalación de sondas nasogástricas y catéter uretral
- Intubación endotraqueal
- Comunicación
- Identificación de pacientes
- Prevención de infecciones intrahospitalarias (lavado de manos, uso de guantes, manejo y clasificación de material estéril)
- Carga de pacientes

4.10 Plan de tabulación y análisis

Concluida la aplicación de los instrumentos, los datos estadísticos recabados fueron procesados en cifras cuantificados en porcentajes:

- Los datos se codificaron y etiquetaron en función de la definición y diseño de las variables en estudio.
- La información recolectada se ingresó a una base de datos en una hoja electrónica de Microsoft Excel 2010. La Tabulación de los datos se realizó según tablas de salida, relacionándolas según escala de valores que se representan gráficamente.

4.11 Alcances y limitaciones

Alcances: Este estudio está enmarcado en la ocurrencia de eventos adversos y práctica en relación a la atención del enfermo crítico en el Servicio de Unidad de Terapia Intensiva de un Hospital de Segundo Nivel.

Los resultados obtenidos en la investigación pueden servir para que las/os profesionales de enfermería conozcan la ocurrencia de eventos adversos en esta unidad para tomar acciones preventivas.

Limitaciones: Dentro de las limitaciones se presentó que:

- El tiempo de permanencia en el servicio y la incomodidad del personal
- En el seguimiento diario de los paciente ocurrida la defunción a veces las historias clínicas se extraviaban en archivo.

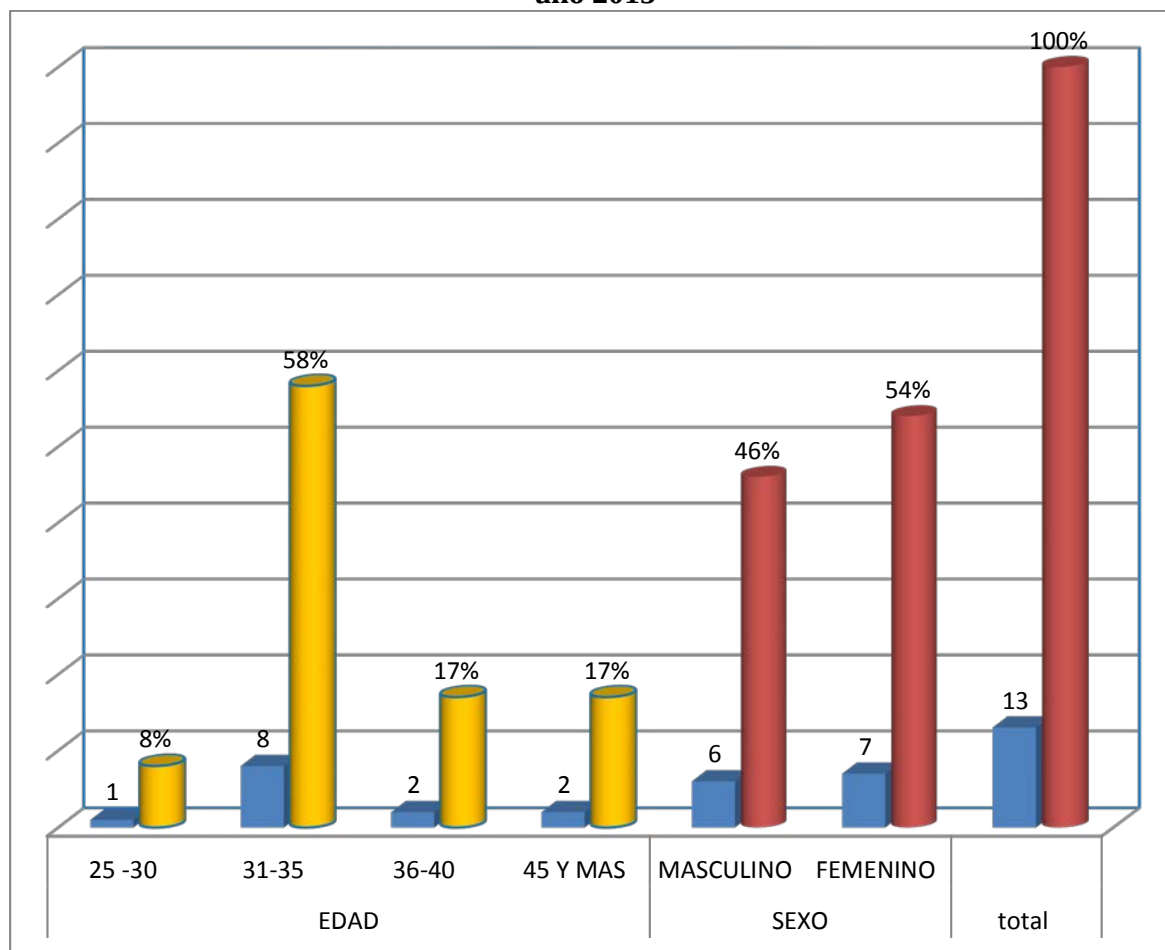
CAPÍTULO V

5.1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación, se presenta el análisis e interpretación de los resultados, obtenidos, a la conclusión del presente estudio.

Gráfico N° 1

Edad y sexo personal de enfermería U.T.I. Hospital Roberto Galindo Terán
año 2015



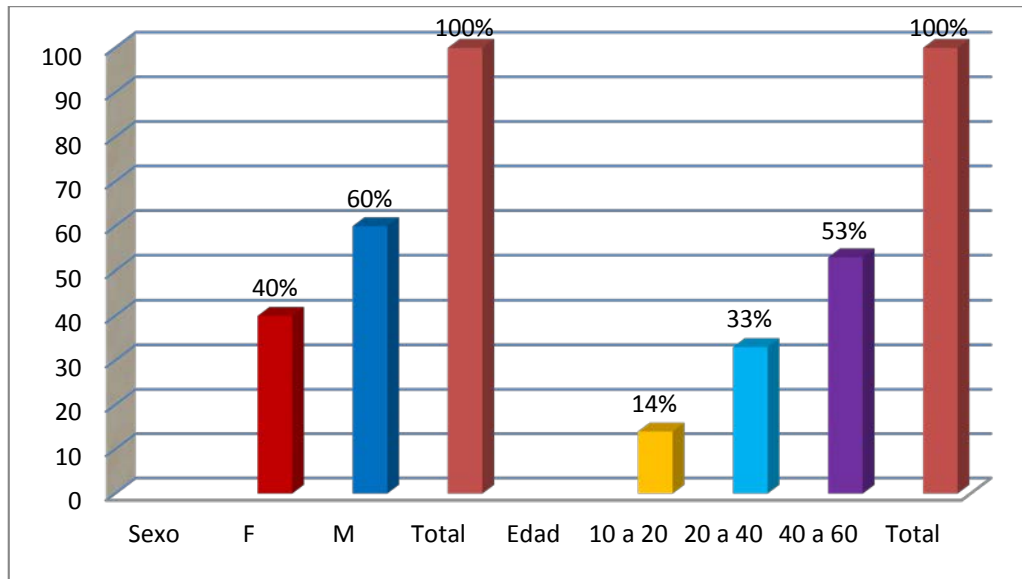
Fuente: Elaboración propia 2015

La gráfica N° 1 contiene información sobre el porcentaje de distribución de profesionales que trabajan en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán en la gestión 2015. La población de estudio está clasificada en porcentajes y sus correspondientes grupos

etarios. En el porcentaje de edad por grupo etario se observa un porcentaje equitativo entre las edades 36 a 44 años 17% y 58% entre 31 y 35 años, lo que demuestra que este grupo de profesionales objeto de la investigación pertenece al grupo etario adulto joven, en la columna correspondiente a la variable sexo se evidencia un porcentaje con una diferencia mínima de un 8% de la población total correspondiente al sexo femenino en un 54% y el otro 46% al sexo masculino lo que demuestra que el sexo masculino está incursionando en la profesión ya está desapareciendo el estereotipo femenino en la profesión de enfermería lo que disminuyen los factores de riesgo por las características del tipo de pacientes que se atiende en la U.T.I., específicamente en la fuerza que se realiza en el trabajo que implica esfuerzo físico (PARRA 2007: 5- 31).

Gráfico N° 2

Características de la población estudiada en la Unidad Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán



Fuente: Elaboración propia 2015

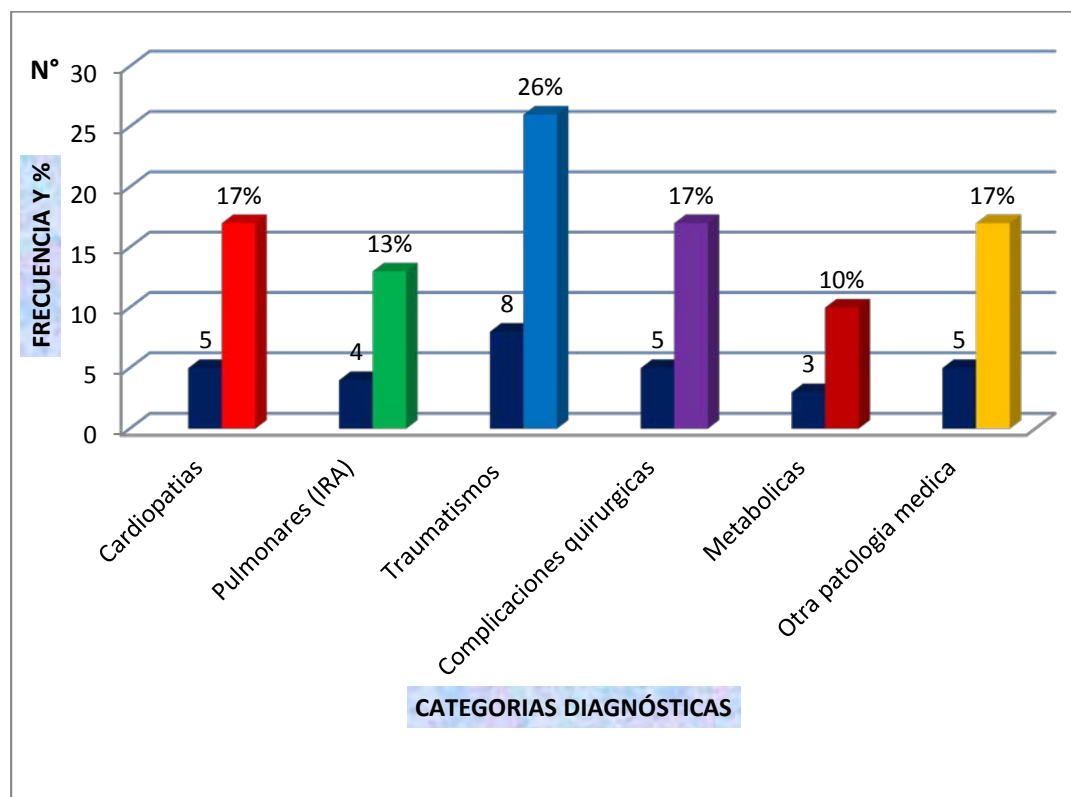
La gráfica N° 2 muestra información respecto a las características personales según el sexo y edad de pacientes atendidos en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán durante el tiempo de estudio, de los 30 pacientes que ingresaron a esta unidad 12 corresponden al sexo femenino que hace un 40% y 18 al sexo masculino que hace un 60%, la distribución del sexo masculino es significativa a diferencia con el sexo femenino.

El rango de edad fue de 10 a 20 años el grupo más escaso en un 14%, y la edad media entre 40 y 60 años corresponde a un 53%, lo que significa que la población que se atiende en esta unidad es joven adulta.

Existen diversos factores de riesgo tales como la edad y sexo que influyen en la posibilidad de adquirir eventos adversos. La probabilidad de sufrir un evento adverso aumenta considerablemente con la edad y esto lo demuestra los estudios donde hacen referencia que los costos de estancia hospitalaria se incrementan en los pacientes mayores de 65 años, dada las condiciones clínicas de los adultos mayores (PARRA 2007).

Gráfico N° 3

Factores intrínsecos: diagnósticos de los pacientes en la U.T.I. HRGT gestión 2015



Fuente: Elaboración propia 2015

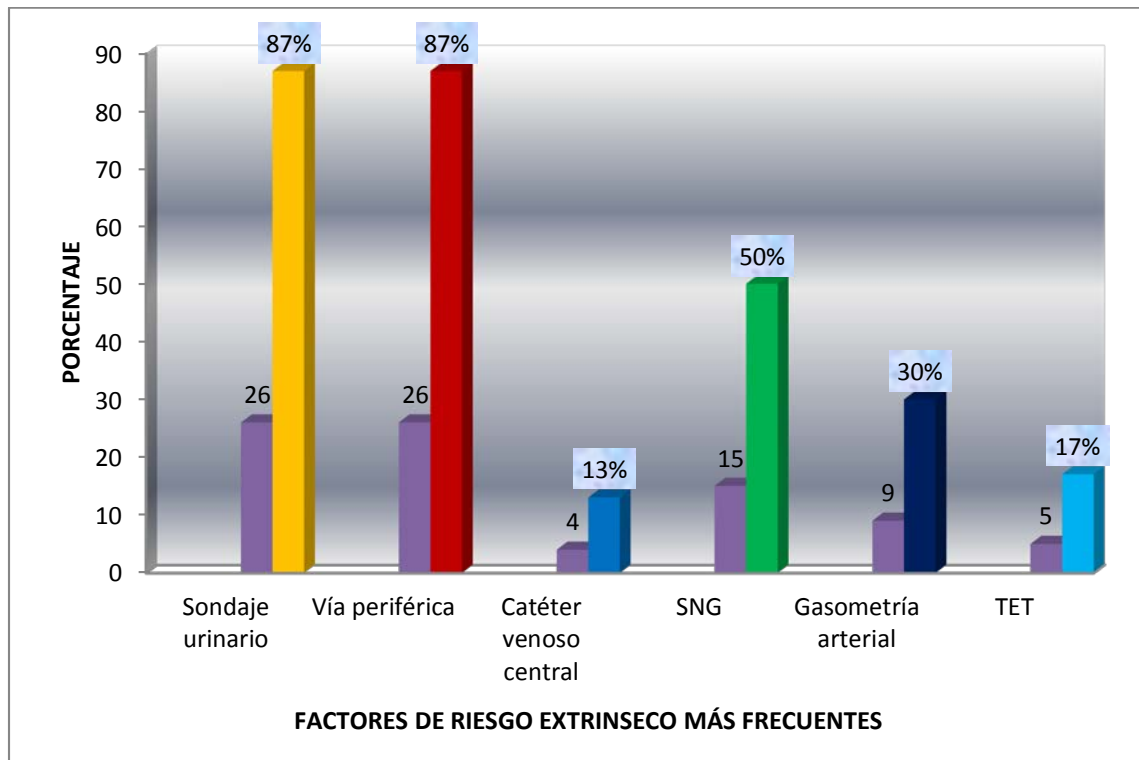
La gráfica N° 3 contiene información sobre factores diagnósticos que influyen en la aparición de eventos adversos en pacientes hospitalizados en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán, donde se establecen seis categorías diagnósticas. El grupo más numeroso correspondiente a enfermos con diferentes traumatismos equivalente a un 26%, seguido de las cardiopatías en un 17%, con el mismo porcentaje se dan las complicaciones quirúrgicas (17%), y otras patologías como pancreatitis y shock séptico en un 17%, seguida de las pulmonares en un 13% y por ultimo las metabólicas en un 10%.

En los distintos grupos diagnósticos en relación con la edad de la población estudiada, existe una diferencia significativa entre el grupo de las patologías traumáticas en un 26% este dato concuerda con población de estudio, joven a edad media y las metabólicas tan solo en un 10% patologías caracterizada de la edad media y adulta.

Sin embargo, este factor diagnóstico de riesgo, es el menos contemplado, sin tomar en cuenta que el paciente cursa por procesos fisiopatológicos y se encuentra inestable al borde de la muerte, que está indefenso y que necesita que se le satisfagan de manera parcial o total sus necesidades y que por lo mismo sería capaz de propiciar situaciones que le pongan a el mismo en riesgo (Cf. ESCOBAR B. 2009: 271 – 305).

Gráfico 4

Factores de riesgo extrínseco: procedimientos invasivos en pacientes internados en la U.T.I. HRGT

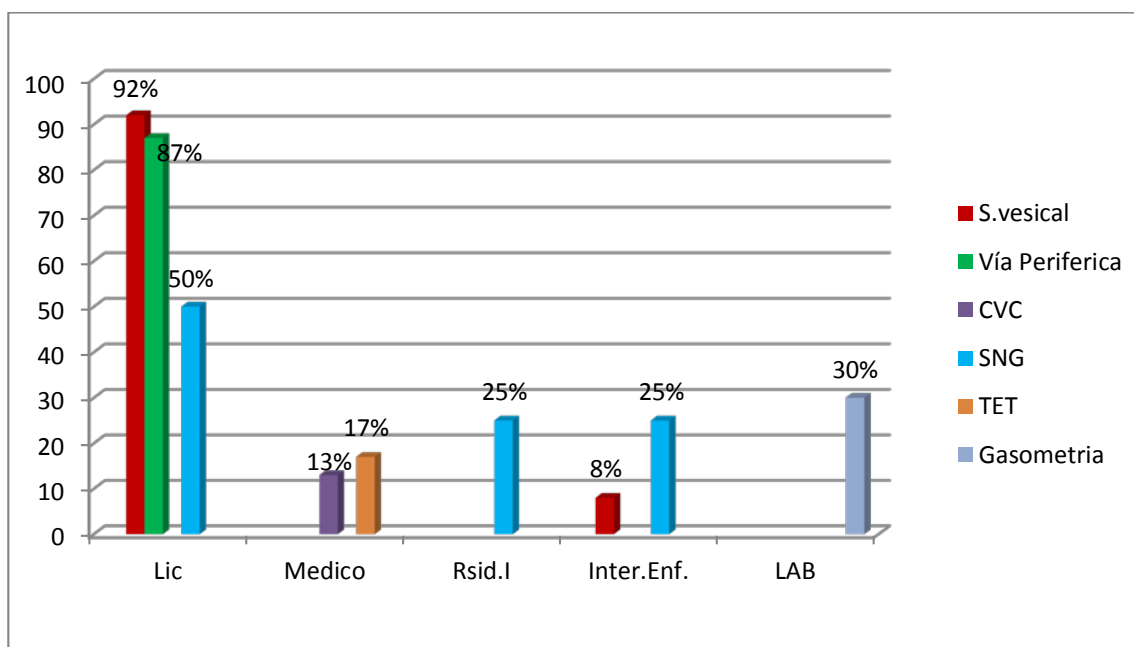


Fuente: Elaboración propia 2015

La gráfica N° 4 contiene información sobre los factores de riesgo extrínseco más frecuentes en la Unidad Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán. Se puede indicar que las variables presentes son la frecuencia de procedimientos invasivos en la población de estudio y los diferentes factores de riesgo. Los porcentajes mayores corresponden al sondaje urinario en un 87% y vía periférica en otro 87% seguida de sonda nasogástrica en un 50%, toma de gasometría arterial en un 30%, inserción de tubo intubación traqueal en un 17% como factores de riesgo extrínseco más frecuentes en estos pacientes, por otro lado, se pudo determinar un evento adverso, retiro accidental del tubo endotraqueal en un 20% del total de pacientes intubados. Los pacientes motivo de estudio tienen factores de riesgo por los diferentes procedimientos invasivos, aspecto difícil de controlar, dado que la complejidad del paciente crítico requiere de monitoreo invasivo.

Gráfico N° 5

Procedimientos invasivos en el paciente crítico realizado por el personal de enfermería, médico y laboratorio U.T.I. HRGT gestión 2015



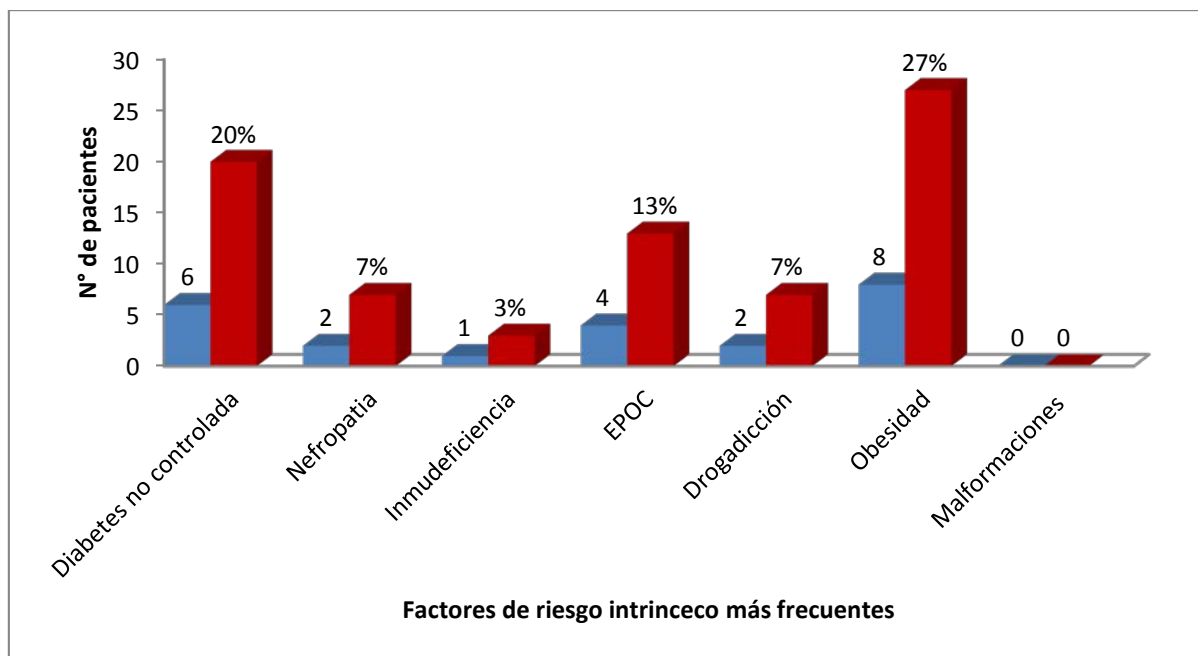
Fuente: Elaboración propia 2015

El grafico N° 5 muestra procedimientos invasivos relacionados con eventos adversos donde el mayor porcentaje de procedimientos invasivos es realizado por los profesionales de enfermería, instalación de sonda vesical equivalente al 92%, canalización de vías periféricas correspondiente al 87%, instalación y cuidado de sonda nasogástrica en un 50%. Los profesionales médicos realizan procedimientos invasivos en un bajo porcentaje; instalación de catéter venoso central en un 13%, intubación endotraqueal en un 17%; los residentes en medicina tan solo realizan un 25% de procedimientos invasivos como instalación de sonda nasogástrica, otro grupo del equipo de salud en formación que participa en el cuidado del enfermo grave son los internos de enfermería y realizan procedimientos como la instalación de sonda vesical en un 8%, instalación y cuidado de sonda nasogástrica en un 25%, otro grupo de profesionales que intervienen en la asistencia del enfermo son los bioquímicos en la toma de muestras arteriales para gasometrías en un 30%.

El 76% de los procedimientos invasivos son realizados por el personal de enfermería (cateterismo vesical, instalación de catéter venosos periférico e instalación de sonda nasogástrica), el 15 % de los procedimientos invasivos es realizado por el médico del área de la unidad de terapia intensiva (instalación de catéter venoso central, intubación endotraqueal) y un 21 % realiza otros profesionales (laboratorio y estudiantes en formación).

Gráfico N° 6

Factores de riesgo intrínseco más frecuentes que influyen en la aparición de eventos adversos en la U.T.I. HRGT



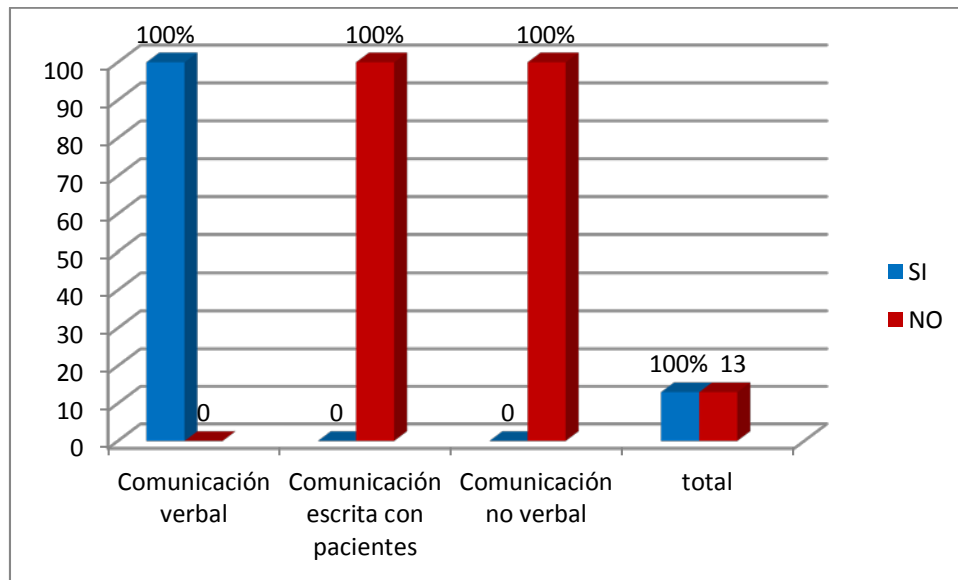
Fuente: Elaboración propia 2015

La gráfica N° 6 contiene información sobre los factores de riesgo intrínseco más frecuentes que influyen en la aparición de eventos adversos en la Unidad Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán.

Con relación a los factores intrínsecos, la obesidad es un factor preponderante correspondiente al 27%, que influye categóricamente en la gravedad del paciente, seguida por la diabetes no controlada en un 20%. El tercer factor que influyó en el desarrollo de eventos adversos es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en un 13 %, seguida de nefropatías y toxico dependencias ambas equitativamente en un 7%, y por último la inmunodeficiencia en un 3%.

Gráfico N° 7

Medios para una comunicación efectiva con el paciente y familia en U.T.I. HRGT



Fuente: Elaboración propia 2015

El gráfico N° 7 muestra los eventos adversos en la comunicación efectiva, enfermera, paciente y familiares como factor de riesgo importante durante su estadía en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán, se puede evidenciar en el gráfico que un 100% de los profesionales en enfermería no cuentan con medios que faciliten una comunicación efectiva en circunstancias que el paciente presenta limitaciones verbales, auditivas y/ o idiomáticas, a través de pizarras, cartillas, papel y lápiz o signos y símbolos, para una comunicación no verbal.

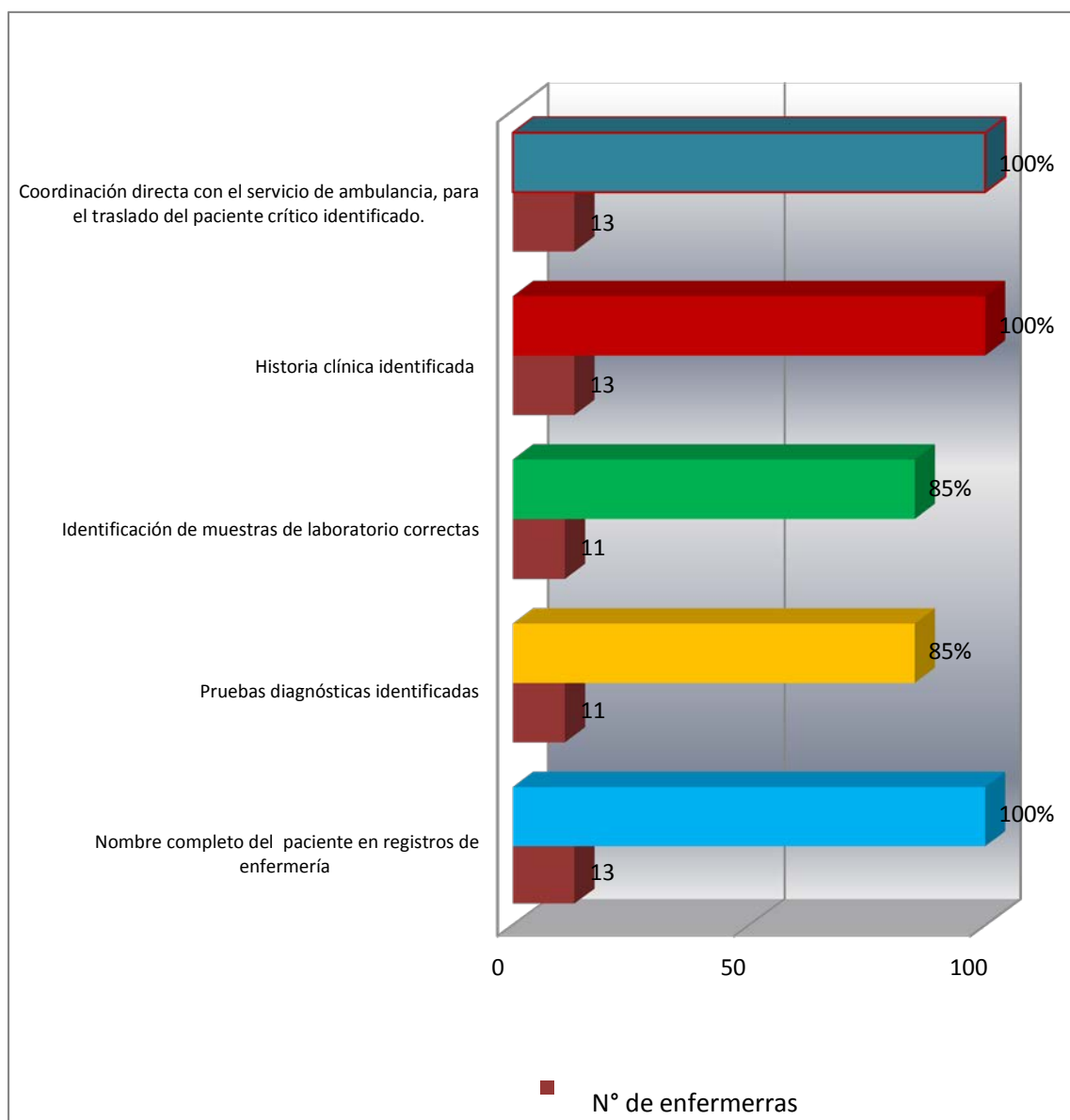
Dentro del equipo de salud el profesional de enfermería juega un papel protagónico no solo por su trabajo de cuidar al paciente, sino porque por su misma condición es el puente conector entre paciente y el resto del equipo de modo que un error en la comunicación puede considerarse ya un evento adverso por lo que este fallo genera error en un 100% en la comunicación no verbal.

El 100% no se comunica de manera escrita con los pacientes y otra forma de comunicación.

Según Alba A. y otros (2013), la comunicación en el hospital es deficiente, siendo el personal de enfermería el receptor de la confianza, dudas y preguntas sobre la información que el paciente recibe sobre su proceso. Derivado de esto, la Organización Mundial de la Salud en el año 2004 identificó a la comunicación como un área de riesgo dentro del hospital, determinando acciones básicas para la seguridad del paciente, mejorando la comunicación efectiva, por lo que el proceso de comunicar es la base y eje de los cuidados de enfermería, sin este proceso no se podrían planificar los cuidados.

Gráfico N° 8

**Caracterización e identificación de pacientes en la
UTI HRGT**



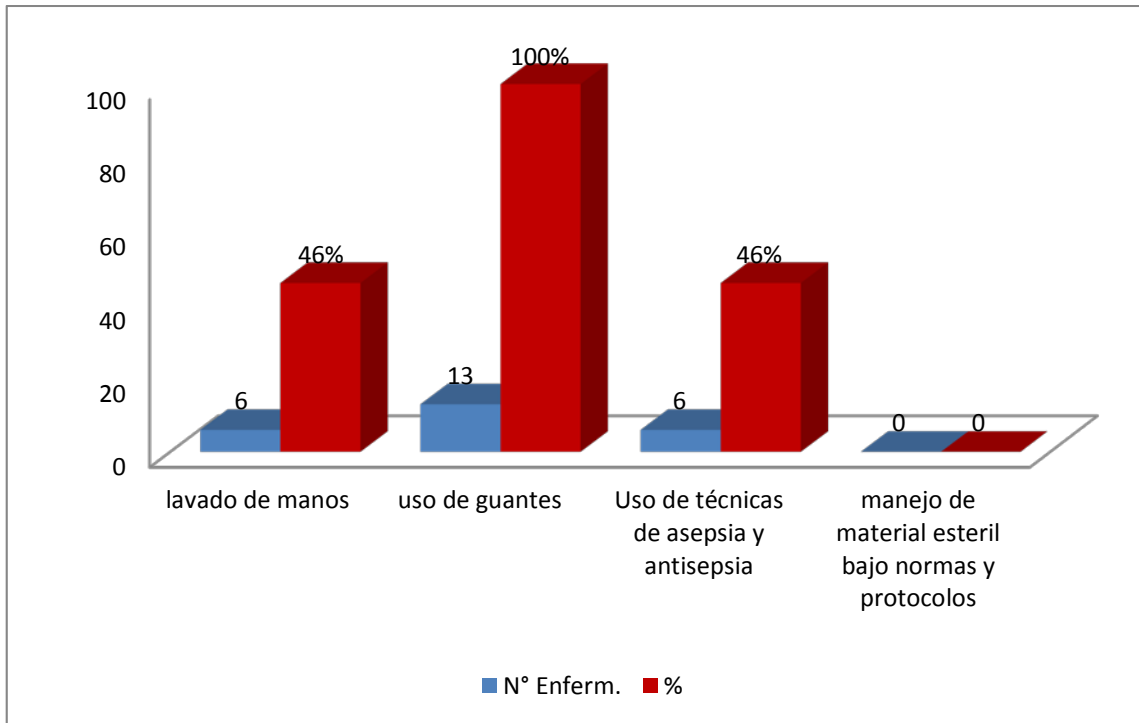
Fuente: Elaboración propia 2015

La gráfica N° 8, muestra la forma como identifican a los pacientes, los profesionales de enfermería que trabajan en el la Unidad Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán, durante su estadía en la unidad, las variables como identifican al paciente son en un 100% por el nombre completo, al igual que la identificación de la historia clínica, y la coordinación

directa con el servicio de ambulancia para traslado, identificando al paciente por el nombre completo, seguida de pruebas diagnósticas y muestras de laboratorio correctamente identificadas nombre completo, N° de historia clínica, N° de cama, fecha y hora correspondiente al 85% en ambos ítems, el otro 15% en ambas variables conducen a un efecto adverso tomando en cuenta que el cuidado de los pacientes debe seguro, esto involucra la identificación correcta de todo proceso de atención enfermería relacionado con la asistencia del paciente por el riesgo de aparición de error.

Gráfico N° 9

**Estrategias para el control de infecciones por el personal de enfermería en la U.T.I.
HRGT año 2015**



Fuente: Elaboración propia 2015

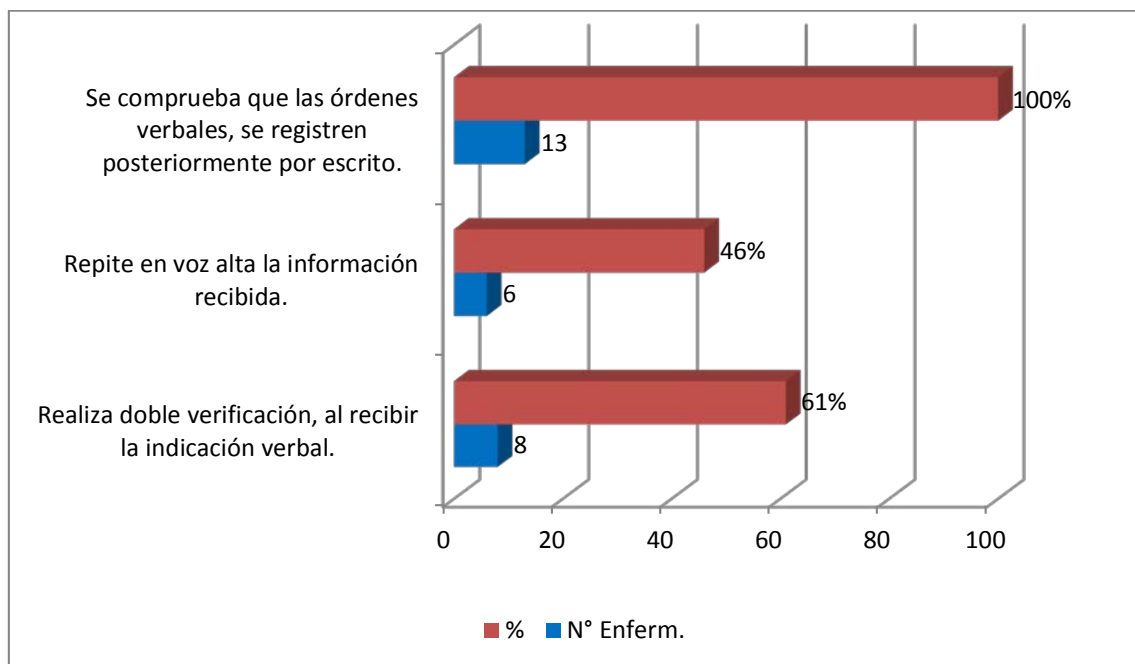
El gráfico N° 9 hace referencia a las estrategias que se toman los profesionales de enfermería en el control de infecciones en Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán y así disminuir la aparición de un evento adverso ligado a infecciones intra hospitalarias, uso de guantes en el manejo de fluidos corporales esta estrategia se da en un 100%, seguida de un 46% con el lavado de manos antes y después de cada procedimiento, puesto que el uso de guantes no excluye este procedimiento, el porcentaje es igual de la variable uso de técnicas de asepsia y antisepsia en la atención del paciente en un 46%, la última estrategia referida al manejo de material estéril siguiendo normas y protocolos, no se cumple, poniendo en riesgo a los pacientes para el desarrollo de un evento adverso. Se ha demostrado que el lavado de manos es la estrategia más sencilla y efectiva en la reducción de las Infecciones Asociadas a la

Atención de la Salud ya que las manos se consideran la principal vía de transmisión de microorganismos durante la atención en salud.

Se determinó en un 23% infección intra hospitalaria, cataloga como evento adverso. La prevención para la aparición de una infección nosocomial es otra estrategia clave según el modelo español para el mejoramiento de la seguridad del paciente.

Gráfico N°10

Indicaciones médicas verbales U.T.I. del HRGT año 2015



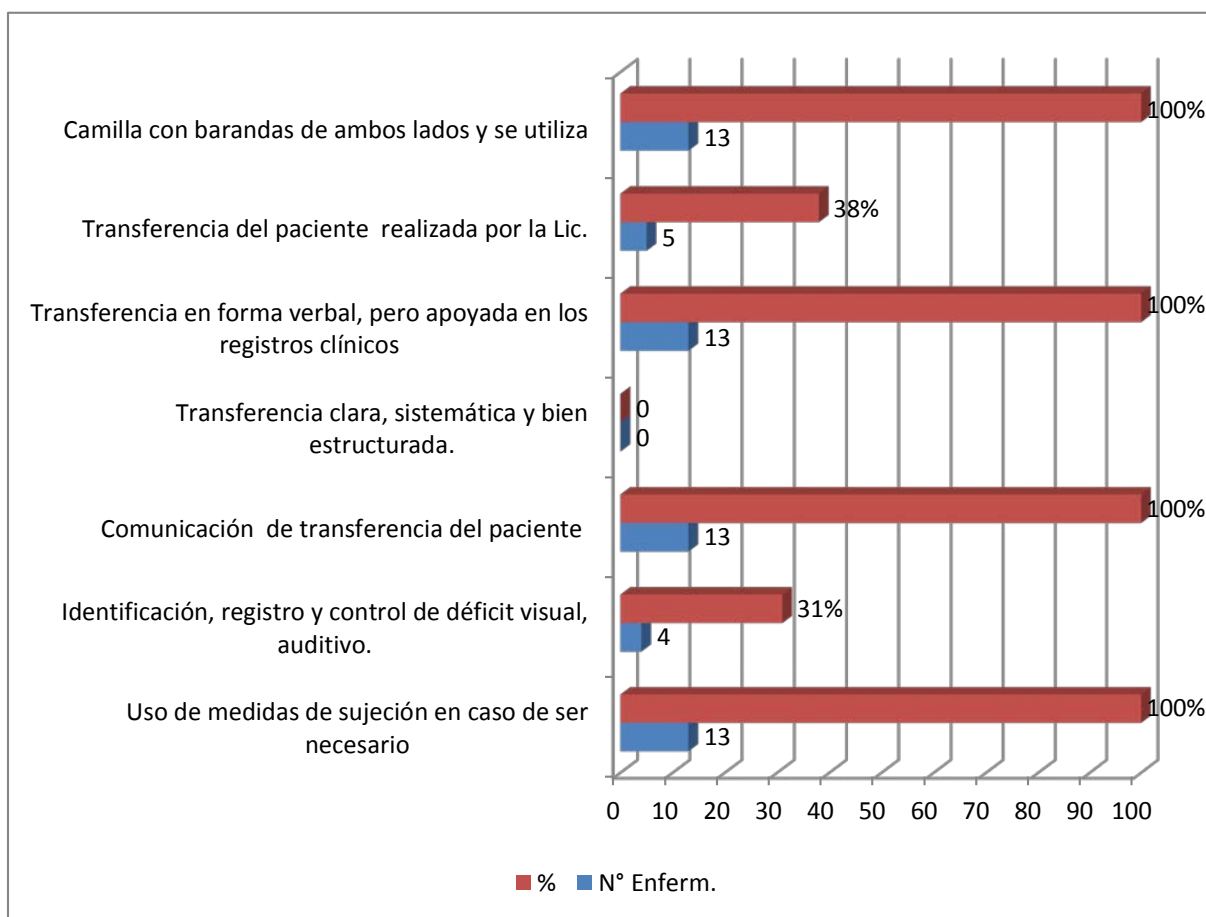
Fuente: Elaboración propia 2015

El presente grafico muestra, el porcentaje de indicaciones médicas verbales como factores de riesgo en la aparición de efectos adversos, en la unidad de Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán durante el periodo 2015 donde un 100% comprueba que las indicaciones verbales se registren posteriormente por escrito después de la emergencia, el personal de enfermería realiza la doble verificación al recibir la indicación verbal antes de administrar el fármaco solo un 61%, la siguiente variable, repite en voz alta la información recibida en un 46%.

Según Fajardo y sus colaboradores (2006), donde encontraron que los errores por administración de fármacos constituyen más del 50% del total de errores consignados; esto refleja dificultades importantes para la administración correcta de medicamentos. El cálculo de las dosis para infusión intravascular es otra de las variables presentes en los eventos adversos de pacientes críticos. Exigir la lectura posterior y la aclaración de las órdenes orales y mejoras en la comunicación con los pacientes son otras formas importantes de brindar seguridad al paciente crítico.

Gráfico N°11

**Estrategias en la prevención de caídas de pacientes para evitar eventos adversos
U.T.I. HRGT**



Fuente: Elaboración propia 2015

La gráfica N° 11 muestra las estrategias en la prevención de caídas de pacientes para evitar eventos adversos en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo donde se evidencia en un 100% el personal de enfermería utiliza las barandas de la camilla de ambos lados durante la atención del paciente.

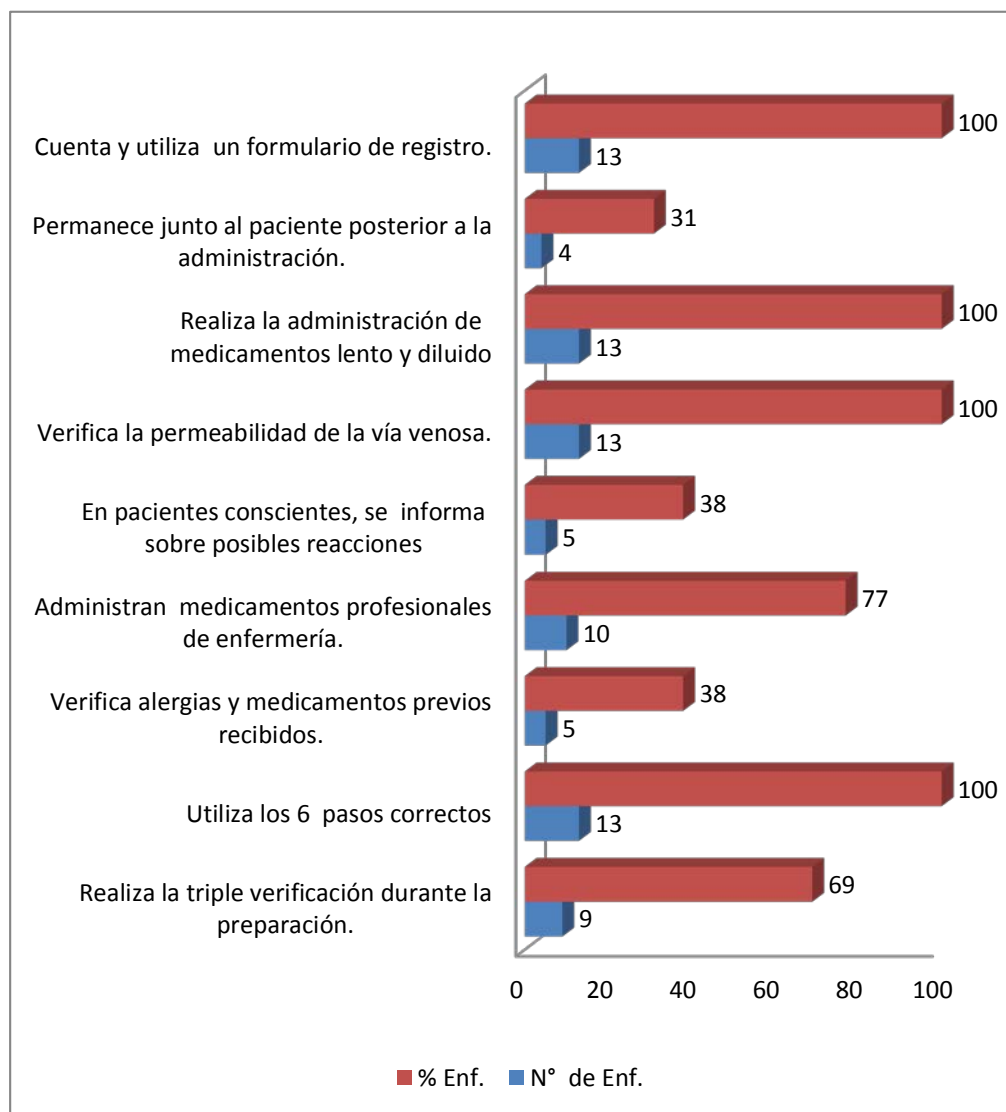
Transferencia de pacientes en forma verbal apoyada en todos los registros clínicos, transferencia de paciente realizada por el profesional de enfermería y el uso de medidas de sujeción en caso de necesidad, seguido del 38% la transferencia del paciente es realizada por

el profesional de enfermería y por último la variable de identifica, registra y controla déficit visual, auditivo, etc. Se realiza en un 31%.

Según Gaitán (2006), si las incidencias ocurren en los traslados, se deben a una mala preparación del traslado intra y extra hospitalario, son por problemas con el material, utilidad del protocolo, etc. Recomienda hacer hincapié en que un traslado realizado por un equipo entrenado y cualificado, junto con un protocolo que unifique criterios, reduce las posibles complicaciones y problemas durante el mismo.

Gráfico N°12

Estrategias en la administración de medicamentos para evitar efectos adversos en pacientes atendidos en U.T.I. del HRGT



Fuente: Elaboración propia 2015

El grafico N° 12 contiene información, respecto a las estrategias se toman durante la administración de medicamentos, a enfermos críticos para evitar eventos adversos en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán, respecto a cuatro variables que reportan su cumplimiento en un 100%, las variables cuenta y utiliza un formulario de registro rápido para la administración de medicación al paciente crítico, realiza la

administración de medicamentos utilizando los 6 pasos correctos, verifica la permeabilidad de la vía venosa, realiza la administración de medicamentos lento y diluido, minimizando así los eventos adversos, la administración de medicamentos es realizada por el personal profesional de enfermería en un 77 %, lo cual genera la posibilidad de producir un evento adverso, porque un 33% realiza otro personal la siguiente variable realiza la triple verificación durante la preparación y administración de medicamentos solo en un 69%; cumple esta actividad muy importante para la seguridad en la administración de medicamentos a continuación la variable verifica alergias y medicamentos previos recibidos antes de la administración se da en un 38%, verifica la permeabilidad de la vía venosa no se evidencio eventos adversos en estas variable tampoco existen registros, sin embargo existe un alto porcentaje de producirse un evento adverso prevenible, finalmente se da la variable de: permanece junto al paciente posterior a la administración de medicamentos en un 31%, no se pudo confirmar el desarrollo de un evento adverso por que no fue reportado, sin embargo estas variables su bajo porcentaje de cumplimiento en algunas da curso al desarrollo de un evento adverso prevenible, según autores como Gaitán (2006).

Fajardo y sus colaboradores (2006), refieren que las reacciones adversas a los medicamentos son los efectos no deseados y nocivos, cuando estos se emplean a dosis adecuadas y con indicaciones correctas, en el ámbito hospitalario el proceso de medicación consta de las fases de prescripción, procesado de la orden, dispensación y administración, los profesionales implicados en este proceso son, principalmente, médicos, farmacéuticos y enfermeras.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los resultados obtenidos en esta investigación nos permiten identificar algunos de los eventos adversos que ocurrieron, en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán y en función a los objetivos propuestos se formulan las siguientes conclusiones y recomendaciones.

Conclusiones

1. En el servicio de Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán no se realiza un registro de eventos adversos, de ahí la importancia de identificar la ocurrencia de estos, para lograr evitarlos, puesto que los eventos adversos son prevenibles, y se asocia generalmente a los propios procesos asistenciales.
2. En los factores de riesgo intrínseco para la aparición de eventos adversos intrínsecos de las condiciones del paciente, el estudio nos muestra que un 26% corresponden a enfermos con diferentes traumatismos, seguido de las cardiopatías en un 17%, complicaciones quirúrgicas en un 17%, y otras patologías como pancreatitis y shock séptico en un 17%, seguida de las pulmonares en un 13%, y por ultimo las metabólicas en un 10%. El paciente en estado crítico dada su condición lábil y la posibilidad de sufrir de manera rápida y espontanea deterioro en alguno de sus órganos que agraven su situación actual, es difícil relacionar la ocurrencia de un evento adverso con la implicación clínica del mismo.
3. Los factores de riesgo extrínseco más frecuentes corresponden a los procedimientos invasivos, un 87% sondaje urinario, un 87% a la presencia de una vía periférica, seguida de sonda nasogástrica en un 50%, toma de gasometría arterial en un 30%, por ultimo intubación traqueal en un 17%.
4. De los procedimientos realizados por los profesionales de enfermería según la categorización el 76% corresponden a procedimientos invasivos y un 15% a médicos de la UTI. Es importante para el grupo de profesionales de enfermería la educación

continua para mejorar la atención de procesos al enfermo grave basada en guías, protocolos e indicadores de calidad.

5. El 100% del personal de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán no practican formas de comunicación con el paciente intubado constituyéndose en un riesgo que condiciona la aparición de eventos adversos.
6. El 100% del personal de la UTI identifica de manera correcta los registros del paciente respecto a las estrategias de medidas de prevención de infecciones respecto al uso de guantes, el 100% del personal de enfermería practica esta medida primordial para la prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud. Solo el 46 % se lava las manos de manera correcta antes y después de realizar un procedimiento. Respecto a la práctica correcta y uso de técnicas de asepsia y antisepsia lo realizan en un 46% del total de enfermeros que trabajan en la UTI HRGT. Referente a las indicaciones verbales el 100% del personal hace registro en el expediente clínico y solo un 53% del personal repite en voz alta la información verbal recibida y la doble verificación de medicamento como medida de seguridad, esto contribuye al riesgo de producir un evento adverso por falta de prácticas seguras.
7. Las medidas de prevención de eventos adversos respecto a la administración de medicamentos los enfermeros permanecen al lado del paciente después de la administración solo en un 31%, un 38% de los enfermeros informa al paciente sobre los medicamentos a administrar y solo un 69% realiza la doble verificación antes de su administración.
8. Estrategias que se usan para el control de infecciones intra hospitalarias uso de guantes en un 100%, seguida del lavado de manos en un 46%, uso de técnicas de asepsia y antisepsia en la atención del paciente en un 46%, manejo de material estéril siguiendo normas y protocolos no se cumple.

Recomendaciones

1. Se plantea la necesidad de establecer un sistema de registro de eventos adversos con un enfoque de factores de riesgo extrínsecos prevenibles y estudios que permitan evaluar específicamente los factores intrínsecos como agentes que aumentan la posibilidad de adquirir infecciones asociadas a dispositivos intravasculares y de esta manera lograr cuidados focalizados y efectivos en función de disminuir las infecciones de este tipo, ya que si se realiza de esta manera se lograra establecer causalidad de los factores intrínsecos sobre la infección.
2. Se recomienda que la enfermera especialista se involucre en temas de prevención de eventos adversos formando comités de calidad y seguridad del enfermo grave.
3. Implementar indicadores de cuidados de enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva del HRGT, así mismo implementar guías protocolos de prácticas clínicas seguras.
4. Elaborar una guía práctica de notificación de eventos adversos que identifique el riesgo y mejore la seguridad del paciente critico en la UTI HRGT.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Libros

- Ayuso Murillo Diego. -De Andres Ginemo Begoña. (2015). Gestión de la calidad de cuidados en enfermería, seguridad del paciente. España: Ed. Díaz de Santos
- Bugedo, Guillermo. (2005). Medicina Intensiva. Madrid- España: Editorial: mediterráneo
- Ceraso, H. Daniel y otros. (2007). Terapia Intensiva. Buenos Aires- Argentina: 4ta ed. Editorial Panamericana,
- Cortés, Díaz. José María. (2002). Normas de Seguridad - Higiene Industrial. Méjico: Ed. Alfa Omega.
- Farreras y Rozman. (2009). Medicina Interna. Barcelona- España: Ed. Elsevier SL.
- Fink, P. Mitchell, y otros. (2011). Medicina de cuidado Intensivo en 10 años. Colombia: Ed. Distribuna Ltda.
- Gómez, Ferrero Ana y Salinas, Campos Luis. (2011). Manual de enfermería en Cuidados Intensivo. 2º ed. Monsa-Prayma .SL España
- Lee Terry Cynthia-Weaver Aurora. (2012). Enfermería de cuidados intensivos, Bogota Colombia editorial: El manual moderno S.A de C.V
- Urden, Linda. (2001). Cuidados Intensivos en Enfermería. Barcelona España: 3ra edición. Editorial: Elsevier Science.

Documentos electrónicos:

- Abaunza de Gonzales Mirian, (2014) Avances en enfermería
<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12902>
(Cf.<http://bioetica1d.blogspot.com/2012/09/derechos-y-obligaciones-del-personal-de.html>)
(Cf. <http://www.madrid.org/cs/Satellite>).
- Calidad y seguridad del paciente
(Cf.<http://www.ugto.mx/redmedica/atencion-a-derechohabientes/calidad-y-seguridad-del-paciente/10-derechos-de-los-pacientes>)
- Código Civil de la República Argentina. (2011). Artículo 902. Disponible en http://www.justiniano.com/codigos_juridicos/codigo_civil/libro2_secc2_titulo1al3.htm
- Consejo Internacional de Enfermería (CIE), Hojas Informativas “La Enfermería importa”, disponible en http://www.icn.ch/matters_errorsp.htm
- Díaz, Alersi Ramón. (2004). Consecuencias de los eventos adversos en la UCI: revisión sistemática Hospital U. Puerto Real, Cádiz. REMI, Artículo original
<http://medicina-intensiva.com>
- Gaitán H. (2008). Universidad Nacional de Colombia. Eventos adversos, un reto para profesionales de la salud. Bogotá: Disponible en: URL:
<http://www.mineduccion.gov.co/cvn/1665/article-158608.html>.
- Gaitán, H. (2010).Universidad Nacional de Colombia. Eventos adversos, un reto para profesionales de la salud. Bogotá: Disponible en: URL:
<http://www.mineduccion.gov.co/cvn/1665/article-158608.html>
- Gaitán, H. (2006). Incidencia y Grupo de Evaluación de tecnologías y políticas en salud. Incidencia y Evitabilidad de Eventos Adversos en pacientes Hospitalizados en algunas Instituciones Hospitalarias en Colombia, Lecciones aprendidas.

Investigación cuantitativa y cualitativa. Revista de Medicina. Disponible en:
 URL:<http://www.encolombia.com/medicina/academedicina/Academ300408/>

Hernández, Giselle. (2013). Descripción de eventos adversos. Santiago – Chile: Enfermería. Global vol.12 no.29. Versión On-line ISSN 1695-614. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100013&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1695-6141.

IBEAS: Red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. OMS – OPS. (2010). Seguridad del paciente. Correo electrónico: Ediciones OMS. Permissions@who.int. WHO/IER/PSP/2010.3

Iraola, Lidia. Apuntes sobre la responsabilidad médica legal y la mala praxis. (2011). La presencia en el tema de la Asociación Médica Argentina y sociedades médicas afines. Disponible en:http://www.amamed.org.ar/peritos_articulos1.asp?id=102

Martínez, Ques. A.A. (2007). Quien se ocupa de la seguridad del paciente. Ene – feb; 4(3). Disponible en <http://www.index-f.com/evidentia/n13/304articulo.php>

Ministerio de Protección Social. (2006). Evitabilidad de Eventos Adversos en Pacientes Hospitalizados en algunas Instituciones Hospitalarias en Colombia. Investigación cuantitativa y cualitativa. Revista de Medicina. 2006 Disponible en: URL: <http://www.encolombia.com/medicina/academedicina/Academ300408/>

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2005). Estrategia en seguridad del paciente del sistema nacional de salud 2005-2011. Madrid - España: Disponible. <http://www.seguridaddelpaciente.es/>

OMS, OPS. Revista Panamericana de Salud Pública. La seguridad del paciente. (2010) Print version ISSN 1020-4989 vol.31 n.6 Washington Jun. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892012000600014>

Ramón, Díaz-Alersi. (2004). Consecuencias de los eventos adversos en la UCI: revisión sistemática Hospital U. Puerto Real, Cádiz. REMI, Artículo original <http://medicina-intensiva.com>

Torres, Esperón JM, y otros. (2004). Funciones y tareas asistenciales de enfermería en los Cuidados Intensivos. Rev. Club Med. Int. Emerg. 3(4): 24-46. Disponible en: <http://www.ensap.sld.cu/>.

Artículos de revistas:

Betancourt. Betancourt, G. (2011). Limitación del esfuerzo terapéutico versus eutanasia: una reflexión bioética. Humanidades Médicas, 11(2), 259-273.

Ceriani Cernadas, J. M. (2009). La OMS y su iniciativa " Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente". Archivos argentinos de pediatría, 107(5), 385-386.

Eneas, (2006).Informe Ministerio Español de sanidad y consumo, Dirección general de Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. España.

Fink, P. Mitchell, y otros. (2011).Medicina de cuidado Intensivo en 10 años. Colombia: Ed. Distribuna Ltda

Gaitán, Lourdes (2006). Bienestar social e infancia: la distribución generacional de los recursos sociales, Intervención Psicosocial. pp. 331-348.

Gallesio, Antonio Oscar. (2006). Medicina Intensiva. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI). Buenos Aires – Argentin: Vol.30, No2. Revista congreso.

Garay, Oscar E. (2005). Ejercicio de la Enfermería. Colección Responsabilidad Profesional e Institucional en Salud. Capítulo pág. 49. Ed. AdHoc

- Gonzalo, (2008). Errores médicos en el ambiente quirúrgico. Como prevenirlos. Parte I. Generalidades. Rev. Chilena de Cirugía. Vol. 58 - Nº 3, págs., 235 - 238
- Leininger, M. M. & Mc Farland, M. R. (Eds.). (2006). Cultura, diversidad, cuidado y universalidad: Una teoría de enfermería en todo el mundo.
- Martínez, López. F.J. (2001). Manual de Gestión de Riesgos Sanitarios. Ed. Díaz de Santos, Pág.3. 7 Campaña, Gonzalo., Op.cit. Proyecto Séneca
- MINISTERIO DE TRABAJO. (2012). Seguridad Social y de Salud. La Paz - Bolivia
- Nursing. (2007). Artículos especiales para la edición española. Breves en enfermería Vol. 25. Núm. 10. Diciembre.
- Ortiz, Zulma. (2007). Implementación de un programa para el mejoramiento de la seguridad en la atención médica de pacientes. Buenos Aires: Primera Edición, Comisión Nacional Salud Investiga. Inisterio de Salud Presidencia de la Nación.
- Pérez De Villar Grande, José Antonio. (2004). Medicina Intensiva. Santiago de Chile: Revista Chilena; Vol. 19.
- Taliercio, Alicia Etelvina. (2003). Manual de Derecho privado. Argentina: Capitulo 10 Responsabilidad Civil de los Médicos. Ed. Quórum.Pág93.
- Torregrosa Sánchez Rafael. (1990). Área de planificación y calidad. Barcelona – España: gerencia Hospital General Universitario Valencia.
- Torres Ponce, Z., & Miranda Cruz, A. (2011). Gestión del riesgo biológico y su integración con la Seguridad y Salud del Trabajo en el Centro de Inmunología y Biopreparados de Cuba. Medicina y Seguridad del Trabajo.

Escobar B, Lobo MM, Sala J. (2009). Calidad asistencial, seguridad del paciente e ineficiencia: Estudio de campo en un hospital de primer nivel. Revista del instituto internacional de costos. 5; 271 – 305

Anexo N° 1

	GUÍA DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS	Código:
	UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL ROBERTO GALINDO TERAN	Fecha:
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Rev. 01
		Hoja:

PROPUESTA DE GUIA DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS

OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICOS

Objetivo general

Establecer un programa que fortalezca la gestión relacionada con la investigación, notificación e identificación del riesgo y la seguridad de los pacientes.

Objetivos específicos:

- a) Generar una cultura para reportar un error, que favorezca la implementación de barreras de seguridad en beneficio de los pacientes.
- b) Orientar el desarrollo de prácticas seguras en la prevención de los eventos adversos en las diferentes etapas del proceso asistencial.
- c) Establecer un sistema interno de reporte y análisis, eventos adversos.
- d) Establecer un procedimiento interno que conduzca a analizar y revisar la implementación de prácticas preventivas en los pacientes como consecuencia de la ocurrencia de eventos adversos.
- e) Medir la efectividad de la atención al evento con daño a través del seguimiento a los indicadores propuestos cada mes.

- **Propósito**

Contribuir a la seguridad de la atención asistencial mediante la implementación de un sistema de incidentes y eventos con daño potencialmente prevenibles.

- **Responsables de la ejecución**

Son responsables de realizar una vigilancia de incidentes o eventos con daño todos los profesionales de enfermería que trabajan en al UTI del HRGT.

- **Sistema de Vigilancia**

- a) Vigilancia pasiva por medio de la notificación desde el lugar de ocurrencia.
- b) Vigilancia activa por detección durante procesos de supervisión o control.

- **Alcance**

La vigilancia de eventos adversos se realizará en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán.

- **Metodología del análisis de causa raíz**

Es una estrategia para realizar la calidad de la atención y la seguridad del paciente, se desarrolla involucrando e incentivando a la participación activa del equipo de salud, así como de profesionales con capacidad para tomar decisiones e implementar los cambios.

Consideraciones generales

- El reporte de eventos con daño debe ser identificado por los miembros del equipo de salud.
- Con el análisis de causa raíz (ACR) se podrán identificar y proponer estrategias para la prevención de errores que ocasionen fallas en los procesos del cuidado de enfermería al paciente crítico.
- El análisis de causa raíz (ACR) no tiene carácter punitivo
- El análisis de causa raíz (ACR) es un proceso iterativo

Previo al análisis de cusa raíz

1. Establecer un equipo que conozca la metodología del análisis de causa raíz (ACR)
2. Identificar los sistemas de información con datos de Eventos Adversos
3. Acceso libre a documentos para elaborar el análisis de causa raíz (ACR)
4. Asegurar la confidencialidad de los datos y la protección legal de los documentos resultantes del análisis de causa raíz (ACR)
5. Apoyo de los directivos para la realización y seguimiento del análisis de causa raíz (ACR) y para implementar acciones de mejora que resulten.
6. Establecer plan de comunicación de resultados a todo el personal involucrado.

La Jefatura de Enfermería

Designará un equipo que realizara el análisis de causas raíz (deberá contar con experiencia en el registro y análisis de incidentes de salud).

- Gestor de calidad
- Jefe de Servicio
- Jefe de Enfermería
- Trabajo Social
- Profesional Médico y Enfermería

Identificación de factores que pudieron contribuir al daño

El equipo de análisis de causa raíz (ACR) debe:

- a) Revisar en el expediente clínico los antecedentes hereditarios, personales, patológicos y no patológicos
- b) Considerar la información que proporciona el personal involucrado de manera directa con el daño al paciente, así como antecedentes dentro de la institución y su formación profesional.

- c) Investigar en que fue fundamentada la atención que generó un incidente con daño.
- d) Relacionada con la comunicación con el paciente, su familia y entre los miembros del equipo de salud, cuestionar de manera directa al paciente y sus familiares sobre la calidad de la información que se les ha otorgado por parte del personal médico a los compañeros de trabajo sobre la calidad de la comunicación que mantienen con el personal involucrado en el evento con daño.
- e) Información vinculada al desempeño de roles y funcionamiento del equipo de salud (datos de productividad, quejas o comentarios del personal involucrado directamente en el evento con daño.
- f) Asociada a la formación y el entrenamiento del personal de enfermería, recolectar información del nivel de capacitación y formación profesional del equipo involucrado directamente en el incidente con daño.
- g) Asociada al equipamiento y recursos materiales verificar que al momento en que se presentó el incidente con daño al paciente se cuente o no con el equipo y los recursos materiales necesarios.
- h) Relacionada con las condiciones en las que se otorga la atención (Identificar las condiciones favorables o no en que se prestó la atención al paciente que sufrió daño).

Desarrollo del análisis

¿Cuál debe ser el nivel de análisis?

El nivel de análisis de un evento adverso depende de la gravedad del problema; del tiempo y recursos disponibles; de la capacidad y conocimiento del profesional. El tiempo de una investigación está relacionado con la complejidad, puede suponer una hora, un día, un mes o incluso un año.

¿Cómo reaccionar al incidente con daño?

El equipo de salud involucrado en el incidente con daño, debe realizar la contención del paciente y los familiares, notificar al equipo designado para realizar el análisis de causa raíz (ACR) y preservar la evidencia asociada con la ocurrencia del evento adverso.

¿Cómo actuar en respuesta inmediata?

a) Garantizar el cuidado del paciente y la familia del paciente que sufrió el evento adverso

Cuando ocurre un evento adverso con daño, el equipo de salud debe disponer, en primer lugar, de estrategias de contención para el paciente y los familiares; se recomienda facilitar un lugar privado donde los familiares puedan recibir a sus allegados; y en caso de fallecimiento del paciente, facilitar los trámites para retiro del cuerpo.

b) Comunicar el evento con daño al equipo designado.

Todo evento adverso con daño debe notificarse de manera inmediata a los responsables de conducir el análisis de causa raíz (ACR). Para facilitar el reporte, la unidad debe contar con un directorio de personas clave dentro y fuera de la institución, para ser notificadas cuando ocurre un evento adverso, se recomienda que el directorio incluya los datos para localizar a los responsables del análisis de causa raíz (ACR).

c) Preservar la información, documentación o materiales empleados en la atención del paciente que sufrió un evento adverso

Los responsables del análisis de causa raíz (ACR), deben comunicar a los miembros del equipo de salud la importancia de garantizar y preservar toda información o documentación relacionada con la atención del paciente que sufrió el evento adverso, por ejemplo, muestras biológicas, medicamentos, equipo utilizado, registros del paciente, historia clínica, entre otros.

En el caso de los errores de medicación, deben preservarse las jeringas o ampolletas empleadas, que habitualmente son descartadas por procedimientos de rutina, pero deben extremarse las medidas para evitar que ese tipo de material se pierda.

Pasos para el análisis de causa raíz (ACR)

- Paso 1. Identificar el evento adverso por investigar.
- Paso 2. Recopilar información del evento adverso con daño.
- Paso 3. Elaborar el mapa de los hechos.
- Paso 4. Analizar la información.
- Paso 5. Categorizar las causas y analizar las barreras.
- Paso 6. Elaborar estrategias de mejora y el plan de acción.
- Paso 7. Realizar el informe final y compartir las lecciones aprendidas

En la reunión con comités de calidad, se revisará la información relacionada con los eventos adversos, por ejemplo, registros de los mismos, información indicadores de calidad de estructura, proceso y resultado hospitalarios, se recomienda que participen los Jefes del servicio.

Los integrantes del análisis de causa raíz, definirán el evento adverso que deberá investigarse.

Paso N° 1: Identificar el incidente por investigar.

- Definir el problema de manera clara y concisa.
- Describir qué es lo que se hizo de manera incorrecta.
- Se focaliza en el resultado y no en sus causas.

El problema se define brevemente, en una oración, por ejemplo: “Fallecimiento de un recién nacido por una posible sobredosis de potasio”.

Niveles de gravedad del daño

Nivel de Gravedad	Descripción
Sin daño	Impacto evitado: cualquier incidente de seguridad del paciente que tuvo el potencial de causar daño, pero fue evitado, resultando sin daño alguno para los pacientes. Impacto no evitado: cualquier incidente de seguridad del paciente acontecido, pero sin producir ningún daño a los pacientes
Bajo	Cualquier incidente de seguridad del paciente que requiere una observación adicional o tratamiento menos y que causó un daño mínimo a uno o más pacientes
Moderado	Cualquier incidente de seguridad del paciente que provocó un aumento moderado del tratamiento y que causó un daño significativo pero permanente a uno o más pacientes.
Grave	Cualquier incidente de seguridad del paciente que provocó un aumento moderado del tratamiento y que causó un daño significativo, pero no permanente a uno o más pacientes.
Muerte	Cualquier incidente de seguridad del paciente que provocó directamente la muerte de uno o más pacientes.

Paso N° 2: Recopilar información del evento adverso con daño

La tarea central en este paso es la búsqueda de información que permita comprender, de manera clara y objetiva, lo sucedido.

En esta etapa el objetivo es realizar una descripción exhaustiva y objetiva de lo sucedido.

Tipos de evidencia:

- Entrevista
- Evidencia física

- Visitas al sitio donde ocurrió el incidente
- Documentación

Entrevista

La entrevista constituye un método clave para la recolección de información sobre lo sucedido. Con los testimonios de las personas relacionados directa e indirectamente con el evento, el equipo puede comprender qué fue lo que sucedió y también por qué sucedió.

a) Las preguntas propuestas son:

- ¿Qué cree que ocurrió?
- ¿En qué se basó para tomar su decisión?
- ¿Cuál era su objetivo en ese momento?
- ¿Qué ocurrió entonces?

La evidencia física

La evidencia física potencialmente vinculada al evento adverso con daño, es un elemento esencial para identificar las fallas del proceso. Son relevantes todas las muestras de laboratorio, documentos, equipo utilizado para la atención, entre otros.

Visitas al sitio donde ocurrió el incidente

Se refiere a la visita del equipo análisis de causa raíz (ACR), al lugar en el que ocurrió el incidente. Es una actividad efectiva, ya que establece una interacción directa con el personal y los pacientes.

Documentación

Este tipo de evidencia incluye todo el material en papel o digital potencialmente relacionado con el evento adverso.

Considerar los siguientes tipos:

- Documentos vinculados con los datos del paciente que sufrió el evento adverso con daño: historia clínica, órdenes o prescripciones médicas, resultados de laboratorio, resultados de anatomía patológica o estudios complementarios, todo tipo de documento que describa el estado de salud o el proceso de atención del paciente que sufrió el evento adverso.
- Documentos vinculados a las políticas o procedimientos: protocolos, guías de práctica clínica, manuales de procedimientos, reglamentos del servicio o de la institución.
- Documentos vinculados al recurso humano: resultados de la evaluación del desempeño profesional o de la evaluación de competencias; calificación del personal.
- Documentos vinculados al proceso de atención: estadísticas del servicio sobre los procesos de atención o resultados vinculados al evento adverso que se analiza.
- Documentos vinculados al mantenimiento de los equipos: manuales de funcionamiento del equipo; protocolos de trabajo para los responsables de mantenimiento; documentos de verificación de la realización de los controles y mantenimiento de los equipos.

Expediente clínico como herramienta para identificar eventos adversos:

Existen diversas metodologías que permiten detectar el sub registro de eventos adversos, a partir de “indicios”, que son señales que indican los daños causados a los pacientes, por la ocurrencia de eventos adversos durante el proceso de atención. Una metodología es la “herramienta indicio” (trigger tool), que ha demostrado ser efectiva y confiable para detectar un indicio de evento adverso en los registros del expediente clínico.

Derivado del Estudio de Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamérica (estudio IBEAS), realizado en 2007, se sugiere realizar la búsqueda intencionada de indicios de daños al paciente en el expediente clínico, mediante la aplicación del instrumento de tamizaje, cotejando en el expediente clínico y en el instrumento de recolección de información, la situación de alerta relacionada con la posible ocurrencia de un evento adverso.

Toda evidencia física debe ser adecuadamente rotulada, para poder analizarla luego y permita identificar las causas-raíz del incidente. Deben registrarse datos como: fuente, localización, fecha, hora y responsable de la obtención de la evidencia. Los profesionales a cargo del análisis de causa raíz (ACR), deben tener un lugar destinado a guardar organizadamente este tipo de evidencia. En caso de que el evento adverso se deba al incorrecto funcionamiento de un equipo, éste debe ser señalizado y prohibirse su uso hasta tanto se logre aclarar el incidente.

Paso N° 3: Elaborar el mapa de los hechos.

En este paso se realiza una descripción detallada del evento adverso, incluyendo cuándo, dónde y cómo sucedió. A su vez, en esta etapa, el equipo análisis de causa raíz (ACR) debe transformar ese relato narrativo del incidente en una representación gráfica del proceso de atención que precedió el evento adverso.

La descripción del evento adverso con daño debe incluir:

- Una breve descripción de lo sucedido.
- Descripción de dónde y cuándo ocurrió el evento adverso (lugar, fecha, día de la semana, hora).
- Identificación de las áreas, servicios y personal de salud relacionados con el evento adverso.
- Algunas de las herramientas utilizadas para representar gráficamente el proceso de atención y comprender mejor qué ocurrió, son el diagrama de flujo y la línea de tiempo, que dan respuesta a las preguntas ¿Cuáles fueron los pasos en el proceso? y ¿Qué pasó realmente? Estas herramientas facilitan la comprensión de las relaciones causales y las cadenas de error entre factores que estuvieron involucrados o que contribuyeron para que ocurra el evento adverso.

Paso N° 4: Herramientas de apoyo

- Instrumento para el reporte de eventos adversos

- Cronología narrativa
- Preguntas ¿Por qué? en cascada

Paso N° 5: Analizar la información.

- Diagrama de Ishikawa
- Presentar el diagrama para la revisión de la información del evento adverso en la sesión del comité de calidad.

Paso N° 6: Categorizar las causas y analizar las barreras.

- Se identificarán las protecciones o barreras que fallaron para que se haya producido el evento adverso.
- Existen distintos tipos de barreras: físicas, naturales, humanas y administrativas, principalmente.
- Para el análisis de las barreras se debe hacer un listado de todas las que actuaron o podrían haber actuado en la prevención de la falla y luego, se debe analizar el desempeño de cada barrera durante el incidente. Para eso, el equipo análisis de causa raíz (ACR) puede intentar responder estas preguntas:
 1. ¿Qué estrategias o barreras propusimos e implementamos?
 2. ¿Qué sucedió, qué mejoró y qué no?
 3. ¿Por qué se repitió la falla?
- En este punto, con la información recabada, el equipo análisis de causa raíz (ACR) identificará la causa que originó el evento adverso.

Tipos de causas: proximales, subyacentes y de raíz.

Causas proximales

A partir de la descripción del problema el equipo de análisis de causa raíz (ACR) se pregunta repetidamente ¿por qué?

La respuesta al primer ¿por qué? permite identificar la causa próxima al incidente: es decir, la inmediata que explica el evento, y que involucra aquellos factores cercanos a su origen. Son fallas del sistema que natural y directamente producen una consecuencia.

- Errores
- Omisiones
- Deficiencias del sistema
- Competencias inadecuadas
- Deficiente documentación o comunicación
- Deficiencias en las instalaciones o equipos
- Deficiencias en la habilidad o disponibilidad de equipos de salud
- Ausencia de gestión

Causas subyacentes

Son fallas del sistema o del proceso de atención que permiten que ocurran las causas proximales:

- **Factores humanos:** Relación paciente/profesionales, turnos, fatiga, formación
- **Factores del proceso:** Fallos organizativos y operativos en los diferentes pasos de proceso
- **Equipamiento:** Obsolescencia, disponibilidad, mantenimiento preventivo y correctivo

- **Factores ambientales:** Ruido, espacio, mobiliario
- **Gestión de la información:** Comunicación
- **Liderazgo:** Cultura de la organización con respecto a la seguridad
- **Supervisión inadecuada**

Causas-raíz

Las causas-raíz son las causas fundamentales por las que falló el proceso. Puede tratarse de una única causa, sin embargo, pueden ser varias que interactúan y generan una condición propicia, o condiciones latentes, para que ocurra el evento adverso.

Paso N° 7. Elaborar estrategias de mejora y el plan de acción.

Una vez que se han identificado las causas que ocasionaron el evento adverso, se deberán desarrollar las estrategias de mejora y plasmarlas en un plan de acción, para prevenir y/o reducir la ocurrencia de eventos adversos derivados de la atención médica.

El equipo de análisis de causa raíz (ACR), debe trabajar en conjunto para desarrollar una lista de posibles acciones de mejora destinadas a crear barreras del sistema cuando éstas no existan, o a corregir y fortalecer aquellas que no funcionaron adecuadamente.

Herramientas asociadas a esta etapa

- Lluvia de ideas (descrita previamente)
- Flujo grama.
- Cronograma de actividades

Paso N° 8. Realizar el informe final y compartir las lecciones aprendidas

El informe final debe escribirse en forma concreta y fácil de leer, para que todo el personal de la unidad conozca el resultado de la investigación del incidente (considerando el anonimato de los actores), así como los detalles del plan de acción que será implementado para reducir y evitar la ocurrencia de eventos adversos. Este informe es elaborado por los integrantes del comité de calidad.

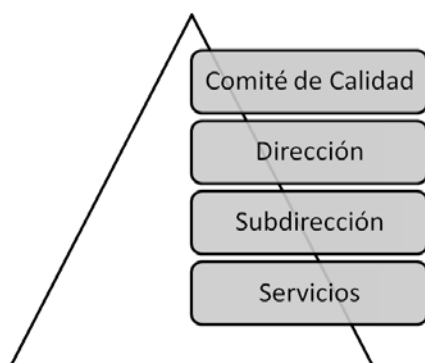
Recomendaciones:

1. Iniciar con un resumen, describiendo el evento adverso en términos breves, sus consecuencias y la naturaleza de las investigaciones, conclusiones y recomendaciones.
2. Utilizarlo como un foro de aprendizaje.
3. Omitir información sobre la identidad del personal involucrado en el evento adverso.
4. Incorporar un plan de acción con líderes designados para implantar las soluciones, y el plazo de ejecución de la implantación.
5. Incluir una lista resumen de recomendaciones y una lista de evidencias documentales.
6. Aplicar la guía para la elaboración del plan de mejora continua de la calidad.

Metodología Institucional

Procedimiento de notificación:

Este se llevará a cabo por medio del formato llamado “Informe de eventos adversos con daño”



Se realiza el registro de los eventos adversos con daño que se presenten en los servicios, dicha información será enviada, de cada Subdirección a la Dirección que corresponda y finalmente al Comité de Calidad, quien de manera mensual concentrará los datos correspondientes.

En cada dirección se designara el equipo que realizara el análisis de causa raíz (ACR):

- Sub Director

- Jefe de Servicio Medico
- Jefe de Enfermería
- Trabajo Social
- Personal involucrado en el evento adverso

Procedimiento de Notificación de Eventos

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	Personal de la Unidad de Terapia Intensiva HRGT	El personal de salud que presencié el evento adverso presenta el documento de registro de eventos adversos, el cual es anónimo, no punitivo.
2	Jefe de Departamento y/o Servicio	Toma conocimiento del incidente o evento adverso con daño, entrega a la Subdirección correspondiente.
3	Sub Director y grupo asignado análisis de causa raíz (ACR)	Realiza reunión con el grupo y desarrollan el análisis Causa Raíz del evento adverso, así como las aportaciones para implementar barreras de seguridad y propuestas de mejora.
4	Personal del Servicio	Desarrolla y aplica el plan de mejora en el plazo indicado y propuesto por el grupo de análisis de causa raíz (ACR).
5	Sub Director	Realiza la recopilación de los resultados del ACR raíz, la evaluación, el impacto de la mejora, así como el informe de los resultados.
6	Sub Director	Envía la información de manera mensual a la Dirección que corresponde.
7	Director	Recaba la documentación de sus respectivas Subdirecciones y la envía al Comité de Calidad del hospital.
8	Secretaria del Comité de Calidad y Seguridad	Recibe la documentación de los incidentes y/o eventos adversos presentados y atendidos.
9	Secretaria del Comité de Calidad y Seguridad	Envía informe de los resultados a la Dirección General.

Fuente: Elaboración Propia 2015

Anexo N° 2

Cuestionario

El presente cuestionario es de carácter anónimo y el manejo de la información vertida en el mismo será absolutamente confidencial:

- Leer detenidamente cada interrogante antes de responder.
- Marque los correctos

1. Características demográficas

- Edad.....
- Sexo.....

Sus años de experiencia en Unidades de Terapia Intensiva son:

- > de 10 años ☐
- Entre 10 y 5 años ☐
- Entre 5 y 1 año ☐
- < de un año ☐

Condición laboral

- Permanente ☐
- Contrato ☐

Anexo N° 3

GUÍA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

a. CARACTERÍSTICAS PERSONALES DEL PACIENTE

Edad	
Sexo	
Diagnostico	

b. Identificación de factores intrínsecos y extrínsecos

Nro.	Factores de riesgo intrínseco	SI	NO	Factores de riesgo extrínseco		
1	Diabetes no controlada			Sondaje urinario Realizado por:		
2	Nefropatía			Vía periférica Realizado por:		
3	Inmundeficiencia			Catéter venoso central Realizado por:		
4	Enfermedad pulmonar crónica			Sonda nasogástrica Realizado por:		
5	Drogadicción			Traqueotomía Realizado por:		
6	Obesidad			Gasometría arterial Realizado por:		
7	Malformaciones			Tubo endotraqueal Realizado por:		
MG (Médico de Guardia) R1 R2 R3 (Residentes) LE (Licenciatura en Enfermería) AE (Auxiliar de Enfermería) EE (Estudiante de Enfermería)						

Anexo N° 4

LISTA DE COTEJO (verificación de actividades)

N°	DESCRIPCION O ITEM	SI	NO
1.-	COMUNICACIÓN EFECTIVA CON EL PACIENTE Y LOS FAMILIARES		
	El profesional de enfermería: En caso de que el paciente presente limitaciones verbales, auditivas y/o idiomáticas, cuenta con medios que faciliten una comunicación correcta a través de pizarras y/o tablas con signos y símbolos.		
2.-	IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES		
	El profesional de enfermería identifica al:		
	• Paciente		
	• Pruebas diagnósticas		
	• Muestras de laboratorio		
	• Historia clínica		
	• Utiliza técnicas de identificación de pacientes, que evitan la perdida de la información y confusión en la filiación.		
3.-	IDENTIFICACION DEL PACIENTE: Los profesionales de Enfermería		
	• Si los pacientes no tienen identificación, cuentan con normas que regulan la identificación y número de historia clínica.		
	• Verifican al paciente correcto con la intervención quirúrgica en caso de traslado a quirófano.		
	• Cuentan con la hoja de referencia y envía el mismo bien identificado, si es que hubiera la necesidad de referir.		
4.-	CONTROL DE INFECCIONES		
	• El profesional de enfermería:		

N°	DESCRIPCION O ITEM	SI	NO
	Realiza higiene de manos antes y después de cada procedimiento realizado con el paciente.		
	Utiliza guantes para la asistencia y manejo de secreciones del paciente crítico.		
	Utilizan técnicas de asepsia y antisepsia para realizar técnicas y procedimientos en el paciente.		
	Realiza un buen manejo de material estéril siguiendo normas y protocolos.		
5.-	INDICACIONES VERBALES		
	El profesional de enfermería:		
	Si existe la necesidad de administrar medicamentos de alto riesgo, se realiza doble verificación, al recibir la indicación verbal.		
	Repite en voz alta la información recibida.		
	Se comprueba que las órdenes verbales, se registren posteriormente por escrito.		
6.-	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS		
	El profesional de enfermería:		
	Realiza la triple verificación durante la preparación y administración de medicamentos.		
	Realiza la administración de medicamentos utilizando los 6 pasos correctos		
	Verifica alergias y medicamentos previos recibidos antes de la administración.		
	De acuerdo a la vía de administración del medicamento, realizada la dilución con agua destilada o solución fisiológica pura.		
	La administración de medicamentos es realizada por el personal profesional de enfermería.		

N°	DESCRIPCION O ITEM	SI	NO
	Si el paciente está consciente, se le informa sobre la medicación, y posibles reacciones que pueda presentar.		
	Verifica la permeabilidad de la vía venosa.		
	Realiza la administración de medicamentos lento y diluido, minimizando así los efectos adversos		
	Permanece junto al paciente posterior a la administración, valorando señales de alarma o posibles efectos adversos.		
	Cuenta y utiliza un formulario de registro rápido para la administración de medicación al paciente crítico.		
7.-	PREVENCIÓN DE CAÍDAS		
	El profesional de enfermería:		
	Usa medidas de sujeción en caso de ser necesario		
	Identifica, registra y controla déficit visuales, auditivos, etc.		
	Comunica durante la transferencia del paciente crítico		
	Realiza una transferencia clara, sistemática y bien estructurada.		
	La transferencia de este paciente se comunica en forma verbal, pero apoyada en todos los registros clínicos		
	La transferencia del paciente es realizada por el profesional de enfermería		
	En caso de ser realizada por estudiantes, la información es apoyada y verificada por la licenciada en enfermería		
	La camilla cuenta con barandas de ambos lados y son utilizados durante la atención del paciente.		

Anexo 5

Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO			
S	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
SEMANAS																				
Elaboración Perfil Proyecto	X																			
Elaboración de instrumentos		X																		
Revisión proyecto con tutor			X	X																
Revisión instrumentos	X																			
Validación instrumentos		X																		
Aprobación Proyecto				X																
Solicitud Permiso Institucional					X															
Aplicación de cuestionario					X	X	X	X	X	X	X	X								
Observación actividades UTI							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Tabulación de datos													X	X	X					
Análisis de datos					X				X								X	X		
Elaboración de Informe																				
Presentación de Informe																	X			
Revisión de Informe									X								X			
Presentación Informe Final																				X

Anexo N° 6
Presupuesto

Material y/o Equipos	Cantidad	Precio unitario (Bs.)	Precio Total (Bs.)
* Escritorio	1	-	-
* Sillas	2	-	-
* Computadora	2	-	-
* Pen drive	3	50	150
* Data Display	1	-	-
* Diccionario	1	-	-
Tinta	1	200	200
Flash / CD	10	10	100
Hojas bond	Tres paquetes de 500 hojas tamaño carta	35	105
Fotocopias de impresiones de bibliografías	20	-	300
Anillados	20	10	200
Lapiceros	3	3	9
Lápiz	1	1	1
Borrador	1	2	2
Tajador	1	3.50	3.50
Folder	3	5	15
Transcripción del trabajo	1500 hojas hasta concluir el trabajo	1.5	2.250
Total	-	203	3.335.5 bs.